Evoluzione della concettualizzazione della relazione terapeutica nei modelli cognitivo-comportamentali

Sommario

Introduzione.....	2
PSICOTERAPIE AD ORIENTAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE.....	2
PUNTI DI SVOLTA NELLA CONCETTUALIZZAZIONE DELLA RELAZIONE.....	3
DEFINIZIONE DI RELAZIONE TERAPEUTICA	3
PRIME TEORIE PSICOANALITICHE (in breve)	3
LE META-ANALISI DI HORVATH E SYMONDS (1991) E DI MARTIN, GARSKE, E DAVIS (2000)	4
DEFINIZIONE TRANSTEORETICA	5
BEHAVIOR THERAPY	5
Fattori specifici e aspecifici.....	6
Aspettative del paziente.....	7
Aspettative del terapeuta	7
Aspettative di efficacia.....	8
Condizionamento verbale.....	8
Caratteristiche del terapeuta	9
Novità degli anni ‘70.....	10
MODELLI INTERPRETATIVI DEGLI ANNI ‘80	11
La relazione terapeutica nel modello di Guidano e Liotti.....	11
La relazione terapeutica nel modello di De Voge e Beck	12
La relazione terapeutica nel modello di Mosticoni	14
PSICOTERAPIA COGNITIVA.....	14
La relazione terapeutica nei modelli di Ellis e Beck.....	15
L’atteggiamento didattico nell’approccio teorico-clinico di Ellis.....	15
La collaborazione terapeutica in Beck	16
Le qualità del terapeuta secondo Beck	17
Flessibilità dell’atteggiamento del terapeuta secondo Beck.....	18
Dimensioni della relazione terapeutica secondo Beck	19
La relazione terapeutica nella teoria di Kelly.....	19
LA RELAZIONE TERAPEUTICA NEI MODELLI COGNITIVO-COMPORTAMENTALI ATTUALI.....	21
Modelli basati sulla teoria dell’attaccamento	21

Tipi di attaccamento e modelli operativi interni (MOI)	22
Teoria dell'attaccamento e relazione terapeutica	23
La relazione terapeutica secondo Liotti.....	24
Impostare la relazione	24
Sincronizzazione dei smi di paziente e terapeuta	25
Lorenzini e Sassaroli : i test di sicurezza	26
Relazione terapeutica e teoria interpersonale	27
Modalità di intervento: confutazione empirica	28
Modalità di intervento: decentramento.....	29
LA RELAZIONE TERAPEUTICA: DA EVENTO INTERPERSONALE A STRUTTURA INTERNA DI SIGNIFICATO	30
La relazione terapeutica nel modello di Cionini	30
La relazione terapeutica nel modello di Semerari	31
Test di sicurezza e di autorevolezza	31
Neostruttura terapeutica di significato	32
Integrazione fra le strutture vecchie e nuove.....	33
CONCLUSIONI.....	33

Introduzione

La relazione terapeutica ha un peso notevole sull'andamento e l'esito della terapia e per questo è importante acquisire un punto di vista scientifico sui diversi modelli c-c relativi alle modalità più utili di relazionarsi con i pazienti. In questa dispensa viene esaminata l'evoluzione della concettualizzazione della relazione paziente-terapeuta nelle terapie c-c, dagli anni Sessanta fino alle loro evoluzioni costruttiviste-strutturaliste all'inizio degli anni Novanta, nelle quali la relazione terapeutica non viene considerata soltanto un mediatore importante dell'intervento, ma uno strumento per ottenere il cambiamento.

La tematica relazionale verrà affrontata in riferimento a terapie individuali con soggetti adulti che mantengono un'adeguata integrazione della personalità, e una capacità di relazionarsi, in modo significativo, con l'ambiente. Sono invece escluse da questa dispensa quelle patologie psicotiche, in cui l'integrazione della personalità e il rapporto con l'ambiente risultano essere gravemente compromessi.

PSICOTERAPIE AD ORIENTAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

In passato ed in parte ancor oggi le psicoterapie ad orientamento cognitivo-comportamentale danno un'immagine di interventi basati esclusivamente sulle tecniche senza alcuna attenzione ai fattori relazionali ed alle sottostanti dinamiche affettive, che per altro caratterizzano ogni incontro terapeutico.

Più fattori hanno contribuito al diffondersi di questa convinzione:

- enfasi eccessiva sull'elaborazione di tecniche standardizzate da parte dei teorici e dei clinici c-c al fine di differenziarsi dagli approcci psicodinamici;
- parziale misconoscimento –da parte di taluni approcci teorico-clinici - delle più recenti evoluzioni delle terapie c-c, che invece, stanno rivalutando la relazione terapeutica quale possibile strumento di cambiamento in un processo clinico.

È infatti solo nel progressivo evolvere dalle terapie c-c degli anni Sessanta a quelle costruttiviste-strutturaliste degli anni Novanta che la relazione paziente-terapeuta da elemento mediatore dell'intervento viene considerata strumento per ottenere il cambiamento. Questo riconoscimento del ruolo centrale della relazione sembra giungere a seguito di un dibattito (non ancora conclusosi) durato diversi anni, nel quale la variabile "rapporto paziente-terapeuta" non ha però sempre goduto di grande credito.

PUNTI DI SVOLTA NELLA CONCETTUALIZZAZIONE DELLA RELAZIONE

L'evoluzione della concettualizzazione della relazione terapeutica nelle terapie c-c ha avuto alcuni punti di svolta fondamentali, ognuno dei quali ha contribuito a far diventare la tematica relazionale sempre più importante nei vari modelli c-c.

1. Il primo di essi è costituito dalla comparsa della Behavior Therapy nel campo psicoterapeutico nel corso degli anni Cinquanta. La Behavior Therapy applica i principi del comportamentismo americano alla situazione terapeutica. In questo approccio si assiste alla contrapposizione tra tecniche e relazione e alla conseguente svalutazione della relazione terapeutica in quanto considerata come fattore aspecifico di cambiamento.
2. Progressivamente, gli studi sui cosiddetti "fattori aspecifici" di cambiamento hanno fatto crescere l'interesse sui fattori relazionali, che fanno parte dei fattori di cambiamento considerati aspecifici. I fattori aspecifici sono tutti quei fattori che non possono essere considerati specifici di nessuna tecnica e quindi la relazione terapeutica, per il fatto di essere presente in qualsiasi tipo di intervento, è un fattore aspecifico.
3. Il terzo punto di svolta è costituito dallo sviluppo e dalla diffusione delle Terapie Cognitive. Infatti, i fattori relazionali trovano un pieno riconoscimento con la nascita di queste terapie. Nelle opere dei due maggiori esponenti di questo approccio, Ellis e Beck, la relazione terapeutica cresce di importanza anche se continua a rimanere una semplice cornice, seppur necessaria, dell'intervento tecnico.
4. Infine, i più recenti modelli psicoterapeutici di stampo cognitivista, propongono un possibile utilizzo del rapporto terapeutico, perché permette di intervenire sugli schemi di significato del soggetto. L'utilizzo della relazione quale strumento di cambiamento è reso possibile in virtù anche della riscoperta dei fattori emozionali e dei livelli non consapevoli dell'organizzazione individuale. Recentemente, gli autori c-c hanno infatti integrato nei loro modelli le emozioni e le parti non consapevoli dell'organizzazione individuale.

La relazione terapeutica è dunque passata dall'essere considerata un fattore aspecifico di cambiamento, da tenere al limite sotto-controllo, a cornice entro cui compiere l'intervento tecnico, e infine, a strumento di cambiamento.

DEFINIZIONE DI RELAZIONE TERAPEUTICA

In psicoterapia, al di là di ogni singolo approccio, la relazione terapeutica viene definita come: *"una relazione del tutto particolare tra paziente e terapeuta, che comporta un'alleanza a esclusivo beneficio del paziente e che si svolge all'interno del setting terapeutico, luogo sicuro nel quale tutto ciò che avviene è confidenziale e distinto dal resto delle normali attività e relazioni interpersonali"* (Cionini, 1998).

PRIME TEORIE PSICOANALITICHE (in breve)

I primi teorici psicodinamici, sono stati i primi ad interessarsi della relazione terapeutica definendola come **un legame collaborativo ed affettivo tra paziente e terapeuta**. Essi ritenevano che la relazione fosse un elemento essenziale del processo terapeutico e

sottolineavano l'importanza della relazione terapeutica nel lavoro analitico di insight, di risoluzione delle difese e del transfert (Freud, 1912/1966; Greenson, 1967; Sterba, 1934; Zetzel, 1956).

In particolare, è importante ricordare che Greenson (1965) coniò il termine *working alliance*, (alleanza di lavoro) per riferirsi alla collaborazione paziente-terapeuta basata sulla realtà, distinguendola dal transfert (Gelso e Carter, 1985).

Quindi già i primi teorici di indirizzo psicodinamico avevano colto altri aspetti della relazione terapeutica oltre a quelli che riguardano più specificatamente il transfert.

Sempre all'interno della cornice psicoanalitica, una nuova concettualizzazione della relazione terapeutica fu proposta da altri autori (Bibring (1937), e ulteriormente sviluppata da Gitleson (1962), Horwitz (1974)) tra da cui Bowlby (1988).

Questa concettualizzazione sosteneva che la relazione costituisce una nuova classe di eventi per il paziente, poiché è caratterizzata dall'essere qualitativamente diversa dalle relazioni significative delle prime esperienze infantili. Partendo da tale definizione di relazione, Bowlby, in particolare ha dato precise indicazioni riguardanti il ruolo che doveva svolgere il terapeuta all'interno del processo terapeutico: "il terapeuta deve mantenere verso il paziente un atteggiamento positivo, fondato sulla realtà, in modo da fornirgli l'opportunità di riflettere sulle discrepanze tra gli aspetti della relazione terapeutica basati sulla realtà e quelli distorti, frutto delle sue prime relazioni d'attaccamento".

LE META-ANALISI DI HORVATH E SYMONDS (1991) E DI MARTIN, GARSKE, E DAVIS (2000)

Il concetto di alleanza/relazione tra paziente e terapeuta, benché sia stato sviluppato nella teoria psicoanalitica, si è rivelato uno dei costrutti a cui successivamente è stata dedicata una considerevole attenzione nell'ambito della ricerca in psicoterapia, anche da parte di tradizioni teoretiche diverse.

La ragione principale di questa crescita di interesse sta nel fatto che molti autori hanno considerato la relazione terapeutica un elemento critico per il successo di un intervento psicoterapeutico (Safran e Muran, 2000).

Sono state condotte alcune meta-analisi (qui ne citiamo le due più rilevanti) di studi che avevano come argomento la relazione terapeutica con l'obiettivo di verificare se la ricerca scientifica fosse riuscita a dimostrare l'importanza della relazione terapeutica per il buon esito di un intervento clinico. (Una meta-analisi è uno studio condotto prendendo in considerazione tutti gli studi presenti in letteratura sull'argomento che si vuole studiare).

Procedura delle due meta-analisi:

1. Criteri considerati rilevanti per selezionare gli articoli pubblicati sulla relazione terapeutica:
 - Tutti gli studi in cui il costrutto della relazione terapeutica era definito come alleanza terapeutica, alleanza di lavoro, alleanza di aiuto, legame terapeutico affettivo, o semplicemente alleanza;
 - tutti gli studi che includevano una misura quantitativa del rapporto tra l'alleanza e valutazione dei risultati misurati al termine della terapia;
 - tutti gli studi che erano clinici, cioè condotti su pazienti;
 - tutti gli studi che includevano almeno 5 pazienti;
 - tutti gli studi in cui il trattamento dei pazienti prevedeva un intervento individuale,
 - tutti gli studi che erano presentati in inglese
 - tutti gli studi che erano disponibili, pubblicati su riviste scientifiche, tesi, abstract di convegni, inclusi in un certo periodo di tempo.
2. Codifica per tradurre le caratteristiche di ciascun studio in dati quantitativi:
In questi casi venne considerato l'anno di pubblicazione dello studio, tipo di pubblicazione (articolo, abstract, ecc), metodologia (se c'era un campionamento casuale o una

manipolazione sperimentale, ecc), numero di pazienti, sesso, problemi presentati (depressione, disturbi di personalità, ecc) setting terapeutico (ospedale, studio privato), numero di terapeuti, sesso dei terapeuti, anni di esperienza dei terapeuti, tipo di trattamento (c-c, c, psicodinamico), tipo di scale usate per misurare la relazione, momento della terapia in cui è stata misurata la relazione (inizio, in mezzo, alla fine), tipo di misura dei risultati (Global Assessment Scale, Beck Depression Inventory).

3. Analisi statistiche che includevano tutte le correlazioni tra le variabili studiate.

Risultati: La meta-analisi di Horvath e Symonds (1991) ha mostrato che l'alleanza terapeutica è un predittore dei risultati dell'intervento psicoterapeutico, al di là degli orientamenti teorici e delle scale utilizzate per misurarla.

La meta-analisi di Martin, Garske, e Davis (2000), in accordo con i risultati precedentemente trovati, ha mostrato, attraverso l'analisi di 79 studi, una modesta ma consistente correlazione tra alleanza e risultati.

Quindi i risultati di queste meta-analisi indicano che una buona relazione predice un esito favorevole dell'intervento.

Oltre ai risultati delle meta-analisi, una ragione del rinnovato interesse nei confronti della tematica relazionale è stata la difficoltà a trovare differenze sostanziali nell'efficacia di differenti approcci psicoterapeutici.

Questa difficoltà aveva generato l'ipotesi che le variabili comuni a tutte le forme di psicoterapia, di cui la relazione sembrava essere quella più importante, fossero le principali responsabili dei risultati terapeutici. Molti studi avevano dimostrato, infatti, che la qualità della relazione predice i risultati ottenuti alla fine del trattamento in diversi tipi di terapie e con diverse popolazioni di pazienti.

DEFINIZIONE TRANSTEORETICA

Sul finire degli anni Settanta, c'è stato un tentativo di fornire una concettualizzazione di relazione che potesse essere condivisa da tradizioni teoretiche diverse. Nella definizione di alleanza terapeutica proposta da Bordin (1979), basata sui primi lavori di Greenson (1967), la relazione terapeutica è stata inserita in una cornice transteoretica enfatizzando l'aspetto di collaborazione tra paziente e terapeuta (Bordin, 1976, 1979, 1980).

Bordin ha individuato tre componenti della relazione, che molte differenti concettualizzazioni del rapporto terapeutico hanno in comune:

- (1) accordo tra paziente e terapeuta sugli obiettivi del trattamento;
- (2) accordo tra paziente e terapeuta sui metodi dell'intervento;
- (3) sviluppo di un legame affettivo e personale tra paziente e terapeuta.

Alcuni modelli cognitivo-comportamentali, come vedremo, condividono con le altre teorizzazioni questi fattori comuni della relazione, però stanno definendo il concetto di relazione terapeutica in modo originale, inserendolo come parte integrante della teoria della cura che propongono. Questo è stato reso possibile grazie ad un progressivo sviluppo del concetto di relazione che è iniziato con le terapie del comportamento, si è evoluto con le terapie cognitive fino a entrare recentemente come parte integrante delle teorie della cura proposte all'interno dell'approccio c-c.

BEHAVIOR THERAPY

I lavori dedicati alla terapia e alla modificazione del comportamento rivolti all'esposizione delle differenti tecniche e allo studio delle differenti classi di disturbi venivano condotti con estrema accuratezza e rigore metodologico, con l'ulteriore obiettivo di differenziarli dalla

psicoanalisi. Questo ha fatto perdere di vista il contesto relazionale in cui ogni diagnosi prende corpo ed ogni tecnica trova applicazione, proprio in quanto il rapporto terapeuta-paziente era un fattore difficilmente controllabile, replicabile e le variabili da considerare e manipolare per poterla studiare erano tante e difficili da operazionalizzare.

Fattori specifici e aspecifici

Una caratteristica fondamentale della BT fu l'esigenza di valutare, attraverso ricerche sperimentali controllate, l'efficacia delle proprie tecniche d'intervento.

Le prime ricerche valutative in tal senso dimostrarono una percentuale di guarigione più alta da parte della BT rispetto a tutti gli altri tipi di intervento.

Questi risultati estremamente incoraggianti e positivi, tuttavia, richiedevano una spiegazione.

In quegli anni alcune ricerche misero in evidenza che i risultati positivi raggiunti non potevano essere spiegati sempre e solamente sulla base dell'efficacia delle tecniche impiegate:

ESEMPI:

1. Quattro psicologi diversi impiegavano le stesse tecniche comportamentali con pazienti che avevano lo stesso tipo di disturbo.

Risultati: i quattro clinici avevano ottenuto risultati diversi pur impiegando le stesse tecniche.

2. Studio condotto su fumatori: a confronto tre procedure diverse: desensibilizzazione, avversione e terapia di appoggio.

Risultati: L'esito delle terapie non era correlato al tipo di trattamento ma al terapeuta coinvolto.

Da queste e altre ricerche di questo tipo emerge il fatto che con parecchi trattamenti psicologici si sono potuti curare con successo alcuni pazienti, nonostante la diversità delle formulazioni teoriche e delle tecniche impiegate.

Da questo, i teorici comportamentisti potevano quindi presumere che esistevano più variabili, comuni a tutti i tipi di terapia, che erano in grado di causare un cambiamento terapeutico.

Tali variabili, che rientravano all'interno dei fattori aspecifici, andavano individuate tramite ricerche sperimentali, come per tutte le altre variabili che fino a quel momento erano state prese in considerazione dalla BT.

Così i terapeuti comportamentali si trovarono a dover trattare non più solo i fattori specifici di cambiamento, cioè i fattori che caratterizzano in modo univoco una particolare tecnica di trattamento, logicamente correlati al modello terapeutico utilizzato ed alle strategie derivate da tale modello, ma anche i fattori aspecifici di cambiamento, cioè tutti i determinanti terapeutici comuni a tutte o a molte tecniche di intervento e che quindi non sono rapportabili a nessun modello specifico.

La necessità in quegli anni di analizzare i cosiddetti fattori aspecifici di cambiamento, derivava anche dalla crescente importanza che veniva riconosciuta all'effetto placebo in medicina, psichiatria e psicoterapia. L'effetto placebo era infatti la prova più evidente del fatto che la spiegazione dei risultati di ogni impresa terapeutica non potesse basarsi esclusivamente sull'efficacia delle tecniche impiegate, ma chiamasse in causa una serie di fattori relativi al paziente, al terapeuta e al rapporto paziente-terapeuta. Cioè proprio i fattori aspecifici di cambiamento di cui la relazione terapeutica fa parte.

Tra i fattori aspecifici considerati, notevole interesse ha suscitato: il ruolo delle aspettative di guarigione del paziente (Frank, 1961; Goldstein, 1962; Davison e Wilson, 1973; Coe e Buckner, 1975); il ruolo delle aspettative di guarigione del terapeuta (Rosenthal, 1966; Wilkins, 1973; Woy e Efran, 1972; Lick e Bootzin, 1975); gli effetti del condizionamento verbale e le caratteristiche del terapeuta. Questi fattori sono stati studiati con la metodologia scientifica e sperimentale che sempre ha accompagnato tutte le ricerche svolte all'interno dell'approccio comportamentale.

Aspettative del paziente

L'importanza da assegnare alle aspettative del paziente diventò nei primi anni Settanta una fonte di dibattito molto acceso oltre che argomento di numerose ricerche.

Queste ricerche sulle aspettative del paziente furono condotte secondo due principali disegni metodologici: il primo consiste nel correlare aspettative iniziali del paziente e risultati finali; il secondo consiste nel manipolare le aspettative del paziente (attraverso specifiche istruzioni verbali del terapeuta) e nella successiva correlazione tra queste e l'esito terapeutico.

Numerose ricerche evidenziarono che le aspettative di guarigione da parte del paziente erano uno di quei fattori aspecifici di cambiamento che potevano spiegare sia l'effetto placebo sia la varianza interindividuale rispetto alla stessa procedura tecnica impiegata.

Il peso attribuito alle aspettative del paziente fu studiato soprattutto in rapporto all'efficacia della desensibilizzazione sistematica. Tuttavia, come spesso succede nella storia delle idee, i risultati non furono univoci.

Lo studio di Marcia (1969) è un esempio di ricerca sul ruolo delle aspettative del paziente:

DISEGNO SPERIMENTALE: la manipolazione delle aspettative del paziente.

SOGGETTI: fobici trattati con la desensibilizzazione sistematica. I soggetti furono assegnati in modo casuale a due gruppi sperimentali.

Primo gruppo: lo sperimentatore indusse un alto livello di aspettativa nei confronti di questa tecnica attraverso delle descrizioni verbali di quanto e perché questa tecnica fosse risultata efficace.

Secondo gruppo: ai soggetti venne solo spiegato il funzionamento di questa tecnica senza dire se fosse efficace o meno.

MISURA: Al termine della somministrazione della desensibilizzazione sistematica furono misurati i risultati ottenuti dai pazienti in termini di riduzione dei sintomi.

RISULTATI: il gruppo di soggetti fobici con un alto livello di aspettative nei confronti dell'efficacia della desensibilizzazione, aveva ottenuto risultati migliori in termini di riduzione dei sintomi rispetto al secondo gruppo di soggetti fobici in cui, viceversa, non era stato indotto un alto livello di aspettative.

Le conclusioni di questo studio furono che il livello di aspettativa del paziente dell'efficacia di una tecnica psicoterapeutica è correlato a esiti migliori.

Queste conclusioni, però, furono ben presto contraddette da altre ricerche (Mc Glynn e Mapp, 1970) che non individuarono nessuna correlazione tra alte aspettative del paziente prima dell'inizio del processo terapeutico e risultato finale.

Aspettative del terapeuta

A questo punto, visto che le ricerche sulle aspettative del paziente aveva portato a risultati contraddittori, i comportamentisti si chiesero: "perché non prendere in considerazione anche le aspettative del terapeuta?"

Sono state condotte diverse ricerche su questo fattore. Come esempio citiamo lo studio di Wilkins (1973).

DISEGNO SPERIMENTALE: gli sperimentatori inducevano alti livelli di aspettative di guarigione a due gruppi di pazienti omogenei su molte variabili, erano cioè due gruppi comparabili per tipo e gravità del disturbo.

Ai terapeuti di uno di questi due gruppi gli sperimentatori dicevano che le aspettative di guarigione dei loro pazienti erano alte.

Ai terapeuti dell'altro gruppo di pazienti non veniva raccontato nulla sulle aspettative dei loro pazienti.

RISULTATI: quando i terapeuti non conoscevano le aspettative del paziente, cioè erano "ciechi alle aspettative del paziente", i risultati finali non mostravano nessuna correlazione con le aspettative iniziali, mentre tale correlazione era evidente quando i terapeuti erano a conoscenza dei livelli di aspettative indotte nei loro pazienti: quando i terapeuti sapevano che i loro pazienti

avevano alte aspettative di guarigione ottenevano risultati migliori con i loro pazienti rispetto ai terapeuti che non sapevano che i loro pazienti avevano alte aspettative.

CONCLUSIONE: Se le aspettative avevano un peso ai fini del processo terapeutico, queste appartenevano al clinico, più che al paziente. Erano proprio le aspettative del terapeuta che in qualche modo influenzavano l'esito della terapia.

Successivamente vennero studiati singolarmente i fattori da cui sembravano dipendere tanto le aspettative del paziente quanto quelle del terapeuta, come ad esempio: sentimenti positivi del paziente verso il terapeuta, valutazione da parte del terapeuta della motivazione del paziente, non difensività del paziente, ecc.

Inoltre, si cercò di individuare i possibili meccanismi attraverso cui le aspettative andavano ad influenzare l'esito della terapia.

Fondamentalmente si ipotizzò che le aspettative del terapeuta si comunicassero in modo consapevole o inconsapevole al paziente e che questo rispondesse ad esse secondo le leggi del condizionamento operante.

D'altro canto, furono fatte delle critiche rivolte al concetto di aspettativa. Queste critiche evidenziarono come questa variabile andasse ad interagire con molti altri fattori (specifici e aspecifici). Per questo motivo nacque la necessità di creare modelli concettuali più differenziati, per riassorbire all'interno di una cornice teorica adeguata, la molteplicità di aspetti che emergevano dall'ambito clinico. In questa direzione si pose la proposta di Bandura (1977).

Aspettative di efficacia

Lo scopo del lavoro di Bandura (1977), era di riassorbire all'interno di una cornice teorica adeguata la molteplicità di aspetti riguardanti il ruolo delle aspettative che erano emersi dall'ambito clinico.

Bandura (1977) distinse tra aspettative connesse al risultato terapeutico, cioè la convinzione del soggetto secondo cui una determinata azione porterà ad un certo esito, e le aspettative di efficacia del paziente (cioè fiducia nel fatto di essere in grado di attivare il comportamento adeguato per produrre l'esito desiderato).

Secondo Bandura, infatti, le ricerche svolte fino a quel momento avevano preso in considerazione solo l'aspettativa di risultato del paziente.

L'aspettativa di guarigione però è un atteggiamento in grado di mutare nel corso del processo terapeutico stesso. Invece nelle ricerche precedenti essa veniva considerata come una dimensione statica dell'individuo e quindi misurata solo all'inizio della terapia.

Secondo Bandura invece l'aspettativa di guarigione doveva essere concettualizzata come un atteggiamento in grado di mutare nel corso del processo terapeutico stesso e quindi non poteva essere un predittore dei risultati. Pertanto, visto che non era l'aspettativa di risultato a correlarsi con l'esito finale (correlazione che come si è visto non è stata riscontrata da tutte le ricerche effettuate) Bandura propose che fosse l'aspettativa di efficacia della terapia a essere correlata con la guarigione finale. Questo autore trovò che l'aspettativa di efficacia del paziente (cioè l'aspettativa del paziente di essere capace di comportarsi nel modo più adatto per ottenere il risultato desiderato) si correla al risultato clinico e che questa aspettativa non muta nel corso dell'intervento.

Al di là delle varie ipotesi che furono proposte per spiegare l'influenza esercitata dalle aspettative di paziente e terapeuta sul processo di cura, tutte queste ricerche cominciarono ad evidenziare l'importanza del rapporto paziente-terapeuta, un rapporto a lungo ignorato e che ora, invece, lo studio dei fattori aspecifici di cambiamento tendeva a portare in primo piano.

Condizionamento verbale

Il condizionamento verbale è una seconda importante linea di ricerca, che contribuì ad avviare una riflessione sui fattori relazionali che entrano in gioco nel corso di una psicoterapia.

Una molteplicità di studi a cavallo tra gli anni Cinquanta e Sessanta sull'importanza dei fattori relazionali sono derivati proprio dalle numerose ricerche sugli effetti del condizionamento verbale.

I risultati di tali studi evidenziarono che i comportamenti verbali e non verbali messi in atto dal terapeuta, anche in modo inconsapevole, devono essere considerati come rinforzi e punizioni e influenzano il comportamento verbale del paziente nel corso del processo terapeutico.

Nello specifico, Greenspon (1955) organizzò un esperimento in cui si voleva condizionare l'emissione di nomi plurali attraverso stimoli verbali.

PROCEDURA: lo sperimentatore invitava i soggetti sperimentali a pronunciare qualsiasi parola.

Lo sperimentatore emetteva uno stimolo verbale solo in presenza di nomi plurali. In pratica, ogni volta che il soggetto nominava una parola plurale lo sperimentatore faceva (mmm, mmm) senza dire nessuna parola.

RISULTATI:

I risultati mostrarono un significativo incremento nella produzione delle parole plurali, finché, queste venivano seguite dallo stimolo verbale dello sperimentatore ed un successivo decremento nel momento in cui tale stimolo rinforzante veniva sospeso.

CONCLUSIONI: stimoli anche molto semplici e neutri hanno il potere di condizionare la produzione verbale del soggetto. Pertanto è estremamente importante tenere conto di questo in terapia visto che il terapeuta dice e fa molte più cose.

Nella stessa ottica si posero le ricerche effettuate alcuni anni dopo (Leitenberg et. Al. 1969; Oliveau et al. 1969) sull'uso delle istruzioni terapeutiche e dei segnali di lode al fine di potenziare l'esito di interventi terapeutici specifici, quale ad esempio, la desensibilizzazione sistematica.

È evidente come tutte queste ricerche si situassero all'interno del modello operante skinneriano, che proprio in quegli anni conosceva una notevole espansione.

Questi studi misero in modo inequivocabile in evidenza il fatto che una psicoterapia non poteva essere considerata una semplice offerta di tecniche, ma piuttosto andava concettualizzata come un processo interpersonale estremamente complesso, in cui entrano variabili personali e relazionali non trascurabili. Inoltre, l'aspetto che a noi interessa di più sottolineare visto che stiamo trattando dell'evoluzione del costrutto di relazione terapeutica, è che l'enorme mole di ricerche sul condizionamento verbale faceva vacillare l'idea secondo la quale la relazione terapeutica non era passibile di ricerca sistematica e rigorosa.

Riassumendo:

I primi terapeuti comportamentali erano convinti che la relazione non fosse studiabile in modo scientifico.

Questa convinzione era stata uno dei maggiori ostacoli al riconoscimento di questo decisivo fattore del processo terapeutico da parte dei primi comportamentisti.

Gli studi condotti in modo scientifico in ambiente comportamentista sui fattori aspecifici hanno permesso di compiere un passaggio fondamentale verso la scoperta della relazione terapeutica come di un fattore studiabile in modo sistematico e rigoroso.

Caratteristiche del terapeuta

Il passo decisivo verso la scoperta della relazione terapeutica in ambito comportamentale è, comunque, rappresentato da quegli studi che, a cavallo tra gli anni Sessanta e Settanta, indagarono il peso delle caratteristiche del clinico sull'esito della terapia.

Le ricerche sulle caratteristiche del terapeuta vennero condotte in particolare rispetto all'uso della desensibilizzazione sistematica, in quanto è la tecnica maggiormente formalizzata e ormai di comprovata efficacia.

Morris e Suckerman (1974) condussero una serie di studi sulla DS in cui la relazione terapeutica per la prima volta comincia a venire considerata come una variabile interveniente

nel processo terapeutico, non sufficiente, ma certamente necessaria al buon esito di una terapia e necessaria a spiegare i risultati dell'intervento.

Il primo lavoro aveva lo scopo di chiarire se le caratteristiche del clinico influenzano i risultati dell'intervento con DS.

PROCEDURA:

- gruppo di soggetti fobici assegnati ad un terapeuta caldo ed empatico
- gruppo di soggetti fobici assegnati ad un terapeuta freddo.

RISULTATI: il primo gruppo aveva ottenuto risultati significativamente migliori rispetto al secondo.

CONCLUSIONI: Le caratteristiche del clinico possono facilitare o ostacolare il raggiungimento degli obiettivi anche in un processo di cambiamento basato su una procedura tecnica standardizzata, quale teoricamente doveva essere la desensibilizzazione sistematica.

Un secondo lavoro di questi autori fu condotto con soggetti fobici a cui viene somministrata la DS automatizzata.

PROCEDURA:

- gruppo di soggetti fobici sottoposti a desensibilizzazione sistematica automatizzata in cui la voce registrata del terapeuta era calda ed empatica
- gruppo di soggetti fobici sottoposti a desensibilizzazione sistematica automatizzata in cui la voce registrata del terapeuta suonava fredda.

RISULTATI: Ancora una volta il primo gruppo (voce calda) ottenne un miglioramento più marcato rispetto al secondo (voce fredda).

CONCLUSIONI: Prova inequivocabile del ruolo giocato da fattori personali e relazionali nel processo terapeutico, anche quando si trattava di procedure altamente standardizzate e quindi teoricamente esenti dall'influenza di fattori contingenti e situazionali. La relazione terapeutica viene quindi considerata sempre di più una variabile interveniente che può facilitare od ostacolare il cammino terapeutico e quindi merita di essere studiata.

Successivamente vennero condotte sempre più ricerche sugli effetti delle caratteristiche del terapeuta, (empatia e calore correlati positivamente a un buon risultato) conservando il rigore scientifico che caratterizza la BT. La metodologia sperimentale divenne sempre più raffinata: vennero eseguiti confronti di sessioni audioregistrate, condotte da terapeuti di approcci diversi, con diverse caratteristiche di personalità. I risultati evidenziavano che i terapeuti comportamentali eccellevano in negli aspetti relativi all'empatia e alla manifestazione di calore, rispetto e accettazione del paziente, anche più dei loro colleghi. I risultati indicarono in modo concorde che la positiva percezione del terapeuta da parte del paziente, rispetto a dimensioni quali l'empatia, l'accettazione e il calore, si correlava con l'esito favorevole dell'intervento terapeutico ed in particolare con una riduzione del tasso di drop-out.

Novità degli anni '70

Le riflessioni compiute negli anni Settanta, tuttavia, portarono altre novità.

Una di queste novità che segnò un elemento di svolta rispetto al decennio precedente è che la relazione terapeutica a questo punto non è più considerata come uno dei tanti fattori aspecifici di cambiamento ma ora si fa esplicito riferimento al concetto di relazione terapeutica.

Negli anni Sessanta, la tendenza a parlare della relazione in termini di fattori "aspecifici" di cambiamento mostrava la difficoltà dei primi terapeuti comportamentali a confrontarsi direttamente ed esplicitamente con un concetto, quello appunto di relazione, ancora malvisto in ambito comportamentale. Ed era malvisto soprattutto per il ruolo centrale che aveva nelle terapie psicodinamiche, da cui il comportamentismo voleva differenziarsi.

Il cambiamento nel modo di considerare la relazione è avvenuto quando la terapia del comportamento raggiunse un ampio riconoscimento negli ambienti psicoterapeutici e il bisogno di presentarsi come una terapia opposta a quella psicanalitica non era più avvertito. I comportamentisti poterono finalmente confrontarsi con il costrutto di relazione terapeutica con maggiore serenità, separandolo dal ruolo che aveva avuto nelle teorie psicodinamiche.

Indubbiamente, anche in questo periodo, continuò ad esserci chi negò che la relazione terapeutica potesse essere necessaria al buon esito di una psicoterapia, però tutti, a prescindere dalle conclusioni a cui giunsero, riconobbero che nella terapia comportamentale, come in qualsiasi tecnica terapeutica, non è possibile ignorare l'effetto della persona e della relazione interpersonale.

Risulta indicativa la posizione di Eysenck a questo proposito: Eysenck era estremamente scettico riguardo al peso che i fattori relazionali avrebbero nel determinare il successo di una terapia. Egli infatti notava che se si dichiara che la relazione paziente-terapeuta è la causa principale dei miglioramenti terapeutici, diventa difficile spiegare perché la BT produca dei risultati significativamente migliori degli altri tipi di terapia (Eysenck e Rachman, 1965). Comunque, la sua conclusione fu che il peso della relazione terapeutica è del tutto trascurabile nella cura di disturbi circoscritti, mentre potrebbe acquisire maggiore rilevanza nel trattamento di problematiche più complesse e cronicizzate. In definitiva, Eysenck affermò che è preferibile e anche necessario analizzare gli effetti del rapporto terapeuta-paziente in termini di teoria dell'apprendimento piuttosto che in termini psicoanalitici e psicodinamici.

A questo punto è ormai evidente che anche i comportamentisti più scettici, come lo era Eysenck, riguardo al peso della relazione terapeutica, non potevano più esimersi da un confronto diretto con questa tematica.

Nei lavori successivi, sempre condotti nell'ambito della terapia del comportamento (es. Bancroft, 1976) è stato sempre più sottolineato anche l'aspetto collaborativo del rapporto paziente-terapeuta nella terapia comportamentale e l'importanza di ridurre l'asimmetria nella relazione. Ancora però in questi lavori il rapporto terapeutico veniva limitando a un livello consulenziale.

MODELLI INTERPRETATIVI DEGLI ANNI '80

Negli anni 80' alcuni clinici e ricercatori comportamentali hanno tentato di elaborare alcuni modelli interpretativi che permettessero di considerare i molteplici aspetti della relazione terapeutica in modo unitario.

Infatti, lo sforzo, compiuto in molti studi precedenti, di verificare sperimentalmente e empiricamente le varie dimensioni del rapporto terapeutico (ad esempio le caratteristiche del terapeuta e del paziente) aveva portato inevitabilmente ad una frantumazione del costrutto indagato.

Infatti, questo modo di studiare gli aspetti specifici della relazione terapeutica aveva fatto perdere l'aspetto di globalità.

Sul finire degli anni Settanta compaiono due modelli che tentano di ricomporre questa frattura operata nel concetto di relazione terapeutica, influenzati dalle teorie cognitive che stavano diffondendosi.

Questi modelli costituiscono un primo segnale delle importanti innovazioni teoriche che si stavano verificando nella terapia comportamentale, in corrispondenza della nascita e diffusione delle terapie cognitive.

Il libro di Guidano e Liotti (1979) "Elementi di psicoterapia comportamentale" propone un approccio alla relazione terapeutica da un punto di vista più clinico che teorico, mentre esattamente il contrario avviene nel lavoro di De Voge e Beck (1978).

La relazione terapeutica nel modello di Guidano e Liotti

Pur restando all'interno dell'orientamento comportamentale, il lavoro in questione risulta influenzato dalle terapie cognitive. Si fa riferimento ai processi cognitivi e ai fattori emozionali, visti nell'ottica di Beck, come derivati cioè dagli schemi cognitivi dell'individuo.

Gli autori aderiscono ad una nuova epistemologia, non più di tipo associazionistico tipica del comportamentismo degli inizi, che vede ora l'uomo attivo nella costruzione dei suoi schemi interpretativi del mondo circostante.

Secondo questa epistemologia: dagli schemi cognitivi dipendono i comportamenti adattivi o disadattivi delle persone e le eventuali emozioni patogene dell'individuo.

L'attenzione a questi fattori sicuramente ha inciso sul modo di considerare e concettualizzare anche la relazione terapeutica.

Nel lavoro si ritrova una esplicita e forte rivalutazione della relazione terapeutica come elemento terapeuticamente determinante. La relazione non viene considerata più come una semplice cornice di un intervento che basa la sua efficacia esclusivamente sulle procedure tecniche.

Secondo gli autori, l'abilità e l'esperienza di un clinico si manifestano nel modo in cui utilizza la relazione, più che nell'applicazione delle tecniche e dei principi di psicologia di cui il suo repertorio è fornito. Pertanto il terapeuta nel suo lavoro deve usare la relazione sia per ottenere i dati d'osservazione necessari all'analisi dei problemi del paziente sia per progettare l'intervento e produrre il cambiamento desiderato.

Infatti, la relazione stessa può essere osservata dal terapeuta. Proprio questa osservazione può fornire elementi rilevanti sulle modalità relazionali proprie del repertorio comportamentale del paziente:

Osservando come il paziente interagisce con il terapeuta, il terapeuta può arrivare ad una conoscenza molto precisa (più di quanto potrebbe sapere interrogandolo direttamente) del modo con cui quotidianamente la persona interagisce con il suo ambiente di vita: può così ricostruire lo stile di interazione del paziente.

La conoscenza del modo di vivere e interagire con gli altri proprio del paziente è essenziale per il terapeuta sia per comprendere le problematiche del paziente che per progettare il programma terapeutico più adeguato.

Quindi la relazione è vista dagli autori come una fonte ulteriore di dati.

La relazione diviene lo strumento per attuare l'intervento: in particolare gli autori fanno riferimento alla possibilità per il clinico di agire da rinforzo discriminativo o da modello e viene dedicata maggiore attenzione al fornire una serie di indicazioni su quali dovrebbero essere le competenze ed i comportamenti del terapeuta, che desidera rendere più fruttuoso il suo intervento.

Gli autori definiscono quegli aspetti della personalità del terapeuta (l'empatia, il calore umano, ecc.) che possono essere positivamente correlati con il successo terapeutico.

In questo lavoro si tende ancora a trascurare le dinamiche relazionali che si instaurano tra clinico e paziente anche se è presente la consapevolezza di non poter limitare il discorso alle qualità del terapeuta. Affermano infatti che è probabile che le variabili che effettivamente incidono sull'esito favorevole di una psicoterapia riguardino la qualità e l'andamento stesso della relazione.

L'elemento più importante della loro riflessione è il modo di concepire la relazione terapeutica, a prescindere dall'uso che se ne fa per raccogliere dati ed attuare interventi. Infatti, la relazione terapeutica viene esplicitamente considerata "un rapporto reale nella vita del paziente (e spesso anche significativo, date le possibili modificazioni che esso può indurre nella sua realtà quotidiana). Proprio per questo la relazione può essere l'elemento che più di ogni altro influisce sull'efficacia e l'incisività dell'intervento terapeutico".

Quindi, secondo Guidano e Liotti tanto l'osservazione dei dati necessari alla progettazione dell'intervento quanto l'attuazione dello stesso devono necessariamente passare attraverso un uso accorto che il terapeuta fa della sua relazione con il paziente.

La relazione terapeutica nel modello di De Voge e Beck

L'altro importante contributo che, sul finire degli anni Settanta, cerca di fornire una visione più unitaria della relazione terapeutica è quello di De Voge e Beck (1978).

Il fatto che si muovono su un terreno più teorico determina la grande importanza del loro lavoro, più che le specifiche conclusioni cui pervengono, che sollevano qualche perplessità.

Il loro lavoro indica che era ormai necessario e auspicabile integrare la terapia comportamentale con i costrutti provenienti da altri approcci teorici e terapeutici, a cominciare da quelli cognitivisti.

Nello specifico, De Voge e Beck hanno integrato il modello di Leary (1957) appartenente alla psicologia interpersonale.

Leary aveva pensato che lo stile che ogni individuo esprime quando si rapporta alle altre persone potesse essere rappresentato in uno spazio bidimensionale.

In questo spazio è possibile individuare quattro stili fondamentali di rapporto interpersonale. Questi stili sono amichevole-dominante, amichevole-sottomesso, ostile-dominante, ostile-sottomesso.

De Voge e Beck riprendono dal modello di Leary altri due principi.

1. **RECIPROCIÀ**: ogni polo dell'asse "affetto" sarebbe reciproco del suo corrispondente, così uno stile caratterizzato dall'ostilità ne richiamerebbe un altro ostile e viceversa. Al contrario, ogni polo dell'asse "status" sarebbe reciproco nei confronti del suo opposto, così uno stile dominante ne richiamerebbe uno sottomesso e viceversa. Se questa reciprocità non si crea perché, ad esempio, si incontrano due persone entrambe con lo stesso stile, ad esempio con uno stile dominante, la relazione si perde.

2. **FLESSIBILITÀ** o **RIGIDITÀ** del proprio stile interpersonale. Le persone flessibili sono capaci di passare da uno stile all'altro (ad esempio da dominante a sottomesso), a seconda delle circostanze. La flessibilità sarebbe indice di salute psichica. Viceversa, le persone rigide sarebbero capaci di esibire solo uno stile interpersonale. Questa rigidità produrrebbe in loro delle distorsioni nelle percezioni e nelle aspettative sugli altri.

Ad esempio, una persona rigida ostile si aspetta e percepisce tutti come ostili, come lei stessa. Infatti, per il principio della reciprocità, l'ostilità chiama altra ostilità. Quindi persone rigide e ostili finiscono per manifestare comportamenti che elicitano negli altri proprio un comportamento ostile, che li conferma nelle loro aspettative e percezioni. Questo è un concetto molto simile a quello di "profezia che si auto-avvera".

De Voge e Beck (1978) utilizzano questo schema al fine di descrivere la relazione tra paziente e clinico. Qui sorgono alcune perplessità.

Gli autori tendono a identificare il ruolo del terapeuta con quello di rinforzatore sociale. In questo senso il terapeuta cerca di ottenere i risultati desiderati attraverso un processo di condizionamento del paziente, utilizzando segni di lode e di approvazione, verbali e non verbali.

Poiché chi emette lodi si trova in una posizione di chi può giudicare gli altri, inevitabilmente il terapeuta si mette in una condizione di dominanza. E visto che emette i suoi giudizi ricorrendo ad un atteggiamento empatico ed accettante, ne segue che lo stile interpersonale di un terapeuta non può che essere amichevole-dominante.

Questo presuppone che il paziente, per il principio di reciprocità debba assumere uno stile amichevole-sottomesso perché abbia luogo una relazione.

Quando ci si trova davanti a pazienti che non hanno uno stile né amichevole né sottomesso, non resta altro da fare che intraprendere una serie di strategie per condurre il paziente ad adottare uno stile amichevole-sottomesso. Solo a questo punto ci saranno le condizioni per iniziare un trattamento terapeutico con alte possibilità di successo.

Tutto ciò solleva dei dubbi perché in questo modello la complessa e articolata dinamica relazionale viene limitata ad uno schema transazionale abbastanza rigido.

Inoltre, questo schema relazionale che prevede che il terapeuta sia in posizione dominante e il paziente in posizione sottomessa riporta di nuovo in primo piano l'asimmetria che caratterizzava la relazione terapeutica nei primi anni della terapia del comportamento. Sembra infatti che i due autori abbiano completamente tralasciato i contributi più recenti che avevano evidenziato la necessità di una collaborazione paritetica dei due partecipanti all'incontro terapeutico.

Questa rigidità diventa più evidente quando gli autori stessi evidenziano una difficoltà del loro modello. Infatti, se al paziente, durante la terapia, è stato rinforzato lo stile sottomesso, alla fine

del trattamento c'è il problema di come fare in modo che il paziente adotti uno stile assertivo e autonomo, cioè, in una parola, dominante, che è proprio lo scopo che ogni intervento terapeutico in fondo si prefigge.

Ancora più paradossale è la situazione in cui ci si trova a dover attuare un intervento di TRAINING assertivo. In questo caso infatti si cerca di rinforzare un atteggiamento assertivo nel soggetto inviandogli segnali di lode ed apprezzamento, il che presuppone però che il paziente sia in una posizione di sottomissione.

A questa obiezione la risposta di De Voge e Beck è molto semplice, ma anche piuttosto vaga: sul finire della terapia il terapeuta deve assumere uno stile più sottomesso che elicerà nel paziente, per il principio di reciprocità, uno stile più dominante ed autonomo.

Anche in questa risposta traspare una certa meccanicità e artificiosità nel descrivere l'interazione terapeutica.

Nonostante la concezione della relazione terapeutica sia rigida e asimmetrica, questo modello ha comunque il merito di aver inserito la tematica relazionale nella teoria e nella clinica comportamentale.

La relazione terapeutica nel modello di Mosticoni

All'inizio degli anni '80 si rifletteva, in casa comportamentista, circa la possibilità di dare una risposta terapeutica anche a disturbi non gravi.

Di particolare interesse per la chiarezza delle indicazioni fornite al terapeuta che si trova ad affrontare questi disturbi è la formalizzazione del ruolo e delle forme della relazione terapeutica proposta da Mosticoni (1984).

L'autore, allo scopo di attenuare il senso di aspecificità della relazione, assimila la relazione alla "contingenza ambientale", e dal momento che può essere utilizzata in terapia in modo strategico, essa non può essere più considerata un fattore aspecifico di cambiamento.

Tutto ciò che avviene al di fuori della tecnica o delle tecniche impiegate va strutturato e utilizzato validamente, per creare il ponte di modificazioni, e anche di auto-modificazioni, che vanno ad unire il problema-bersaglio di partenza all'obiettivo terapeutico finale precedentemente concordato [con il paziente]. L'atteggiamento del terapeuta è terapeutico in quanto è la fonte principale di rinforzi e punizioni, estinzioni, all'interno del setting terapeutico.

Riassumendo:

La terapia del comportamento, benché all'inizio non si sia occupata della tematica relazionale per le ragioni storiche, metodologiche e concettuali di cui abbiamo trattato all'inizio, nel corso del suo processo di sviluppo ha dovuto prendere atto che esistono delle variabili, al di fuori di quelle coinvolte nelle tecniche psicoterapeutiche impiegate, che influenzano il successo dell'intervento psicoterapeutico.

Alcune di queste variabili, come le aspettative di paziente e terapeuta, il condizionamento verbale e le caratteristiche del terapeuta sono state studiate con il rigore metodologico che contraddistingue questo approccio. Questo ha portato i comportamentisti, sul finire degli anni Settanta e all'inizio degli anni Ottanta, ad essere pronti ad una revisione del loro impianto teorico e della loro pratica clinica. Questa revisione risultava infatti necessaria per riassorbire a livello sia teorico che clinico la tematica riguardante la relazione terapeutica in maniera più circostanziata.

PSICOTERAPIA COGNITIVA

Il riconoscimento della relazione terapeutica quale aspetto centrale del processo clinico si manifesta pienamente con la nascita e la rapida affermazione delle terapie cognitive.

Un impulso importante al sorgere di questi nuovi orientamenti teorico-clinici di matrice cognitiva va rintracciato nella maggiore disponibilità di molti terapeuti comportamentali a riconoscere con attenzione il ruolo dei processi cognitivi nel funzionamento mentale sano e patologico.

Tradizionalmente, anche le terapie cognitive hanno posto più enfasi sulle tecniche che sulla qualità della relazione terapeutica. Tuttavia, durante il loro sviluppo, il peso attribuito alla relazione è andato via via aumentando, fino alla considerazione della relazione quale aspetto centrale del processo terapeutico.

Ciò ha portato alla precisazione di indicazioni teoriche e tecniche allo scopo di incorporare l'uso della relazione nella terapia in modo sistematico.

La relazione terapeutica nei modelli di Ellis e Beck

I primi modelli psicoterapeutici cognitivi sono ben rappresentati dalle opere dei due principali esponenti di questo approccio. Beck ed Ellis.

Questi due autori hanno elaborato una teoria della clinica che includeva una considerazione della relazione terapeutica. Essi hanno fornito delle linee guida per capire come si struttura la relazione e i motivi per i quali può essere considerata come un fattore che contribuisce al successo o al fallimento di un intervento psicoterapeutico.

Comunque i loro presupposti teorici e le loro modalità applicative non possono essere considerati perfettamente sovrapponibili.

ELLIS: le strutture cognitive distorte, che sono quelle responsabili del disagio emotivo, hanno invariabilmente un carattere di “dovere”.

BECK: le distorsioni cognitive non sono necessariamente connesse con processi valutativi e di dovere, ma possono avere anche natura inferenziale: da qui deriva il concetto di “TRIADIA COGNITIVA” proposta da Beck, come visione negativa e catastrofica di sé, del mondo, del futuro.

ENTRAMBI sottolineano che i loro rispettivi modelli terapeutici non sono limitati alla sfera cognitiva, ma considerano le complesse interazioni tra cognizioni, comportamenti ed emozioni (non a caso, Ellis, ha inizialmente mutato la definizione di “terapia razionale” in “terapia razionale emotiva” e ultimamente in “terapia razionale emotiva comportamentale”).

Di conseguenza, propongono un intervento multimodale che, accanto alle tecniche di ristrutturazione cognitiva, contempla compiti comportamentali e tecniche emotive.

Nei loro rispettivi modelli rimane comunque il ruolo privilegiato dei processi di pensiero e l'obiettivo della psicoterapia è di aiutare il paziente ad individuare le sue conoscenze inappropriate e le sue idee irrazionali, aiutarlo a confutarle e a sostituirle con altre più adeguate. Definito in questi termini l'obiettivo della psicoterapia, ne derivano precise indicazioni al terapeuta che si declinano tuttavia in modo differente nell'opera di Ellis e di Beck.

Ellis sottolinea il ruolo pedagogico, direttivo ed educativo del terapeuta.

Beck, viceversa, accentua maggiormente gli aspetti di collaborazione paritetica tra clinico e paziente. Per Beck è importante più di ogni altra cosa che terapeuta e paziente collaborino insieme, su un piano paritario.

L'atteggiamento didattico nell'approccio teorico-clinico di Ellis

Le riflessioni teoriche di Ellis sono sostenute, quasi esclusivamente, dalla sua esperienza di terapeuta e, come lui stesso riconosce, già in parte formulate da filosofi antichi e moderni, psicologi, clinici e sociologi. Ellis, partendo dalle sue riflessioni teoriche ritiene opportuno che, affinché una terapia si riveli efficace, la relazione terapeuta-paziente si articoli secondo precise modalità.

Mentre a quel tempo Rogers e altri terapeuti esistenzialisti sostenevano con convinzione l'idea della necessità di offrire stima, rispetto e attenzione al paziente, accettandolo in modo incondizionato, in quanto tale atteggiamento produce il cambiamento attraverso il modellamento, Ellis (1993), sostiene che, oltre ad accettare il paziente in quanto persona, il

terapeuta deve tentare di insegnargli, in modo attivo ed esplicito, come fare per accettare se stesso.

Pertanto, l'autore propone che lo stile del terapeuta sia didattico e direttivo, oltre che umanistico-esistenziale. In particolare, il terapeuta dovrebbe insegnare al paziente a non valutare e misurare se stesso nella propria totalità, ma a scegliere di valutare solamente le sue azioni e i suoi comportamenti in relazione ai propri scopi e desideri.

Ellis sottolinea il ruolo fortemente didattico del terapeuta: in questo senso vede la relazione clinico-paziente come una variante del rapporto insegnante-allievo. Il terapeuta si deve porre come guida ed insegnante capace di portare l'allievo-paziente a riconoscere l'irrazionalità delle sue idee e a cambiarle con altre più razionali.

Quindi possiamo vedere come nell'idea di relazione di Ellis ci sia ancora la presenza di una certa asimmetria nel rapporto terapeutico.

L'autore distingue l'accettazione incondizionata dall'empatia (o approvazione del paziente): l'accettazione incondizionata del paziente è necessaria per creare un'atmosfera terapeutica adeguata per impostare l'intervento di ristrutturazione delle sue convinzioni irrazionali, in cui il terapeuta, senza svaloriare la persona, attacca esclusivamente i pensieri del paziente che gli causano sofferenza.

D'altro canto, Ellis sostiene che il clinico deve astenersi dal fornire approvazione alle idee irrazionali del paziente, in quanto potrebbe consolidare i pensieri irrazionali "devo essere approvato ed amato da tutti" e "devo sempre essere aiutato da tutti", presenti in molti pazienti, influenzando quindi negativamente l'esito della terapia. In sostanza, per Ellis va bene accettare il paziente ma non approvare le sue idee irrazionali, dato che sono la causa del suo disturbo (secondo il modello cognitivo-razionalista).

Secondo Ellis (2001), poiché paziente e terapeuta portano le loro esperienze personali e sociali all'interno della relazione terapeutica, esse sono destinate a influenzarsi in modo vicendevole. Sembra che il controtransfert sia quindi un prodotto naturale e inevitabile della terapia, ma non sempre dannoso. Ellis sostiene, infatti, che il terapeuta deve saper riconoscere gli aspetti razionali del controtransfert, distinguendoli da quelli irrazionali, e quindi impiegarli come strumenti terapeutici.

Naturalmente si presume che il terapeuta possieda una maggiore razionalità accompagnata da un migliore equilibrio mentale rispetto al paziente, visto che deve attaccare le convinzioni irrazionali che tengono prigioniero il paziente, permettendogli di arrivare ad una visione della realtà meno distorta.

L'importanza sottolineata da Ellis sul ruolo attivo-direttivo del terapeuta porta a una riflessione: innanzitutto va notato che Ellis, con la sua enfasi sul ruolo didattico-educativo del terapeuta non condivide la necessità di rendere flessibile l'atteggiamento del clinico nella relazione terapeutica, in modo da adattarlo ai diversi momenti di una psicoterapia e ai diversi stili interattivo comportamentali del paziente.

Ellis ritiene che l'unico modo a disposizione del terapeuta per indurre il paziente ad abbandonare le sue ideazioni irrazionali sia quello di adottare uno stile di conduzione del rapporto molto vigoroso ed educativo. In questa visione, il modo di concepire la relazione terapeutica si riduce ad un rapporto ben definito con ruoli circoscritti per i due partecipanti: il terapeuta come insegnante ed il paziente come allievo.

Questa rigidità nel modo di intendere l'atteggiamento del clinico ed il rapporto terapeutico sembra che porti il paziente ad un ruolo di maggiore passività. In questo modo c'è il rischio che il paziente veda il terapeuta come depositario del potere d'indurre il cambiamento e se stesso come l'oggetto degli interventi di controlavaggio del cervello operati dal clinico.

La collaborazione terapeutica in Beck

Beck attua un'analisi più attenta e, in parte, più innovativa della relazione terapeutica rispetto a quanto avviene in Ellis. Nel modo in cui Beck concettualizza il rapporto terapeutico diventa centrale l'idea di "collaborazione". Beck infatti affida la responsabilità del processo di cura, in modo equilibrato, sia al paziente che al terapeuta. Il rapporto terapeutico si configura come un

rapporto consulenziale, che permette ai due attori (paziente e terapeuta) di lavorare insieme, su un piano di parità, per risolvere problemi del paziente. La differenza maggiore rispetto all'ottica di Ellis e alle concettualizzazioni della relazione terapeutica dei clinici comportamentali negli anni Sessanta e Settanta è proprio la base di parità tra i due partecipanti su cui si articola il rapporto.

Secondo Beck il rapporto terapeutico resta una cornice in cui si applicano le varie tecniche, ma non è più uno sfondo passivo. Il rapporto terapeutico può sia favorire che danneggiare l'intervento, da una parte, se viene adeguatamente condotto, può potenziare l'effetto delle strategie e delle tecniche impiegate; dall'altra, può costituire un ostacolo insormontabile al raggiungimento delle mete di una psicoterapia.

Il rapporto tecniche-relazione terapeutica è dinamico: le tecniche utilizzate (e il modo di attuarle) influenzano la natura del rapporto terapeutico. Quest'ultimo, a sua volta, retroagisce influenzando le prime, in una dialettica tecniche-relazione che costituisce l'essere stesso della terapia cognitiva, un'unità che con Beck non è più inscindibile nei due elementi costitutivi (tecniche e relazione).

Questa nuova consapevolezza rimarrà patrimonio dei successivi sviluppi cognitivo-comportamentali.

In Beck rimane comunque un elemento di continuità rispetto alla terapia comportamentale di quegli anni.

Infatti Beck sostiene che la relazione è necessaria ma non sufficiente ad ottenere un cambiamento terapeutico: le tecniche divengono inefficaci senza un adeguato rapporto clinico-paziente e quindi questo rapporto è condizione per un successo terapeutico, però resta l'idea che la relazione non ha valore in sé come strumento terapeutico. Ancora non è presente la possibilità che il cambiamento passi attraverso l'uso della relazione terapeutica, come verrà proposto, invece, negli anni seguenti, quando l'attenzione di molti clinici cognitivo-comportamentali si concentrerà su concetti quali quelli di schemi interpersonali, sistemi di attaccamento, ristrutturazione non razionale.

Le qualità del terapeuta secondo Beck

Un contributo importante del lavoro di Beck risiede nell'aver discusso quelle qualità del terapeuta (calore umano, empatia, ecc.) che già i clinici comportamentali avevano riconosciuto come caratteristiche utili al buon esito di un intervento terapeutico.

Beck afferma che le caratteristiche generali del terapeuta che facilitano l'applicazione della terapia cognitiva (come di altre forme di psicoterapia) comprendono calore umano, schiettezza e corretta empatia.

L'empatia del clinico viene definita come la capacità di sentire le emozioni dell'altro mantenendo la facoltà di riconoscere alla loro radice un'ideazione disfunzionale.

Queste qualità diventano però fattori disgraganti della collaborazione terapeutica se messi troppo in evidenza o applicati in modo improprio; con conseguenze negative sia per il paziente che per il terapeuta

L'esagerazione di queste caratteristiche porta a conseguenze negative per il paziente in quanto il paziente può reagire con un uguale esagerato interesse e calore nei confronti del terapeuta, facendo così slittare il rapporto da un piano di professionalità verso uno di tipo amicale. Il paziente, soprattutto se depresso, può reagire all'eccessivo interesse del clinico anche negativamente, svalutando in qualche modo la figura del terapeuta stesso. Il paziente depresso, data la sua bassa autostima, potrebbe chiedersi il perché di un tale interesse del clinico e giungere a perdere la stima nei confronti del terapeuta che si interessa di persone di così basso valore; oppure potrebbe temere una volontà manipolatoria da parte del clinico.

Anche mostrarsi ottimista, da parte del clinico, può avere un effetto negativo in quanto può indurre il paziente a concludere che il terapeuta non ha compreso la gravità dei suoi problemi oppure li sottovaluta.

In entrambi i casi appare evidente la ricaduta negativa sull'immagine e la fiducia che il paziente ha nei confronti del terapeuta.

Un'esagerazione di queste caratteristiche porta a conseguenze negative non solo per il paziente ma anche per il terapeuta, che potrebbe perdere quel distacco dai sentimenti, dalle emozioni e dalle idee del paziente, che gli permette di valutarli in modo obiettivo e di lavorare per modificarli.

Per Beck è importante mantenere una distinzione tra empatia e partecipazione:

La partecipazione è un sentimento di compassione e condivisione attiva del dolore del paziente. Una partecipazione eccessiva può inquinare i tentativi del terapeuta di alleviare le sofferenze del paziente.

L'empatia invece comprende una componente intellettuale (oltre che emotiva), ossia la comprensione del fondamento cognitivo dei sentimenti del paziente; essa implica inoltre la capacità di prendere le distanze dai sentimenti del paziente allo scopo di mantenere un atteggiamento obiettivo verso i suoi problemi.

Flessibilità dell'atteggiamento del terapeuta secondo Beck

Beck sottolinea che il terapeuta deve saper adattare il suo atteggiamento e quindi la strutturazione del rapporto in base sia ai diversi momenti di una terapia, che a differenze nello stile relazionale dei diversi pazienti.

Nelle fasi iniziali della terapia il paziente, gravato dai suoi problemi di depressione o ansia, si trova in una situazione di passività e paralisi. Il terapeuta deve quindi assumere un atteggiamento più attivo nello spingere il paziente ad individuare le sue idee disfunzionali e a ricercare le prove che possano portare ad una loro confutazione e sostituzione con pensieri più realistici. Man mano che la terapia procede si attenuano i sentimenti depressivi del paziente, grazie anche agli effetti di un rapporto terapeutico caldo ed empatico. A questo punto il terapeuta può divenire meno attivo, lasciando che il paziente cominci ad agire in modo più autonomo.

Beck sottolinea anche la necessità che il terapeuta sappia adattare la sua posizione terapeutica con lo stile generale di ogni paziente.

Un paziente serio e conservatore richiederà un approccio differente dal paziente che preferisce l'informalità. Con il paziente autonomo il terapeuta dovrà essere più passivo, lasciando che l'altro eserciti questa sua autonomia e indipendenza. Imporre infatti a questo tipo di paziente un rapporto molto confidenziale e coinvolgente potrebbe portare ad una rottura del rapporto stesso. Con un paziente dipendente sarà utile un rapporto caldo ed empatico ed un atteggiamento più attivo del clinico che si deve porre come un punto fermo, un appoggio, un alleato (come direbbe Bowlby, una base sicura da cui partire per esplorare il mondo). Con il paziente che è ad un tempo autonomo e dipendente, che desidera l'intimità ma ha dei problemi a tollerarla (teme di essere rifiutato, controllato e umiliato dal terapeuta) il terapeuta dovrà essere molto flessibile nelle modalità interattive.

Il terapeuta dunque, se non vuole che l'intervento fallisca, deve individuare le modalità interattive del paziente lungo la dimensione autonomia-dipendenza e deve saper rendere il proprio stile interattivo complementare.

La sua abilità e le sue possibilità di successo risiedono non soltanto nella capacità di applicazione di procedure di assessment e di tecniche specifiche, ma soprattutto in quella di creare e rendere funzionale il rapporto terapeutico, attraverso un adeguato accomodamento delle proprie modalità interattivo-comportamentali a quelle del paziente.

Beck sottolinea sempre l'importanza e la necessità di mantenere uno stile collaborativo, perché la collaborazione permette, utilizzando un metodo maieutico che promuova un dialogo di tipo socratico, di favorire la ricerca di nuove ipotesi e soluzioni al fine di giungere ad una lettura più realistica e funzionale della realtà ontologica.

Dimensioni della relazione terapeutica secondo Beck

Beck distingue nettamente tra le qualità del terapeuta, essenziali per stabilire un appropriato rapporto con il paziente e le dimensioni fondanti una relazione terapeutica efficace. Indubbiamente le prime sono necessarie affinché si vengano ad instaurare le seconde, ma queste ultime non sono riducibili alle prime. Pertanto, una relazione terapeutica ottimale si fonda su dimensioni intrinsecamente relazionali e non unilaterali, come sono invece le qualità del terapeuta. Queste dimensioni sono la **fiducia, l'intesa e la collaborazione**.

Tali dimensioni devono essere costruite nel corso delle prime fasi della terapia e risiedono non tanto in uno dei due protagonisti del processo di cura, quanto nel loro relazionarsi.

Beck afferma che c'è collaborazione quando paziente e terapeuta esercitano congiuntamente il metodo di indagine scientifica, che consiste nel ricavare i dati grezzi dalla realtà, stabilire la validità dei dati introspettivi, analizzare i presupposti sottostanti e avviare gli esperimenti allo scopo di testare le ipotesi costruite sui dati raccolti. Proprio attraverso questo lavoro collaborativo si vengono ad instaurare e rafforzare quelle dimensioni di fiducia ed intesa che permettono un efficace e deciso procedere collaborativo.

Il merito della riflessione di Beck sulla relazione terapeutica è di averla rivalutata come un processo intrinsecamente interazionale, non riducibile alle qualità del terapeuta, pur importanti, che un terapeuta dovrebbe possedere.

Nonostante Beck affermi che non solo la relazione influenza l'effetto delle tecniche, ma anche le tecniche utilizzate e il modo di attuarle influenzano la qualità della relazione terapeutica, non ipotizza che la relazione possa essere usata come strumento di cambiamento, come verrà proposto in seguito.

La relazione terapeutica nella teoria di Kelly

La rivoluzione epistemologica, che caratterizza lo scenario della ricerca scientifica durante gli anni Ottanta, differenzia le proposte teoriche empiristico-neopositivistiche da quelle che si fondano su un impianto costruttivistico-strutturalistico.

Molti clinici cognitivi recuperano in questo periodo l'opera di Kelly (1955), il maggior esponente di un approccio costruttivista nel campo della psicologia e della psicoterapia, secondo il quale l'essere umano è uno scienziato che crea ipotesi allo scopo di rendere gli eventi più facilmente prevedibili, interpretabili e comprensibili.

La relazione terapeutica si struttura su un piano di forte simmetria. Al di là del metodo, il terapeuta non interviene nel merito delle ipotesi migliori o peggiori in assoluto, ma solo rispetto al singolo individuo. L'esito finale dell'intervento sarà di esclusiva pertinenza del paziente, in quanto è l'unico che può sapere quale evoluzione del sistema di costrutti sia per lui migliore, più adeguata. Questa concettualizzazione della relazione terapeutica comporta un aumento di potere e responsabilità del paziente nei confronti del proprio processo di cura.

Secondo Kelly, il paziente può percepire il terapeuta in molti modi: come un protettore, un assolutore di colpe, una figura di autorità o di prestigio, un proprio possesso, uno stabilizzatore rispetto alla minaccia di cambiamenti troppo rapidi o lui stesso una minaccia, un compagno ideale e altro ancora. Tuttavia, il raggiungimento degli obiettivi terapeutici desiderati viene facilitato quando il terapeuta è in grado di portare il paziente a costruirlo come un rappresentante della realtà contro cui validare il proprio sistema di costrutti.

Le qualità che contraddistinguono un bravo terapeuta sono comuni ad altri approcci terapeutici. Il terapeuta deve essere flessibile, cioè in grado di confrontarsi con situazioni diverse e abile di osservare. Altre qualità sono invece comprensibili solo all'interno della cornice concettuale della psicologia dei costrutti personali. Ad esempio, un terapeuta deve essere aggressivo, nel senso deve verificare attivamente le capacità predittive del proprio sistema di costrutti, spingendo il paziente a fare altrettanto. Il terapeuta, per mettersi in relazione con il paziente, deve inoltre essere capace di costruire i processi attraverso cui il paziente costruisce la propria conoscenza della realtà. Questo concetto risulta vicino a quello di empatia usato dalla scuola rogersiana, cioè la capacità di calarsi nei panni dell'altro, cogliendo dall'interno la sua

particolare visione del mondo. Kelly esplicita in modo operativo come ciò sia possibile: il sistema dei costrutti del terapeuta deve permettergli di costruire le costruzioni del paziente, in modo da poter comprendere in maniera non distorta le costruzioni del paziente. Se è vero che non possiamo accostarci alla realtà prescindendo dal nostro sistema di costrutti, allora, inevitabilmente, anche nel corso della relazione clinica ognuno dei due partecipanti tenderà a costruire l'altro e la relazione in base ai propri schemi costruttivi. In quest'ottica, quindi anche la relazione viene costruita in base agli schemi costruttivi del paziente e del terapeuta.

Kelly fa anche una riflessione sulla spiegazione delle eventuali resistenze del paziente all'intervento clinico e, nello specifico, al terapeuta. Capita infatti che il paziente resista al cambiamento dei suoi schemi costruttivi patologici semplicemente perché non ne ha di alternativi a disposizione.

Abbarbicarsi ai propri schemi conosciuti, per quanto fonte di sofferenza, è sempre più rassicurante che il salto nel buio costituito dall'abbandonare un sistema di costrutti familiare, non avendone un altro a disposizione, il che sarebbe, tra l'altro, una impossibilità logica e psicologica.

Questo permette di capire la resistenza del paziente al proprio terapeuta. Infatti, spesso, proprio il nucleo problematico oggetto del cambiamento terapeutico rappresenta un insieme di spiegazioni di sé e del mondo.

Se il terapeuta attacca in maniera troppo precoce e vigorosa questi schemi costruttivi del paziente, scatenerà un senso di minaccia in quest'ultimo che potrà allora diventare ostile o opporre resistenza a qualsiasi tipo di cambiamento. Per evitare questa resistenza è necessario che il paziente possa gradualmente trovare degli schemi alternativi con cui sostituire quelli patogeni, al fine di evitare un vuoto di conoscenza difficile da colmare.

Con l'affermarsi del pensiero costruttivista; il principio dell'empirismo collaborativo di Beck non è più soltanto una necessità terapeutica ed etica, ma anche e soprattutto una necessità logica.

Infatti, in Beck: stabilire il rapporto con il paziente su un piano di collaborazione paritetica è una necessità terapeutica, in quanto un intervento clinico che venga imposto al paziente e non da questo attivamente condiviso è di scarsa efficacia. La collaborazione è anche una necessità etica, in quanto invitare il paziente ad una maggiore partecipazione e attività nello stabilire gli obiettivi da perseguire, e nel calibrare i giusti ritmi dello svolgersi della terapia evita il rischio di un indottrinamento del paziente con le idee del clinico.

Kelly aggiunge anche la necessità logica della collaborazione tra paziente e terapeuta. Se, infatti, l'assunto costruttivista afferma che ogni conoscenza che abbiamo di noi stessi e del mondo è una costruzione soggettiva, ne segue che solo il paziente ha una conoscenza approfondita della propria organizzazione personale e dei propri problemi e solo lui può decidere la direzione da imprimere al proprio processo di mutamento. Al terapeuta spetta il compito di fornire la struttura metodologica attraverso cui perseguire questo cambiamento, senza tuttavia, intervenire nel merito della giustezza o verità delle scelte compiute dal paziente. Ciò implica che una negazione della collaborazione attiva del paziente con il terapeuta, che deleghi a questi il potere di decidere ciò che è giusto e adattivo per il paziente (quindi una verità oggettiva e non soggettiva), costituirebbe una contraddizione logica con il pensiero costruttivista.

Nella concettualizzazione della relazione terapeutica proposta da Kelly, benché rappresenti un'evoluzione rispetto alle precedenti, si può individuare un limite. Infatti, la metafora della relazione terapeutica, come rapporto tra studente-ricercatore e terapeuta-supervisore della ricerca, colloca in primo piano la collaborazione a livello razionale, mentre la complessa dinamica affettiva che percorre il rapporto sembra sfumare in secondo piano.

Come Kelly, anche Ellis e Beck, pur avendo incorporato alcuni aspetti della dinamica relazionale nelle loro teorizzazioni, hanno tralasciato le dinamiche affettive ed emotive che si snodano all'interno della relazione stessa. Soltanto i modelli cognitivi elaborati successivamente, dopo la riscoperta e la rilettura delle emozioni, prenderanno in considerazione anche gli aspetti affettivi della relazione.

LA RELAZIONE TERAPEUTICA NEI MODELLI COGNITIVO-COMPORTAMENTALI ATTUALI

L'ottica costruttivista ha profondamente segnato le più recenti proposte teorico-cliniche in ambito cognitivista. In questi modelli si vede come l'opera di Kelly influenzi la visione del funzionamento mentale sano e patologico dei teorici e clinici c-c.

Infatti, il modo di intendere la relazione terapeutica in questi recenti modelli dipende in misura notevole da come i vari autori hanno elaborato la visione dell'uomo, quale attivo costruttore della propria esperienza.

Secondo la visione costruttivista, esiste la tendenza degli individui ad applicare alla costruzione della realtà sempre gli stessi schemi.

Partendo da questo punto gli autori cognitivi contemporanei ritengono che la relazione terapeutica sia da considerarsi sia uno strumento di osservazione degli schemi che guidano i comportamenti interpersonali del paziente, sia un mezzo per modificare tali schemi, che portano il paziente a costruire le proprie relazioni significative in un modo che spesso risulta essere causa di sofferenza.

Pertanto, all'interno degli approcci recenti, sia gli elementi cognitivi che quelli interpersonali devono essere considerati parte del processo terapeutico. Quindi, nella progettazione dell'intervento terapeutico, vengono considerati sia gli aspetti cognitivi del paziente che il modo in cui si relaziona con gli altri.

Nei modelli attuali il terapeuta cognitivo-comportamentale può scegliere di privilegiare l'uno o l'altro aspetto in un modo strategico e anche tecnicamente orientato al fine di ottimizzare l'intervento terapeutico. Poi il terapeuta li regola, li adatta, in base alla personalità del paziente, alle sue necessità e agli obiettivi terapeutici.

Schematicamente è allora possibile individuare un continuum nella riflessione sulla relazione terapeutica.

1. Ad un estremo troviamo quegli autori che centrano l'attenzione non tanto su uno dei due partecipanti, ma sul processo relazionale in sé, non scindibile nelle sue componenti. Questi autori appartengono ad un approccio costruttivistico-strutturalistico che riporta lo sviluppo individuale all'interno di una costante interdipendenza soggetto-ambiente (a questo proposito sono importanti i contributi teorici della teoria dell'attaccamento di Bowlby). Questi autori continuano però a non negare il carattere costruttivo e soggettivo dell'esperienza umana. Inoltre, gli autori che prendono in considerazione nei loro modelli il processo relazionale in sé conciliano l'istanza costruttivista con l'esistenza di vincoli evolutivi parzialmente innati di Piaget.

2. Poi troviamo i modelli basati sulla teoria interpersonale, derivati dalla teoria di Sullivan, che sono vicini per molti aspetti ai modelli precedenti che hanno integrato la teoria dell'attaccamento alla teoria cognitiva.

3. Ci sono poi i modelli che si focalizzano sul versante intrapsichico.

Modelli basati sulla teoria dell'attaccamento

I modelli basati sulla teoria dell'attaccamento si focalizzano sull'idea che lo sviluppo individuale deve essere visto all'interno di una costante interdipendenza soggetto-ambiente.

Negli ultimi anni, si è verificato un proficuo incontro delle psicoterapie c-c con gli studi etologici e con la teoria dell'attaccamento di Bowlby.

Evidenziamo di seguito, sinteticamente, quei punti della teoria bowlbiana che hanno trovato ampia risonanza nell'ottica c-c.

L'idea fondamentale di Bowlby è che tutti i bambini sviluppano una forma di attaccamento nei confronti della propria figura di accudimento, indipendentemente dal tipo di cura che ricevono. Inoltre, dalle precoci esperienze di attaccamento si originano degli specifici pattern di attaccamento.

Sono stati individuati 4 pattern di attaccamento: sicuro, evitante, resistente-ambivalente, disorientato-disorganizzato. Ad ognuno di essi corrisponderebbe uno specifico modello operativo interno (MOI), ossia una rappresentazione di sé con l'altro nella relazione. Ciò significa che ad ognuno di questi 4 pattern di attaccamento, che descrivono in sintesi il tipo rapporto che la persona ha avuto nell'infanzia con la propria figura di accudimento, corrisponde uno specifico modello operativo interno che altro non è che il modello di relazione che la persona segue nel suo relazionarsi con gli altri. È insomma un insieme di regole e aspettative.

Tipi di attaccamento e modelli operativi interni (MOI)

Ai diversi tipi di attaccamento corrispondono diverse rappresentazioni di Sé e dell'altro della persona adulta:

Chi ha vissuto un attaccamento SICURO, rappresenta l'altro come disponibile, mentre il Sé è visto come amato-amabile.

Chi ha avuto un attaccamento EVITANTE tende a rappresentarsi l'altro come indisponibile, distante, difficile da raggiungere, mentre il Sé è rappresentato come non amato. Il problema della propria amabilità rimane in secondo piano, perché solo se c'è qualcuno disposto ad amarmi si presenta il problema se sono amabile o meno. Tutto il Sé diventa centrato sulla fiducia nel fare. Le persone con questo tipo di attaccamento, una volta adulte ottengono buoni risultati nella vita perché sono abituati a non sentire le emozioni, soprattutto quelle che riguardano le relazioni interpersonali e ad andare avanti contando solo su di Sé. La figura di attaccamento è vista come positiva ma difficile da raggiungere.

Chi ha sviluppato un attaccamento RESISTENTE-AMBIVALENTE vede l'altro come del tutto inaffidabile e imprevedibile, e quindi da controllare o conquistare, mentre il Sé è rappresentato come amato ma non amabile. Le persone con questo tipo di attaccamento tendono a pensare: "non vado bene, dovrei fare di più, non posso fare a meno degli altri" (e quindi sono sempre alla ricerca di conquistarli). Inoltre, sono caratterizzati dall'aver una scarsa autonomia e una scarsa capacità esplorativa. Spesso instaurano circoli viziosi per cui sono così insistenti con gli altri che poi vengono lasciati, confermando così l'idea che dovevano fare di più. Anche in questo caso la figura di attaccamento è vista come positiva, ma imprevedibile.

Nel caso infine di chi ha vissuto un attaccamento DISORIENTATO-DISORGANIZZATO, proprio a causa della disorganizzazione caratterizzante le prime relazioni d'attaccamento, anche i modelli operativi interni non sono ben definiti (come accade invece nei tre casi precedenti, dove c'è sempre una precisa rappresentazione di Sé e dell'altro, anche se negativa nei pattern insicuri). Queste persone hanno vissuto un paradosso: proprio chi doveva proteggere è stato la causa della minaccia (mentre negli altri casi la figura di attaccamento era rassicurante anche se o difficile da raggiungere o imprevedibile).

Secondo la teoria dell'attaccamento i pattern di attaccamento, con i relativi modelli operativi interni, si manterrebbero molto stabili nel corso del tempo, esercitando un influsso su tutto lo sviluppo successivo. Questa stabilità può essere imputata a due fattori:

- In primo luogo, il fatto che i modelli operativi interni si mantengono stabili, non cambiano nel corso della vita, può essere dovuto al fatto che tali pattern si sono formati in un'epoca molto precoce dello sviluppo individuale, risultando così strutturati a livello preverbale e, spesso, non consapevole. In questo periodo: né il Sé né l'altro sono riconosciuti e quindi le risposte dell'altro sono regole del contesto, visto che non possono essere attribuite a qualcuno. Queste regole diventano perciò una premessa indiscutibile.
- In secondo luogo, i modelli operativi interni rimangono sempre gli stessi probabilmente perché, soprattutto nel caso dei pattern insicuri, il meccanismo dell'assimilazione prevarrebbe su quello dell'accomodamento. Il soggetto, cioè, distorcerebbe tutte le eventuali esperienze relazionali disconfermanti i suoi MOI, al fine di renderle congruenti con essi. Il soggetto fa questa operazione a causa di un egocentrismo cognitivo non superato. Accade cioè che la persona non prenda in considerazione tutti quei dati, quelle esperienze, che pur gli capita di vivere, per cambiare il suo stile di relazione con gli altri.

Gli autori che condividono questa visione dello sviluppo individuale sottolineano che a livello psicopatologico, i pattern di attaccamento insicuri, portano ad una sistematica distorsione dell'esperienza personale e per questo motivo predispongono l'individuo allo sviluppo di disturbi psichici. Da ciò deriva che un intervento clinico, che si proponga di utilizzare esclusivamente metodi razionali-verbali, è destinato al fallimento, proprio a causa del carattere preverbale, prelogico, emozionale, e inconsapevole di questi schemi relazionali, Secondo questa teoria, tentare di modificare gli schemi di attaccamento con tecniche esclusivamente cognitive non può portare a dei buoni risultati ma è necessario utilizzare anche e soprattutto la relazione per riuscire a cambiarli, visto che sono schemi che guidano le relazioni e si sono formati proprio attraverso le interazioni, e nello specifico, soprattutto attraverso la particolare interazione della persona con la sua figura di accudimento, che è stata per la persona una figura autorevole.

Teoria dell'attaccamento e relazione terapeutica

I teorici dell'attaccamento, per concettualizzare la relazione terapeutica si basano quindi sull'idea: - che i MOI si mantengono stabili nel corso della tempo perché si sono formati in un'epoca precoce dello sviluppo individuale, e pertanto sono strutturati a livello preverbale e, spesso, non consapevole. Inoltre, si basano sull'idea che le persone con pattern di attaccamento insicuro distorcono, o non prendono in considerazione, tutte le eventuali esperienze relazionali che disconfermano i loro MOI, e fanno questo allo scopo di renderle congruenti con i loro modelli al fine di mantenere in equilibrio il proprio sistema cognitivo.

Da questo deriva che: la relazione terapeutica può divenire lo strumento essenziale per un intervento proprio sui pattern di attaccamento del paziente.

Il primo obiettivo dell'intervento terapeutico è quello di osservare e far osservare al paziente tali pattern di attaccamento insicuro, al fine di lavorare su questi durante il trattamento per giungere a una loro modificazione.

A causa della strutturazione a livello non consapevole dei MOI, non è possibile evidenziare tali schemi attraverso un processo introspettivo, né è possibile cambiarli attraverso un processo di confutazione razionale. Dato che i MOI sono rappresentazioni di sé con l'altro in interazione che guidano il comportamento relazionale del soggetto in ogni circostanza, allora il rapporto con il clinico può divenire il luogo ideale in cui osservare questi schemi in attività.

Inoltre, secondo i teorici dell'attaccamento, se è vero che i pattern insicuri si originano da esperienze relazionali infantili infelici, allora è possibile modificarli fornendo al soggetto un'esperienza relazionale nuova e più funzionale, attraverso un'adeguata conduzione della relazione terapeutica.

Infatti, secondo Bowlby, ciò che è mancato ai pazienti è stata una figura di attaccamento disponibile, ma al contempo capace di facilitare l'esplorazione dell'ambiente da parte del bambino, che è in pratica quello che succede a chi ha potuto sviluppare un attaccamento sicuro. Di conseguenza, il terapeuta dovrà costituire quella "base sicura" mancata nell'infanzia del paziente.

Un terapeuta che applica la teoria dell'attaccamento deve considerare il suo ruolo come quello di chi fornisce le condizioni in cui il paziente può esplorare i modelli rappresentazionali di se stesso e delle proprie figure di attaccamento, con l'ottica di dar loro una nuova valutazione e di ristrutturarle alla luce delle nuove conoscenze che ha acquisito e delle nuove esperienze che ha avuto nella relazione terapeutica.

Pur partendo da queste indicazioni operative, alcuni autori presentano una visione più articolata della relazione terapeutica, rifacendosi anche al concetto di sistema comportamentale (o motivazionale) derivato dagli studi etologici.

Tale concetto, sviluppato in etologia, indica che esistono diversi sistemi operativi, o anche chiamati sistemi comportamentali, presenti in ogni individuo, che guidano il comportamento attraverso meccanismi di feedback, e lo guidano verso scopi evolutivamente selezionati. Questi

scopi sono stati selezionati dall'evoluzione in virtù del loro alto valore di sopravvivenza per l'individuo.

La relazione terapeutica secondo Liotti

Secondo Liotti (1994), esistono 5 sistemi motivazionali interpersonali (attaccamento, accudimento, agonistico, sessuale e paritetico-cooperativo). Nel corso della relazione con il clinico, tutti i cinque sistemi motivazionali interpersonali possono attivarsi. Un sistema comportamentale attivo in una persona attiva il sistema complementare nell'altra persona. Quindi i SMI del paziente di volta in volta attiveranno il sistema motivazionale complementare del terapeuta. Per cui, se un paziente, quando arriva e chiede aiuto ha attivo il sistema dell'attaccamento, nel terapeuta si attiva automaticamente il sistema dell'accudimento.

Quando è attivo il sistema dell'attaccamento, il soggetto ha coscienza del suo attuale stato di pericolo e ha difficoltà a ricordare i momenti in cui si è sentito forte; a sua volta, l'altro non è percepito in quanto persona globale, ma come semplice agente (spesso oggettivato) in grado di prestare protezione.

Se la psicoterapia ha come fine quello di garantire al soggetto il massimo possibile di ampiezza e continuità della coscienza (in breve, un'esperienza di sé completa e non distorta o contratta), allora evidentemente bisogna far sì che nella relazione terapeutica si attivi prevalentemente il sistema comportamentale cooperativo-paritetico, che è l'unico che garantisce una adeguata integrità e continuità della coscienza di Sé e dell'altro. Pertanto il terapeuta ha il compito di attivare nella relazione, sfruttando il principio di complementarietà, il sistema comportamentale cooperativo-paritetico del paziente che, garantendo una adeguata integrità e continuità della coscienza, consente il lavorare comune alla risoluzione dei problemi.

Secondo Liotti, un rapporto basato su collaborazione e pariteticità è considerato l'ideale da raggiungere in sede terapeutica, affinché l'intervento clinico si riveli realmente efficace e non si risolva in un indottrinamento del paziente.

In sede di intervento clinico però è molto difficile instaurare rapporti collaborativi. Il paziente che arriva in terapia, infatti, non può che sentirsi portatore di un disagio, vivendo quindi una situazione di vulnerabilità e, talvolta, di vero e proprio pericolo. Queste sono proprio le condizioni che attivano il sistema di attaccamento e della ricerca di protezione. D'altra parte, se non fosse attivato questo sistema, non vi sarebbe la richiesta stessa, da parte del paziente, di un aiuto psicoterapeutico.

Impostare la relazione

È molto probabile che il paziente entri nello studio del terapeuta con una forte attivazione del sistema di attaccamento, mentre il terapeuta vorrebbe impostare la relazione su un piano cooperativo-paritetico. A questo punto, affinché una relazione possa nascere, è necessario che si verifichi un'iniziale sintonizzazione dei sistemi comportamentali dei due partecipanti. Se questa sintonia non si verifica: rapporto clinico-paziente rimane superficiale, non costituendosi nel contesto di condivisione di significato che permette il lavorare comune alla risoluzione di problemi. Inoltre, se il paziente non avverte una condizione di sicurezza nel setting non potrà affrontare comunicazioni ansio-gene su di sé e la relazione finirà con l'isterilirsi fino alla rottura. Riassumendo, secondo Liotti, nella prima fase della terapia il terapeuta si deve porre come base sicura per il suo paziente, offrendo al paziente quell'esperienza di attaccamento sicuro che spesso non ha avuto nell'infanzia. In questo senso si verifica un'esperienza emozionale correttiva. Conseguentemente i pregressi pattern di attaccamento insicuri posseduti dal paziente vengono confutati, non attraverso una discussione razionale-verbale, ma attraverso un'esperienza emotiva diretta.

Tuttavia, non è da escludersi che il paziente entri in terapia con un sistema comportamentale attivato diverso da quello dell'attaccamento. Non solo, ma nel corso della terapia, soprattutto nelle prime fasi, è possibile che si attivino nel paziente, in rapida successione o addirittura contemporaneamente, SMI diversi o anche contrapposti.

Ad esempio, poniamo il caso di un paziente che nel corso della sua infanzia abbia interagito con una figura di attaccamento che alternava, e confondeva, offerte di protezione (sistema dell'attaccamento e dell'accudimento), violenze (sistema agonistico) e seduzioni sessuali (sistema sessuale). Una persona che abbia sperimentato questo tipo di interazioni con la propria figura di accudimento ha sviluppato degli schemi in cui si verifica una confusione ed una contemporanea attivazione di sistemi comportamentali diversi. In questo caso specifico, il paziente si aspetterà che la figura di accudimento, oltre a fornire protezione, si caratterizzerà anche come aggressore e seduttore sessuale.

Partendo da queste esperienze relazionali e dai rispettivi MOI, il paziente arriverà in terapia con una richiesta di aiuto. Ciò attiverà nel terapeuta il corrispettivo sistema dell'accudimento, ma questa volta la sintonizzazione non determinerà gli effetti desiderati (cioè un senso di sicurezza del paziente), bensì provocherà una nuova desintonizzazione. Infatti, il paziente, agendo in base ai suoi modelli operativi interni, vivrà l'offerta di accudimento del terapeuta come un tentativo, da parte di questi, di esercitare un potere su di lui (e quindi, in risposta a questo attiverà il suo sistema agonistico) o di sedurlo sessualmente (e quindi attiverà il suo sistema sessuale).

Quando si verifica questo rapido alternarsi di sistemi comportamentali diversi nel paziente, o addirittura un loro attivarsi contemporaneo, il terapeuta deve essere vigile e capire quale sistema comportamentale sia attivo in ogni momento nel paziente che ha davanti. Questo continuo monitoraggio sui sistemi comportamentali attivi nel paziente è permesso al terapeuta dall'utilizzo delle sue stesse emozioni.

Riassumendo:

I modelli comportamentali di due individui impegnati in una relazione significativa tendono a sintonizzarsi. I segnali emotivi e comportamentali di richiesta d'aiuto (sistema dell'attaccamento attivo nell'interlocutore) tendono ad attivare nell'altro il sistema dell'accudimento; i segnali di competizione per la dominanza nella relazione tendono ad attivare nell'altro lo stesso sistema agonistico (e di questo sistema fanno parte sia i comportamenti a loro volta competitivi che quelli di resa e sottomissione).

Ne consegue che il terapeuta può presumere, a partire dalla consapevolezza che una propria esperienza emozionale appartiene ad un dato sistema motivazionale, attivo in se stesso al momento del prodursi di tale esperienza, quale sistema motivazionale sia attivo nel paziente in quello stesso momento.

Naturalmente, l'ipotesi formulata dal terapeuta, a partire dalla propria esperienza emozionale, circa le motivazioni del paziente, sarà plausibile solo se il terapeuta può escludere che i propri sistemi motivazionali siano stati attivati da variabili indipendenti dalla relazione attuale con quel determinato paziente.

Sincronizzazione dei smi di paziente e terapeuta

Una volta che il terapeuta ha individuato quale sistema comportamentale è attivo nel paziente, deve decidere innanzitutto se sincronizzarsi o meno con esso.

È utile che il terapeuta si sintonizzi col sistema d'attaccamento del paziente all'inizio della terapia. Ciò serve a creare quel clima di sicurezza e di fiducia necessario per proseguire la terapia (disconfermando, tra l'altro, gli schemi di attaccamento disfunzionali del paziente).

Il terapeuta non deve sintonizzarsi col sistema agonistico o sessuale, perché eticamente inaccettabile, e perché terapeuticamente controproducente. Infatti ciò creerebbe solo una forte affettività negativa e anzi potrebbe confermare i modelli operativi interni del paziente, in cui la figura di attaccamento è vista come aggressore o seduttore sessuale.

Una volta individuati gli schemi attivi nel paziente, e le modalità distorte e abnormi del loro attivarsi, diviene possibile per il terapeuta intervenire su di essi. Gli schemi di attaccamento disfunzionali, infatti, data la loro strutturazione analogico affettiva, anche quando vengono portati alla consapevolezza, sono, come abbiamo già visto, difficilmente modificabili attraverso metodi di confutazione razionale.

Liotti propone allora due metodi attraverso cui usare la relazione terapeutica per ottenere il cambiamento del pattern di attaccamento insicuro posseduto dal paziente.

1. Il primo consiste nel fornire al paziente un'esperienza emozionale correttiva.
2. La seconda strada percorribile per modificare questi schemi disfunzionali viene riassunta da Liotti nel termine di "decentramento", cioè il terapeuta deve fare una "manovra di decentramento" del paziente rispetto ai suoi schemi di attaccamento, in modo da fargli osservare come essi comportino una sistematica distorsione di tutte le sue esperienze relazionali, anche di quelle positive, come può essere quella con il terapeuta. Il terapeuta cioè cerca di fare in modo che il paziente osservi i suoi stessi schemi relazionali, come certi suoi comportamenti si verificano sempre e sempre nello stesso modo dopo determinati comportamenti del terapeuta.

Sappiamo che i primitivi schemi di attaccamento disfunzionali del paziente non sono andati incontro a cambiamenti nel corso degli anni, nonostante siano stati e continuano ad essere fonte di disagio e nonostante il soggetto abbia incontrato anche relazioni felici. Il motivo per cui tali schemi non si sono modificati e per il quale è necessaria questa manovra di decentramento risiede nel fatto che il funzionamento cognitivo del paziente è dominato dall'egocentrismo. Il paziente, cioè, considera i suoi schemi come assoluti e anche eventuali relazioni felici che può aver incontrato nel corso della sua vita, sono state distorte per assimilarle agli schemi disfunzionali posseduti. E ciò gli è servito a garantirsi una certa coerenza interna.

Nel corso della relazione col clinico, questi schemi vengono attivati e tendono nuovamente ad assimilare il comportamento del terapeuta a quello delle sue vecchie figure di attaccamento.

Se il terapeuta evita di confermare le aspettative del paziente, agendo da base sicura, gli schemi di quest'ultimo, essendo discrepanti con la situazione in atto, emergono alla consapevolezza e possono così essere osservati nella loro inadeguatezza. Il paziente si decentra, cioè, rispetto ad essi, non ne è più prigioniero e può vedere che essi comportano una sistematica distorsione anche di esperienze relazionali positive, originando da esperienze precoci non felici, ma non generalizzabili.

Il paziente scopre così che sono possibili modalità di relazione diverse da quelle rappresentate nei suoi MOI. Da ciò deriverà che anche l'immagine di sé e dell'altro, veicolata dai vecchi schemi di attaccamento disfunzionali (sé non amato-non amabile, l'altro indisponibile), si modificherà progressivamente, lasciando il posto ad una rappresentazione di sé più positiva e dell'altro più disponibile.

Lorenzini e Sassaroli : i test di sicurezza

Lorenzini e Sassaroli integrano la visione costruttivista dell'uomo partendo dalla psicologia dei costrutti interpersonali di Kelly, con la teoria dell'attaccamento. È interessante soffermarsi su quello che affermano a proposito delle fasi iniziali della terapia, il momento in cui è essenziale che si instauri la relazione terapeutica, altrimenti il paziente abbandonerà rapidamente la terapia. Le fasi iniziali del rapporto terapeutico sono fondamentali per evitare quindi che la terapia si interrompa precocemente.

Tra i vari autori, non solo c-c, c'è un vasto accordo sul fatto che nei momenti iniziali della terapia il paziente sottopone (in modo inconsapevole) il terapeuta ad una sorta di "test di condizioni di sicurezza", per verificare se il terapeuta si comporterà al pari delle sue vecchie figure di attaccamento (cioè in modo ambivalente, evitante, o disorientante) oppure se sarà in grado di porsi come base sicura. Solo se il terapeuta è percepito come base sicura affidabile e disponibile (quindi l'opposto delle proprie figure di attaccamento, rivelatisi evitanti o imprevedibili), il paziente si sentirà al sicuro da eventuali rifiuti e sarà disponibile a parlare e a lavorare su aspetti profondamente privati (e spesso temuti, come ad esempio esperienze traumatiche infantili).

Lorenzini e Sassaroli propongono una visione di questi test parzialmente diversa: Se è necessario che il paziente costruisca il terapeuta come persona significativa ed autorevole, ciò non dipende assolutamente dal porsi come base sicura. Infatti, normalmente, e soprattutto per chi da adulto soffre di disturbi psichici, la vicenda dell'attaccamento non è stata idilliaca: da piccolo ha imparato a considerare come persona autorevole, come validatore, qualcuno che non corrisponde affatto all'immagine ideale, cioè quella di base sicura. Quindi per queste persone le

caratteristiche di un validatore autorevole, cioè delle persone che loro considerano autorevoli, non sono certo quelle di chi si pone come base sicura. Forse il validatore reale del paziente che ci troviamo davanti era con lui rifiutante, oppure lo svalutava continuamente.

Secondo Lorenzini e Sassaroli un paziente che ha avuto un attaccamento insicuro ha appreso così che queste caratteristiche della sua figura di accudimento indicano le persone significative, quelle cioè a cui legarsi affettivamente e a cui affidare il potere di muovere il proprio sistema di significati.

Gli autori propongono il concetto di “autorevolezza” per “somiglianza”: la costruzione del terapeuta, come significativo ed autorevole, dipende dalla possibilità, offerta dal terapeuta attraverso un atteggiamento neutro, di farsi costruire con alcune caratteristiche delle figure di attaccamento del paziente, alle quali inizialmente egli aveva attribuito autorevolezza e credibilità. Il terapeuta verrà visto come autorevole e significativo solo se a lui possono essere attribuite dal paziente le caratteristiche delle vecchie figure di attaccamento, altrimenti il rapporto clinico è destinato al fallimento.

Quindi, mentre nel modello di Liotti il terapeuta ha un ruolo ed una responsabilità nell’instaurare inizialmente il rapporto col paziente (comportandosi da base sicura), viceversa nella proposta di Lorenzini e Sassaroli il terapeuta è totalmente passivo rispetto alla possibilità di avviare il rapporto clinico. Il compito del terapeuta, in questo caso, deve essere quello di definirsi il meno possibile, favorendo in tal modo, all’inizio, della terapia, l’applicazione al terapeuta dei costrutti congruenti con quelli utilizzati in passato per la figura di attaccamento reale del paziente. Il terapeuta, solo dopo che avrà acquisito autorevolezza per il paziente, potrà invalidare gli schemi interpersonali disfunzionali.

Quindi, solo dopo che il terapeuta sarà considerato autorevole dal paziente potrà, anzi dovrà, mostrare altre sue caratteristiche, anche quelle in contraddizione con quelle attribuitegli inizialmente dal paziente, per far vedere che l’affidabilità delle persone non può essere associata o predetta dal fatto che possiedono le caratteristiche delle vecchie figure di attaccamento e quindi non ci si può basare sulla loro presenza o assenza per valutare il grado di affidabilità e autorevolezza da dare ad una persona.

Relazione terapeutica e teoria interpersonale

Nei primi anni Novanta, due ricercatori clinici nordamericani, Safran e Segal (1990), si sono proposti di effettuare un’integrazione tra la psicoterapia cognitivo-comportamentale e i principi della teoria interpersonale di Sullivan.

Secondo Safran e Segal, l’uomo nascerebbe con una naturale tendenza non solo e non tanto a soddisfare i suoi bisogni, quanto a stabilire uno stato di relazione con altri. Eventuali disfunzioni psicopatologiche dovrebbero essere viste come il modo idiosincrasico, per quanto disturbato, di mantenere relazioni significative in un contesto che non permetterebbe soluzioni più adattive.

Gli autori definiscono lo schema interpersonale come la rappresentazione generica di interazioni fra il Sé e l’altro, ricavata dall’esperienza interpersonale. Gli schemi interpersonali sono unità internazionali, perché non sono rappresentazioni di sé e dell’altro, bensì di sé con l’altro (si noti la somiglianza tra questo concetto e quello dei MOI di Bowlby, e la loro origine dalle precoci esperienze relazionali). Quindi sia per la teoria interpersonale che per quella dell’attaccamento di fondamentale importanza sono le prime relazioni interpersonali del bambino.

Inoltre gli schemi interpersonali sono caratterizzati, così come i MOI, da una notevole persistenza e difficile modificabilità. Ciò sarebbe imputabile ad un meccanismo del tipo “provezia autoavverantesi”. Il soggetto, cioè, ha sviluppato, in base alle sue esperienze precoci, delle precise aspettative sulla disponibilità degli altri. Partendo da tali aspettative, il soggetto finisce con l’emettere un comportamento interazionale che spinge gli altri a confermare proprio le sue più nefaste aspettative. In tal modo, questi schemi andrebbero incontro a sempre nuove conferme.

Se poi il soggetto incontra un rapporto disconfermante le sue aspettative, allora entrerebbero in scena processi di assimilazione, il cui fine è quello di distorcere l'esperienza relazionale in atto per renderla congruente con i propri schemi.

Safran e Segal: rifacendosi al pensiero di Sullivan, parlano anche di complementarità (si noti la somiglianza con Liotti): il comportamento ostile di un membro della relazione suscita anche nell'altro un comportamento ostile, generando un circolo vizioso difficile da interrompere. Questo dà vita ad un ciclo cognitivo-interpersonale, definito come un circolo causale ininterrotto attraverso cui aspettative maladattive e comportamenti disfunzionali si mantengono a vicenda.

Secondo gli autori, all'inizio della terapia, il paziente attiverà in modo naturale i suoi soliti schemi interpersonali rigidi e tale comportamento elicerà i processi di complementarità e assimilazione.

In breve, cioè, tra terapeuta e paziente si crea quel ciclo cognitivo-interpersonale che normalmente è attivo tra il paziente e le persone significative della sua vita.

Il terapeuta risulta agganciato in questo ciclo, ossia tende inconsapevolmente ad emettere i comportamenti di relazione complementari e confermanti gli schemi interpersonali del paziente.

A questo punto del processo clinico è essenziale che il terapeuta non rimanga coinvolto in queste transazioni patologiche, ma sappia sganciarsi. E lo farà attraverso un processo di decentramento dal proprio comportamento interattivo in atto, consentito dal fatto che il clinico ha il ruolo che è stato definito da Sullivan di osservatore-partecipante.

Il terapeuta infatti interagisce in modo autentico e spontaneo, ma al contempo deve assumere il ruolo di soggetto osservatore di sé-soggetto che partecipa all'interazione in corso. Il terapeuta deve saper osservare le proprie reazioni emotive nel corso della relazione.

Per il principio della complementarità, il comportamento del paziente elicitando naturalmente nel terapeuta emozioni corrispondenti: un comportamento ostile, per quanto nascosto, del paziente, provoca nell'altro emozioni di collera. Se il terapeuta non è in grado di monitorare costantemente e riconoscere in sé queste emozioni, esse finiranno con l'influenzare negativamente il suo comportamento di relazione col paziente, che in tal modo vedrà confermate le sue aspettative negative.

Il compito del terapeuta è di riconoscere tale ciclo interpersonale, osservando le proprie reazioni emotive, segnali fondamentali del tipo di interazione in atto, e agire in modo non complementare, allo scopo di disconfermare gli schemi del paziente.

Secondo Safran e Segal il clinico sarà in grado di riconoscere le emozioni in lui indotte dall'altro, per quanto negative possano essere, se avrà sviluppato una conoscenza approfondita di sé, svelando eventuali aree oscure e particolari sensibilità, ma soprattutto se avrà rinunciato ad eventuali pregiudizi su quale debba essere il ruolo ideale del terapeuta.

Infatti, se il terapeuta parte dal presupposto operativo di dover sempre essere empatico, senza mai provare sentimenti di ostilità verso il paziente, finirà col non riconoscere questi sentimenti nel momento in cui emergeranno in lui, a seguito di un determinato comportamento del paziente.

Il fatto di non riconoscere tali emozioni fa sì che esse traspaiano dall'attività del clinico, senza che questi ne sia consapevole. Il terapeuta cioè si troverà a comunicarle in modo inconsapevole.

Il paziente, però percepirà, consapevolmente o meno, ad esempio, un'ostilità latente del clinico e ciò rafforzerà le sue convinzioni sul fatto che gli altri sono con lui sempre ostili.

Modalità di intervento: confutazione empirica

Safran e Segal parlano dunque di disciplina interiore del terapeuta, per riferirsi all'equilibrio interiore che il clinico deve aver raggiunto per essere in grado di riconoscere in sé, prontamente, quelle emozioni che segnalano una precisa interazione in corso con il paziente.

Una volta che il terapeuta ha riconosciuto in sé queste emozioni, può accorgersi di come esse lo spingano inconsapevolmente ad interagire in modo complementare con gli schemi interpersonali disfunzionali del paziente. Il terapeuta, a questo punto, dovrà smettere di agire in

modo complementare con gli schemi interpersonali del paziente. In tal modo si troverà di fronte ad un'esperienza relazionale disconfermante.

Quindi anche Safran e Segal sostengono che i metodi per cambiare gli schemi interpersonali disfunzionali devono utilizzare il canale emozionale e non quello logico-verbale, e in questo senso la relazione terapeutica diventa lo strumento più appropriato da utilizzare per ottenere il cambiamento.

Modalità di intervento: decentramento

Se questo processo di confutazione empirica degli schemi relazionali del paziente è spesso necessario per modificarli, tuttavia non sempre risulta efficace, per due ragioni fondamentali.

Da un lato, gli schemi interpersonali, per quanto disfunzionali, servono a dare coerenza e significato al mondo del paziente. Conseguentemente, il soggetto tende ad opporre resistenza ad un cambiamento che venga avvertito come troppo precoce o profondo.

D'altro lato, i soggetti con disturbi emotivi spesso non hanno superato la fase di egocentrismo cognitivo, per cui il soggetto considera i suoi schemi gli unici possibili e giusti e non una delle molteplici costruzioni che si possono operare nei confronti della propria esperienza soggettiva e interpersonale.

A causa di questi due motivi, il non sintonizzarsi da parte del terapeuta con gli schemi interpersonali del paziente non sempre ha effetti confutanti per questi ultimi.

A questo riguardo, Safran e Segal propongono una seconda modalità d'intervento, basata sul decentramento:

Piuttosto che cercare di confutare in modo esperienziale gli schemi interpersonali del paziente, si può aiutare quest'ultimo a superare il suo egocentrismo distanziandosi dal proprio modo peculiare di costruire la realtà. In tal modo, il soggetto può relativizzare e soggettivizzare costruzioni di Sé e del mondo, e anche gli schemi interpersonali considerati assoluti.

Questo processo di decentramento si ottiene attraverso una metacomunicazione congiunta di terapeuta e paziente sulle loro transazioni. Il paziente deve cioè vedere se stesso nella relazione, capire il proprio contributo allo strutturarsi di transazioni rigide e vedere anche qual è il contributo dell'altro. In questo modo potrà scegliere liberamente uno stile interattivo più funzionale e costruzioni di Sé e del mondo più adattive.

Un ultimo aspetto di particolare interesse riguarda la possibilità che il terapeuta si ponga come modello di ruolo: i terapeuti che in generale accettano se stessi e le loro imperfezioni di esseri umani, modellano il tipo di autoaccettazione che cercano di promuovere nei loro pazienti, mentre i terapeuti con una scarsa tolleranza per le proprie imperfezioni hanno difficoltà a modellare il tipo di autoaccettazione che si sforzano di promuovere.

In questo processo si verifica un'appropriazione, da parte del paziente, di determinati valori del terapeuta. Per evitare il rischio di indottrinamento del paziente, gli autori distinguono due processi profondamente diversi:

- Da un lato vi è l'introiezione, in cui il paziente adotta in blocco i valori del modello, senza integrarli nella propria organizzazione di personalità, ma continuando a viverli e a subirli come un aspetto estraneo rispetto al proprio Sé. In questo caso si potrebbe parlare di indottrinamento.
- Dall'altro lato, invece, nel processo di identificazione, una persona esplora il sistema di valori di un'altra ed alla fine integra alcuni aspetti nel proprio sistema di valori, mentre ne respinge altri. In questo processo l'individuo si serve del sistema di valori di qualcuno con cui si identifica per aiutarsi a chiarire e a delineare il proprio sistema di valori.

Concludendo, nella riflessione sul modello di relazione terapeutica proposta dai due autori, si può notare che essa ha sostanzialmente i pregi e i limiti delle teorie precedentemente esposte.

Il merito fondamentale rimane quello di avere concettualizzato la relazione clinico-paziente quale strumento insostituibile in un'azione terapeutica che miri a cambiamenti profondi, riguardanti schemi a carattere analogico-emozionale.

Tuttavia, questa forte attenzione alle dinamiche relazionali farebbe perdere di vista quei movimenti intrapsichici che si accompagnano allo svolgersi del rapporto.

Partendo da questa consapevolezza, alcuni studiosi hanno cercato di evidenziare maggiormente il versante intrapsichico e soggettivo di questo processo.

LA RELAZIONE TERAPEUTICA: DA EVENTO INTERPERSONALE A STRUTTURA INTERNA DI SIGNIFICATO

Ci sono alcuni autori che, al contrario di quelli che abbiamo appena trattato, pongono attenzione ai movimenti intrapsichici che si affiancano allo sviluppo della relazione terapeutica. Partendo da questa idea e senza tralasciare la tematica emozionale, alcuni autori hanno messo in luce il lato intrapsichico soggettivo della dimensione relazionale.

La relazione terapeutica nel modello di Cionini

Cionini individua fondamentalmente cinque fasi nell'evoluzione del rapporto terapeutico, osservate dal punto di vista delle costruzioni soggettive operate dal paziente.

Le prime due sono necessarie affinché un rapporto clinico vero e proprio possa costituirsi in tutta la sua complessità e non si riduca ad un incontro superficiale.

Nella prima fase, il paziente deve costruire il terapeuta come persona in grado di comprenderlo e ciò dipenderà molto dalla capacità del clinico di inviare messaggi verbali ed emozionali congruenti con le comunicazioni del paziente.

Nella seconda fase, il terapeuta dovrà essere costruito come persona affidabile, cioè capace non solo di ascoltare il paziente, ma anche di aiutarlo. L'affidabilità del terapeuta si fonda sulle sue competenze tecniche, sulla stabilità della sua presenza emotiva e sulla sua neutralità: il terapeuta deve cioè mostrarsi interessato al paziente, ma non deve essere visto come portatore di suoi interessi personali.

Queste due prime fasi costituiscono in sostanza quei test a cui il paziente sottopone il terapeuta per vedere se può fidarsi di lui e cominciare quindi ad aprirsi, senza paura di essere dominato o abbandonato.

C'è poi una terza fase, chiamata fase di internalizzazione del terapeuta. Questa fase comporta l'utilizzo, da parte del paziente, di alcuni di quegli schemi di esplorazione e di conoscenza proposti dal terapeuta stesso. Si verificano, cioè, occasioni esterne al setting, nelle quali il paziente affronta il riproporsi delle situazioni problematiche, che lo hanno indotto ad avviare una terapia, ricorrendo a quanto detto dal terapeuta nel corso delle sedute.

È proprio l'internalizzazione del dialogo col terapeuta, precedentemente esterno, che comincia a mobilitare i rigidi schemi di significato posseduti dal soggetto, che può così sperimentare nuovi schemi con cui costruire la realtà.

Le ultime due fasi individuate da Cionini sono sostanzialmente in linea con quanto detto da altri autori:

Nella quarta fase, il paziente costruisce il terapeuta quale figura di attaccamento, secondo i suoi abituali schemi disfunzionali. Il comportamento di accudimento sicuro, da parte del terapeuta, permette una confutazione di quegli schemi ed una costruzione del terapeuta quale figura stabile e sicura di attaccamento. Ciò determina una idealizzazione del terapeuta quale figura perfetta da cui si dipende totalmente.

L'ultima fase è quella in cui si supera tale idealizzazione del terapeuta, che viene quindi costruito come persona reale emotivamente significativa. Ciò consente il recupero, da parte del paziente, della sua autonomia, superando quindi la dipendenza totale dal terapeuta e creando le condizioni per una riduzione del rapporto, senza che vengano vissuti sentimenti di abbandono.

Se le prime due fasi e le ultime due non presentano sostanziali novità, l'elemento innovativo risiede nel fatto che Cionini inserisce la terza fase di internalizzazione del terapeuta, in grado di avviare il processo di cambiamento del paziente.

La relazione terapeutica nel modello di Semerari

L'aspetto intrapsichico in Cionini risulta circoscritto ad una fase specifica nell'evolversi del rapporto, mentre proprio questo aspetto caratterizza l'intera visione del rapporto terapeutico proposta da Semerari. Nel lavoro di Semerari, l'obiettivo del trattamento diviene quello di creare le condizioni interpersonali che permettano al paziente di internalizzare la figura del terapeuta, nonché il proprio rapporto con lui, come una nuova struttura di significato. La nuova struttura di significato, derivata dall'internalizzazione del terapeuta e della relazione dovrà però risultare sovraordinata rispetto a quelle possedute dal paziente e quindi in grado di fornire una lettura critica di queste strutture, al fine di relativizzarle e modificarle.

La riflessione di Semerari si svolge in tre momenti sequenziali, sia temporalmente che logicamente:

1. il paziente sottopone il terapeuta a test di sicurezza e autorevolezza;
2. il paziente costruisce il terapeuta come validatore-invalidatore autorevole;
3. il paziente forma una neostruttura terapeutica interna all'organizzazione individuale.

Test di sicurezza e di autorevolezza

Semerari è l'autore che maggiormente ha sottolineato l'importanza dei cosiddetti "test di condizioni di sicurezza" cui il paziente sottopone il terapeuta. Questi test, infatti, non si limiterebbero a creare quel clima di fiducia e sicurezza all'interno della relazione terapeutica, che è una preconditione necessaria per il proseguimento del lavoro clinico. Piuttosto, il superamento di questi test da parte del terapeuta è essenziale affinché il paziente possa riconoscerlo come una fonte autorevole e affidabile di informazione su di sé.

Il concetto di "test di condizioni di sicurezza" viene ripreso dall'opera di Weiss e Sampson (1986), autori di stampo psicoanalitico.

Essi propongono un'idea di inconscio diversa da quella freudiana, costituito cioè essenzialmente da convinzioni patogene più che da impulsi o desideri e affermano che l'impedimento all'emergere di contenuti inconsci non deriva da particolari forze rimuoventi, ma dal timore del paziente che l'emergere di questi aspetti inconsci possa essere pericoloso. Se, tuttavia, il paziente fosse rassicurato riguardo a questi timori, farebbe emergere i suoi contenuti inconsci, in quanto vi è in lui il desiderio di guarire. Conseguentemente, il paziente, per acquisire questa sicurezza, sottopone il terapeuta a dei test di condizioni di sicurezza che, se positivamente superati, creano le condizioni per l'emergenza di contenuti inconsci.

Per Semerari questo significato non è sufficiente. Egli afferma che non basta che il paziente si senta rassicurato circa il fatto che il rapporto non riprodurrà modalità relazionali distorte (anche se questo è, comunque, un aspetto essenziale per il proseguire della terapia).

È anche necessario, infatti, che il paziente costruisca il terapeuta come figura autorevole, i cui interventi meritano di essere tenuti in considerazione, in virtù delle sue competenze professionali, e della sua stabilità emotiva. Questo significa che il paziente sottoporrà il terapeuta non solo a test di condizioni di sicurezza ma anche a test di autorevolezza.

Ovviamente i due aspetti (la sicurezza personale e l'autorevolezza dell'altro) sono connessi. È difficile sentirsi sicuri in una relazione terapeutica, facendo emergere aspetti dolorosi della propria esperienza, se il terapeuta non è riconosciuto come autorevole, affidabile, in breve, capace di aiutare.

D'altra parte è improbabile che il terapeuta venga visto come figura autorevole, se non è in grado di fornire una relazione improntata alla sicurezza, cioè diversa dalle modalità relazionali distorte che il paziente ha conosciuto nella sua vita.

Quindi i concetti di test di condizioni di sicurezza e di test di autorevolezza sono intrinsecamente connessi. Tuttavia non si può escludere un loro costituirsi in modo oppositivo. Il superamento di uno dei due test può significare, implicitamente, per il paziente, un risultato negativo nell'altro test. Ciò accade, ad esempio, in quei soggetti in cui il fatto d'essere accettati dal terapeuta (test di condizioni di sicurezza superato) significa che questi, in definitiva, è un

soggetto poco significativo e autorevole, dal momento che accetta così incondizionatamente persone di poco valore, quale il paziente si sente, (test di autorevolezza non superato). Un concetto simile era già stato espresso da Beck riguardo a quei pazienti depressi, con bassa autostima, che ritengono il terapeuta persona di poco valore, dal momento che accetta di relazionarsi con individui così insignificanti, quali si sentono appunto i depressi.

Neostruttura terapeutica di significato

Nel passaggio successivo, dopo i test di sicurezza e di autorevolezza, la relazione terapeutica dà vita ad una neostruttura terapeutica di significato, sovraordinata rispetto ai soliti schemi con cui l'individuo costruisce la realtà, e quindi questa neostruttura è in grado di fornire una lettura critica ed una modificazione di tali schemi.

La neostruttura di significato, mediata dal rapporto col clinico, emerge quando il paziente riferisce che in certe circostanze gli è venuto in mente il terapeuta e ha pensato a cosa egli avrebbe potuto dire in quelle circostanze, a come avrebbe commentato la condotta del paziente stesso e delle altre persone presenti. Queste opinioni immaginarie del terapeuta vengono, per lo più, utilizzate dal paziente per regolare il proprio comportamento, prendere delle decisioni e formarsi un'opinione su eventi e persone.

In breve, emergono nel sistema cognitivo del paziente nuovi significati con cui si costruisce la realtà. Semerari afferma che dato che prima della terapia questo tipo di interpretazioni e di azioni non erano presenti, siamo autorizzati a pensare che il lavoro terapeutico abbia prodotto una neostruttura di significati, un nuovo sottosistema di schemi.

Con la formazione della neostruttura, la relazione diventa una struttura interna, risultato di un'elaborazione personale del paziente, il quale affianca alle precedenti modalità conoscitive quelle nuove rappresentate dal clinico.

Questa neostruttura di significato si rappresenta inizialmente attraverso l'immagine del terapeuta e, quindi, le sue interpretazioni vengono vissute dal paziente non come proprie, ma come derivanti dal terapeuta stesso. Ciò avviene per due motivi:

- Il primo è un motivo genetico: la neostruttura, derivando dal lungo lavoro di costruzione del terapeuta quale persona autorevole, è ovvio che inizialmente si presenti sotto l'immagine del terapeuta stesso.
- Il secondo è un motivo strutturale. Il sistema cognitivo del paziente, infatti, si è strutturato in modo rigido, generando una lettura stereotipata e negativa degli eventi. La neostruttura di significato, fornendo costruzioni profondamente alternative di sé e del mondo, non può essere immediatamente integrata nel sistema di schemi del paziente, ma verrà inizialmente esperita da quest'ultimo come non-sé e le sue interpretazioni verranno sentite come derivanti dal terapeuta.

Le interpretazioni, frutto della neostruttura ed attribuite al terapeuta, non sono repliche esatte di ciò che il terapeuta ha effettivamente detto in seduta. Piuttosto, sono il risultato di un processo di elaborazione operato dal paziente. Questo processo di elaborazione ha un livello ottimale quando i principi di assimilazione e accomodamento che governano l'evoluzione di un sistema cognitivo si bilanciano. Quando prevale l'accomodamento le interpretazioni fornite dalla neostruttura sono identiche alle interpretazioni reali del terapeuta, ciò significa che esse non sono state assimilate ed integrate nell'organizzazione individuale, ma continuano a costituire una parte vissuta dal paziente come non-sé. Quando prevale l'assimilazione le interpretazioni della neostruttura sono totalmente discordanti da quelle del terapeuta reale. L'esclusivo processo di assimilazione, distorce totalmente il lavoro del clinico e la neostruttura non fornisce quindi interpretazioni nuove rispetto agli usuali schemi di significato del paziente, ma anzi conferma tali schemi, irrigidendoli ulteriormente.

Il livello di elaborazione ottimale è, allora, quello in cui i processi di assimilazione e accomodamento si equilibrano. Su ciò influiscono sia le caratteristiche del clinico che del paziente.

Per ciò che riguarda le caratteristiche del paziente, il grado di elaborazione dipenderà dal suo livello di complessità cognitiva: un livello basso porterà alla formazione di un'immagine del terapeuta troppo vicina all'immagine reale, mentre un livello troppo alto di creatività rischierà di portare ad un'immagine del terapeuta troppo distante, e spesso distorta, rispetto al terapeuta reale.

Ma anche le caratteristiche del clinico influiscono su tale processo. Un clinico troppo silenzioso ed "opaco" faciliterà la costruzione, da parte del paziente, di un'immagine troppo distante dalla realtà, mentre un terapeuta troppo definito blocca totalmente ogni possibilità di elaborazione personale da parte dell'altro.

Integrazione fra le strutture vecchie e nuove

La neostruttura terapeutica rappresentata dal clinico, genera una situazione di disequilibrio nel sistema cognitivo del paziente, in cui alle vecchie modalità conoscitive se ne affiancano di nuove.

Indubbiamente, il formarsi di una neostruttura è già di per sé terapeutico. Nella teoria dei costrutti personali di Kelly, infatti, la salute è attribuita alla capacità del sistema di evolvere verso una sempre maggiore complessità, ottenuta attraverso un aumento di differenziazione degli schemi di significato ed un corrispettivo aumento di domini cognitivi su cui il paziente ha possibilità predittive.

Tuttavia, oltre alla differenziazione, vi deve anche essere un momento di integrazione fra le nuove e le vecchie strutture, altrimenti il momentaneo stato di disequilibrio, dato dalla presenza di schemi di significato tra loro incompatibili, rischia di sfociare in una condizione caotica e conflittuale che paralizza il sistema cognitivo individuale.

L'integrazione tra vecchie e nuove strutture di significato è resa possibile dal fatto che la neostruttura, strumento principale con cui il paziente pensa a se stesso, costruendo continuamente il modo di pensare del terapeuta relativamente agli schemi cognitivi, si comporta sempre di più in modo autoreferenziale e sovraordinato. Cioè da neostruttura che costruisce il punto di vista del terapeuta diviene struttura che riflette e interpreta se stessa.

Inoltre, la neostruttura si pone come struttura sovraordinata rispetto agli altri schemi di significato su cui riflette. Da questa posizione può procedere ad un vaglio critico e ad una trasformazione di quegli stessi schemi.

In una terapia ideale, al termine di questo processo di integrazione, l'immagine interna del terapeuta tende a sparire dalle rappresentazioni del paziente ed egli inizia a compiere nuove operazioni con le nuove strutture, con la sensazione di essere lui stesso, in prima persona, a compierle.

In sostanza, nel corso della terapia, la neostruttura dovrebbe totalmente cambiare il suo oggetto dalla figura del terapeuta ai processi mentali del paziente e, in questo cambiamento, integrarsi al sistema complessivo nella posizione di struttura sovraordinata.

Per concludere, si può notare che il modello di Semerari si pone come uno dei tentativi più elaborati di fornire una teoria della relazione terapeutica.

CONCLUSIONI

La lunga riflessione, iniziata negli anni Sessanta, sulla relazione terapeutica ha portato alla possibilità di considerare questo rapporto come un importante strumento di cambiamento, soprattutto quando si vogliono ottenere modificazioni profonde nell'organizzazione cognitivo-emotiva individuale.

In questo modo, si è completato il recupero della relazione terapeutica quale elemento intrinseco al processo clinico (ossia quale fattore "specifico" e non più "aspecifico").

A questo proposito, sono necessarie alcune riflessioni, riguardanti in particolare i più recenti modelli di relazione terapeutica comparsi in ambito cognitivista.

Un merito di questi modelli è stato quello di andare oltre la considerazione della relazione terapeutica quale generico fattore aspecifico di cambiamento, proponendo, viceversa, delle concettualizzazioni di essa specifiche rispetto all'approccio teorico-clinico sottostante.

Il considerare la relazione terapeutica un fattore aspecifico, infatti, aveva portato a racchiudere nella definizione di relazione elementi di provenienza teorica diversa (come, ad esempio, il concetto di empatia e quello di condizionamento verbale), senza però un'adeguata riflessione volta ad una loro integrazione in una teoria della relazione più definita e caratterizzata.

Assumendo, invece, la relazione terapeutica come fattore specifico della terapia, è emersa la necessità, ed anche la volontà, da parte di molti autori cognitivo-comportamentali, di elaborare una visione della relazione clinico-paziente che, non più debitrice di concetti derivati da altre tradizioni teoriche, si caratterizzasse come specifica rispetto ad un intervento terapeutico di stampo cognitivo-comportamentale.

Infatti, la sottolineatura dell'importanza dell'empatia o il principio dell'empirismo collaborativo potevano essere considerati principi guida dell'agire terapeutico, validi a prescindere dalle modalità con cui l'intervento clinico si declinava nei vari autori. Attualmente, invece, il modo di concepire la relazione terapeutica ed un suo utilizzo in senso diagnostico-terapeutico è determinato dalla più ampia teoria della psicopatologia e della cura che ogni modello propone.