

La gestione della relazione terapeutica in un'ottica cognitivo-costruttivista ed evolutiva



Furio Lambruschi*

*[Ricevuto il 7 settembre 2019
Accettato il 29 novembre 2019]*

Riassunto

Nel presente articolo la relazione psicoterapeutica è considerata in una prospettiva costruttivista, evolutiva e interpersonale. Si propone un modello a tre assi del funzionamento umano, che rende conto delle diverse possibili organizzazioni del sé e delle loro possibili declinazioni su livelli diversi di funzionamento metacognitivo. Per ogni asse vengono quindi descritti i diversi possibili criteri di osservazione e di utilizzo clinico della relazione terapeutica. Su un primo asse viene valorizzata la consapevolezza nel terapeuta riguardo allo stile di regolazione emotiva e alla organizzazione dei sistemi di memoria proprio e del paziente in vista di una loro adeguata sintonizzazione e complementarità nelle diverse fasi del processo psicoterapeutico. Sul secondo asse, si sottolinea come il lavoro di riparazione delle inevitabili rotture dell'alleanza di lavoro vada costantemente riportato agli specifici temi dolorosi e ai significati personali caratteristici del paziente da un lato e del terapeuta dall'altro. Sul terzo asse, vengono evidenziati i caratteristici modelli interpersonali dei pazienti con forti limitazioni nelle funzioni metacognitive insieme ad alcune attenzioni da porre nella gestione dei relativi cicli interpersonali.

Parole chiave: alleanza terapeutica, prospettiva cognitivo-costruttivista; schema cognitivo interpersonale; sistemi motivazionali interpersonali, metacognizione; mentalizzazione.

* Psicologo, psicoterapeuta, direttore Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva (SBPC), Centro di Terapia Cognitiva Piazzale della Vittoria, 7, 47121 Forlì FC. e-mail: furio.lambruschi@gmail.com.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 45/2019

Furio Lambruschi

Abstract

Managing the therapeutic relationship in a developmental cognitive-constructivist perspective

This paper considers the psychotherapeutic relationship in a constructivist, developmental and interpersonal perspective. A three-axis model of human functioning is proposed, which takes into account different possible organizations of the self and their variations on different levels of metacognitive functioning. For each axis, criteria of observation and clinical use of the therapeutic relationship are described. On the first axis, the therapist's awareness of own and patient's emotional regulation style and organization of memory systems is considered; this affects their adequate attunement and complementarity in the different phases of the psychotherapeutic process. On the second axis, the repair of the inevitable ruptures in the therapeutic alliance are connected to specific painful themes and to salient personal meanings of the patient on one hand and of the therapist on the other. On the third axis, the peculiar interpersonal models of patients with strong limitations in metacognitive functions are highlighted, along with the importance of managing the interpersonal cycles related to those models.

Key words: therapeutic alliance, cognitive-constructivist perspective; cognitive interpersonal schema; interpersonal motivational systems, metacognition, mentalization.

Introduzione

Virtualmente tutti gli approcci psicoterapeutici sono costretti a fare i conti col problema dell'analisi e gestione della relazione terapeutica, se non altro per la necessità di ottimizzare l'implementazione delle tecniche terapeutiche e per fronteggiare in qualche modo quel fenomeno trasversalmente riconosciuto e definito come "resistenza" al trattamento. Sul fatto che, chi più chi meno, tutti i pazienti tendono a resistere al trattamento e che non sempre le tecniche (anche quelle più chiaramente basate sulle evidenze scientifiche) vadano a buon fine, tutti i terapeuti sono d'accordo. E sembrano pure d'accordo sul fatto che vadano identificati i meccanismi sottostanti a tali fenomeni e i dispositivi per lavorarci in modo che il processo terapeutico possa riprendere a fluire in senso positivo. Ovviamente ogni prospettiva psicoterapeutica lo fa a partire dai propri presupposti teorici di base. Pertanto, prima di discutere su come si opera sulla relazione terapeutica, per comprendersi, ritengo sia essenziale esplicitare i propri assunti epistemologici e teorici: in assenza di un chiaro ed esplicito modello concettuale di riferimento qualunque lettura dei fenomeni interpersonali in seduta e relative modalità di gestione degli stessi rischia di diventare vaga, poco comprensibile e condivisibile.

Ho sempre apprezzato che la psicoterapia cognitiva, fin dalle sue prime formulazioni (Beck, 1976), ponesse una grande enfasi sulla natura collaborativa del rapporto terapeutico, parlandone in termini di “*empirismo collaborativo*”, come sollecitazione di una fiducia di fondo nelle possibilità del trattamento e chiara condivisione, fra terapeuta e paziente, degli obiettivi da raggiungere e dei rispettivi compiti. Tuttavia, quest'enfasi sulla relazione era, appunto, primariamente finalizzata a facilitare la possibilità di implementazione delle tecniche terapeutiche.

Salutai poi con grande entusiasmo i primi lavori di Safran e Segal (1990), a partire dai quali un filone importante del cognitivismo clinico cominciò esplicitamente a ragionare in termini di *schemi cognitivi interpersonali* e di *cicli cognitivi interpersonali* entro i quali il paziente tende a trascinare l'altro, attribuendo in tal modo un valore esplicitamente relazionale al concetto di schema. Vorrei sottolineare come uno dei principali elementi dello sfondo teorico che consentì a questi colleghi già all'inizio degli anni '80 di accedere a tale prospettiva, insieme alla teoria interpersonale di Sullivan (1953) era rappresentato dalla teoria dell'attaccamento e quindi dalla coraggiosa integrazione dell'ottica evolutiva all'interno del modello cognitivista. Cominciare a vedere le strutture schematiche del sé come *programmi per il mantenimento dello stato di relazione* fu per me un grande e rivoluzionario cambiamento di prospettiva. Alcuni anni dopo Safran e Muran (2000), e poi Safran e collaboratori (2002) ci regalarono uno splendido modello di analisi e di intervento (riparazione) sulle possibili rotture dell'alleanza di lavoro che possono presentarsi all'interno del processo psicoterapeutico. Modello che ancora rappresenta a mio parere una guida insuperata in questo ambito.

Intanto, com'è noto, una parte del cognitivismo clinico italiano era già da tempo su questa traccia concettuale, e aveva aperto il campo a una nuova prospettiva psicopatologica e terapeutica articolata e potente sul piano esplicativo, centrata sull'idea costruttivista di *organizzazione della conoscenza umana*; su una profonda attenzione ai *processi di sviluppo*, integrando in modo originale e coerente la teoria dell'attaccamento all'interno del modello clinico cognitivista di base; e infine su una concezione *relazionale*, interpersonale del funzionamento umano che va a ricercare la salute e la patologia psichica nelle vicissitudini dei legami affettivi lungo tutto il ciclo di vita (Guidano e Liotti, 1983). Di qui sono andati esplicitamente a differenziarsi diversi filoni del cognitivismo clinico italiano di marca costruttivista ed evolutiva a cui faremo in seguito riferimento e a cui attinge la mia attuale cornice concettuale di riferimento (Lambruschi, 2018) che, in termini

Furio Lambruschi

integrativi, si sforza di porre al centro dell'attenzione psicopatologica e clinica la *prospettiva evolutiva*, senza la quale a mio parere i vari modelli di funzionamento del paziente perdono inesorabilmente di consistenza e di articolazione. I volumi di Gilbert e Leahy (2007) e più recentemente di Kazantzis, Dattilo e Dobson (2017), evidenziano come anche per la CBT sia ormai diventato impossibile e imprescindibile ampliare in modo sostanziale il proprio campo d'indagine all'osservazione attenta e alla cura della relazione terapeutica, considerando sia i fattori specifici che quelli aspecifici del cambiamento. Considerata la storica "resistenza" del *mainstream* della CBT ad ampliare, in modo ritenuto "poco economico", l'osservazione e il lavoro terapeutico alla storia di sviluppo del paziente, sorprendentemente anche questi autori, nell'analizzare le diverse difficoltà che possono presentarsi all'interno della relazione terapeutica, sono costretti a prendere in considerazione in modo esplicito la storia evolutiva del paziente e la qualità dei suoi legami d'attaccamento. Senza questo tipo di prospettiva i suoi comportamenti all'interno del setting clinico finiscono inevitabilmente per essere letti superficialmente, rimangono poco comprensibili e tendono a produrre nel terapeuta risposte disfunzionali. Ciò che intendo sostenere è che una posizione del terapeuta *orientata evolutivamente* (in estrema sintesi: "dove l'avrà imparato?") è quella che maggiormente consente al terapeuta stesso di mantenere un atteggiamento riflessivo e attivamente mentalizzante verso il paziente, un atteggiamento di curiosità sempre disposto ad andare al di là delle attribuzioni causali più immediate sul suo comportamento in seduta, che inevitabilmente sono guidate dagli schemi e dalle aree emozionali critiche del terapeuta stesso (cioè, quelle aree in cui il terapeuta finisce usualmente per "prenderla in termini personali").

In estrema sintesi¹, ritengo che per inquadrare e comprendere in termini complessi e dimensionali il funzionamento umano (normale o psicopatologico), rendendo adeguatamente conto dei rapporti tra configurazioni primarie d'attaccamento, sviluppo e organizzazione del sé e relative possibili uscite psicopatologiche, quanto meno abbiamo bisogno *di tre assi fondamentali di sviluppo* e di funzionamento interpersonale. Nel ripercorrere tale modello, per ogni asse evolutivo e di funzionamento del sé, cercheremo di analizzare le diverse implicazioni e possibili operazioni effettuabili nell'ambito della relazione terapeutica, sforzandoci coerentemente ed "equamente" di applicarle sia al funzionamento del paziente che a quello del terapeuta.

¹ Per eventuali approfondimenti, si veda Lambruschi (2018).

Asse di reciprocità primaria e relazione terapeutica

Il primo asse fondamentale della *reciprocità fisica* esprime la cosiddetta *funzione affettiva* e primaria del *parenting*, connessa alle competenze basilari di *sensibilità* e *responsività* espresse dalla figura d'attaccamento e pone le basi per la strutturazione del senso di sé in termini di *amabilità/non amabilità* e *sicurezza/non sicurezza* nelle relazioni. I modelli primari d'attaccamento, nella loro essenza, ci dicono: a) come un individuo ha imparato a *regolare i propri stati emozionali* nel suo contesto primario d'apprendimento, lungo un continuum che va dallo stile più *deattivante* o, per dirla con Hill (2015), a dominanza parasimpatica, fino a quello più marcatamente *iperattivante*, o a dominanza simpatica; b) come le sue figure d'attaccamento gli hanno insegnato a *usare la mente*, cioè sul piano processuale, a quali fonti di informazioni (*cognitiva/emotiva*) e sistemi di memoria dare rilievo nel leggere se stesso e la realtà: preferenzialmente immagini sensoriali e linguaggio connotativo nei modelli di tipo C; oppure principalmente memorie di tipo procedurale e semantico nei modelli di tipo A (Crittenden, 2008; Crittenden e Landini, 2011; Lambruschi e Lenzi, 2014). A partire da questi vincoli primari, si possono già ragionevolmente configurare due distinte polarità organizzative del sé: organizzazioni di tipo *distaccato*; e organizzazioni di tipo coercitivo o *controllante* (Nardi, 2007, 2013, 2017).

Su questo primo asse, in termini di concettualizzazione del caso e di gestione della relazione terapeutica, dovremo chiederci: come regola i suoi stati emotivi il nostro paziente? Nelle sue esperienze d'attaccamento ha imparato ad amplificare gli stati interni in modo iperattivante o a inibirli in forma deattivante? Come utilizza quindi la relazione con le sue figure significative? E come utilizza la relazione con il terapeuta? Più in termini collusivi e di appesantimento della relazione o più distanzianti? Quali sistemi di memoria tende a utilizzare in modo preferenziale, così come si può evincere dal suo stile narrativo? A questo riguardo, la moderna teoria dell'attaccamento ci orienta decisamente verso una visione più *processuale* (che non contenutistica) dei modelli rappresentativi interni di sé e dell'altro interiorizzati dal paziente. È sì importante che dall'analisi cognitiva ed emotiva emerga, poniamo, un tema di "perdita", ma ancor più importante è *come* il paziente se lo rappresenta, cioè utilizzando in modo preferenziale quali sistemi di memoria (a esempio, un sistema per immagini e linguaggio connotativo-evocativo, oppure in termini preferenzialmente procedurali e semantici) e quindi con quali effetti sulla propria regolazione emotiva e comportamentale e sul proprio stile narrativo.

E reciprocamente, che tipo di sponda elaborativa è in grado di offrire il terapeuta con il suo assetto conoscitivo e con il suo posizionamento in seduta? Già considerando questo primo livello di funzionamento del paziente, al di là delle specifiche tecniche terapeutiche utilizzate, un certo tipo di posizionamento relazionale del terapeuta in seduta può svolgere una funzione essenziale in termini di promozione del cambiamento. È questa una prima, seppur ampia, variabile relazionale alla quale personalmente attribuisco grande rilievo nella osservazione e nella cura della relazione terapeutica.

Sappiamo che all'interno della relazione terapeutica svolge un ruolo importante il particolare matching (cioè la combinazione) tra lo stile d'attaccamento del paziente e quello dello psicoterapeuta, che influenza la qualità della relazione, le aree esplorate, gli interventi utilizzati, la costruzione dell'alleanza di lavoro, il processo terapeutico e il suo esito (Baldoni, 2008, 2013, 2017; Hill, 2015; Mohr, Gelso e Hill, 2004; Romano, Janzen e Fitzpatrick, 2009). Un insieme ormai storico di ricerche (Dozier e coll., 1994; Mallinckrodt, 2000; Tyrrel e coll., 1999; Rubino *et al.*, 2000; Meyer e Pilkonis, 2001; Black e coll., 2005; Bruck e coll., 2006) ha messo in luce che, indipendentemente dallo stile d'attaccamento del paziente, da altre caratteristiche di personalità o dall'orientamento terapeutico, uno stile di attaccamento sicuro del terapeuta mostra una forte relazione predittiva positiva sia sulle misure di processo (alleanza, rotture, problemi in terapia) che di esito terapeutico. Al contrario, terapeuti con strategie insicure (soprattutto di tipo preoccupato) tendono ad intervenire in modo meno empatico, più intensivo e collusivo coi pazienti, tanto che la variabilità lungo la dimensione *preoccupata* sembra appunto essere associata con quel contro-*transfert* in cui tendono a predominare i problemi propri del terapeuta. Al di là della sicurezza del terapeuta come miglior condizione, i pazienti sembra che ottengano migliori risultati quando hanno a che fare con terapeuti con strategie d'attaccamento *complementari* alle proprie, lungo lo spettro *iperattivazione-deattivazione (complementarietà)*: in modo da interrompere le aspettative solite del paziente ai vecchi e maladattativi *patterns*. In modo più efficace e meno ambiguo, Hill (2015) definisce *congruente* l'accoppiamento tra stessi *pattern* di attaccamento (distanziante-distanziante o preoccupato-preoccupato) e *incongruente* quello tra *pattern* opposti, osservando che ciascuna di queste configurazioni presenta vantaggi e insidie rispetto alla qualità dell'alleanza terapeutica e all'esito della cura.

L'andamento di tali processi interpersonali non deve essere inteso in modo statico, ma come un processo dinamico, che si modifica nel tempo

sulla base dei diversi bisogni del paziente (Slade, 2008), considerando almeno tre fasi diverse della terapia (Holmes, 2009; Mallinckrodt, Porter e Kivlighan, 2005). Una prima fase di funzionale sintonizzazione e concordanza da parte del terapeuta con lo stile d'attaccamento del paziente, accettazione del ruolo assegnatogli tacitamente dal paziente e parziale corrispondenza alle sue aspettative: ad esempio, l'assunzione di un atteggiamento più razionale e più orientato all'ordinamento cognitivo con pazienti distanzianti e una maggiore flessibilità e partecipazione emotiva con quelli preoccupati (accettare lievi violazioni del setting, sedute supplementari o spostamenti di appuntamenti, lettere e messaggi, ecc.). Mentre nelle fasi successive (quando la relazione di attaccamento è più consolidata), diventerebbe gradualmente più funzionale un matching di tipo complementare negli stili di regolazione emotiva, le rappresentazioni distorte e difensive del paziente possono essere gradualmente analizzate mettendolo di fronte alle sue contraddizioni e aiutandolo a mettersi in discussione.

Come terapeuti, dunque, dobbiamo essere consapevoli del fatto che, indipendentemente dal repertorio tecnico che di volta in volta mettiamo esplicitamente in campo e dai contenuti rappresentativi via via focalizzati insieme al paziente, i vincoli e le possibilità connesse alla qualità stessa dell'organizzazione/integrazione dei nostri sistemi di memoria funzionano *tacitamente* da sponda elaborativa per il paziente; più *esplicitamente* quando il terapeuta sia in grado di focalizzarsi in modo consapevole. Sulla scorta di tale consapevolezza, ogni intervento, verbale e non verbale, in seduta potrà essere strategicamente e processualmente modulato verso l'articolazione e lo sviluppo dei sistemi di memoria evidenziatisi come più "atrofici", sui quali cioè egli ha fatto meno "palestra" nella relazione con le proprie figure d'attaccamento. Con alcuni, potranno essere enfatizzati gli aspetti di ordinamento "cognitivo" dell'esperienza, di sequenzializzazione della memoria procedurale e articolazione di quella semantica, puntando al distanziamento critico dallo stato affettivo immediato e "allenandosi" maggiormente al mantenimento del "punto di vista esterno" e al dialogo interno ordinatore; con altri, potrà essere invece sparigliato ad arte un ordine cognitivo già eccessivo e una ipertrofia del semantico, stimolando delicatamente la memoria per immagini sensoriali e, sul piano proposizionale, il linguaggio evocativo, facilitando il rimanere in termini emotivamente intensi nel "punto di vista interno" e nell'esperienza affettiva più incarnata.

Ritengo che tale utilizzo flessibilmente modulato del proprio stile regolativo e narrativo (verbale e non verbale), come primario strumento di cambiamento, possa essere cognitivamente appreso e proceduralmente

Furio Lambruschi

allenato all'interno del percorso formativo personale dell'allievo psicoterapeuta. In tal senso, il valore della relazione terapeutica e il suo utilizzo in termini trasformativi non dovrebbe essere inteso unicamente come concentrato in modo puntuale su alcuni specifici momenti emotivamente significativi di applicazione, da parte del paziente al terapeuta, dei suoi modelli interpersonali, ma andrebbe più propriamente visto come "spalmato" lungo tutto il processo psicoterapeutico, in termini di costante attenzione da parte del terapeuta a se stesso come sponda elaborativa potenzialmente generativa.

Asse di reciprocità secondaria e relazione terapeutica

Se sull'asse primario si definisce quanto un individuo riesce a sentirsi sicuro/insicuro e amabile/non amabile, sull'asse di reciprocità secondaria (quello relativo all'altra importante funzione del *parenting*, cioè quella *educativa*, volta alla definizione di confini, all'adesione alle regole morali, sociali) si definisce quanto soggettivamente un individuo può sentirsi accettato, apprezzato, valorizzato, considerato. Ad un estremo di questo secondo asse, possiamo collocare le organizzazioni del sé di tipo *Normativo* dove il riferimento è a rigidi valori morali, con lo sviluppo di schemi relazionali nucleari tutti improntati a un forte senso di responsabilità personale; e all'estremo opposto, le strutturazioni del sé di tipo *Contestualizzato*, dove invece il riferimento è a regole sociali variabili in funzione della situazione e del contesto di riferimento, con lo sviluppo di un senso di sé più vago e indefinito, costantemente dipendente dal "pensiero forte" esterno. L'ingrinarsi ortogonale tra questi due assi evolutivi e di funzionamento personale e interpersonale, va a definire lo spazio dei possibili sé, con scopi nucleari e assetti identitari diversi.

Per ognuna di queste possibilità organizzative ed identitarie potrebbe essere concettualmente utile e clinicamente viabile ragionare su due livelli: a) *temi dolorosi taciti*: sentimenti abbandonici e percezione di vulnerabilità personale; sentimenti di perdita e percezione di non amabilità personale; senso di colpa e percezione di indegnità morale; vergogna e percezione di indefinitezza del sé; che sono oggetto di costante evitamento esperienziale da parte del soggetto, avendo vissuto su tali aree gravi minacce allo stato di relazione e; b) corrispondenti *strategie di coping, meccanismi di compenso*, vale a dire un assetto identitario *esplicito*, organizzato intorno a: strategie controllanti le figure d'attaccamento; strategie distanzianti e di recupero

della relazione in termini di valore o prestazionali e non affettivi; di mantenimento di un senso ipertrofico di responsabilità morale; di non esposizione e controllo anticipatorio del giudizio altrui. Lo scompenso clinico coincide con il fallimento delle strategie di *coping* e relativa riattivazione dei temi dolorosi di base.

Ci aspettiamo dunque che il nostro paziente porti in terapia qualcuna di queste strategie interpersonali e relativi temi dolorosi di base (o un significativo e riconoscibile mix di queste), sia nel materiale esterno alla seduta (relazioni lavorative, amicali, genitoriali, sentimentali), *sia nelle sue aspettative verso la terapia e verso la figura del terapeuta* e quindi nella regolazione del suo comportamento e delle sue emozioni in seduta. Ci aspetteremo messe alla prova coerenti col suo assetto identitario e manovre di evitamento attivo (quando necessario) della possibile emergenza in seduta delle aree emozionali critiche per lui non attraversabili in quanto percepite in vario modo come gravemente minaccianti lo stato di relazione.

È vero che, detto in modo un po' generico, il terapeuta deve essere percepito come "base sicura" da cui partire per la difficile e a volte penosa esplorazione del proprio mondo interno; tuttavia, più che criteri teorici assoluti, ci interessa sapere che cosa significhi "base sicura" per quel particolare paziente in termini di suoi specifici vincoli identitari. Diverse organizzazioni del sé hanno rappresentazioni interne assai diverse (a volte anche antitetiche) di come un terapeuta possa essere riconosciuto come rassicurante, affidabile o quindi validatore autorevole della propria esperienza. Un paziente con struttura normativa, ad esempio, può desumerlo da indicatori apparentemente insignificanti ma per lui probanti sulle potenziali caratteristiche di moralità interna del terapeuta ("banalmente", la puntualità, fare o non fare la fattura); un paziente con struttura controllante potrà desumerlo, invece, da indicatori (di solito più non verbali che verbali) sul carattere caldo e protettivo ma possibilmente non costrittivo del terapeuta (stretta di mano forte e calda, sorriso rassicurante, disponibilità a trovare altri orari di seduta più consoni al paziente); e così via.

Con pazienti non particolarmente gravi, quelli che con un po' di approssimazione diremmo dell'area "nevrotica", il succedersi delle fasi del processo terapeutico è in genere piuttosto prevedibile e di solito risultano anche più facilmente maneggiabili gli eventuali inciampi di percorso. Già durante le prime sedute d'assessment e riformulazione interna del problema, potremmo cominciare a chiederci: in che modo i temi dolorosi e le strategie interpersonali caratteristici di questo paziente potranno andare ad interferire con l'iniziale costruzione di una buona alleanza di lavoro nei suoi tre

fondamentali elementi (Bordin, 1979)? Cioè, come potrebbero tali vincoli organizzativi interni e relazionali alimentare disaccordi tra terapeuta e paziente riguardo agli *obiettivi* o riguardo ai *compiti* della terapia? O come potrebbero interferire sulla componente del *legame* dell'alleanza, cioè sulla qualità affettiva della relazione che si va costruendo in termini di fiducia, sentimento di essere compreso, rispettato, considerato, insomma, circolazione di sentimenti positivi in seduta? Sempre, però, tenendo a mente che un disaccordo sui compiti o sugli obiettivi è assai probabile che rifletta delle fratture nella dimensione del legame, seppure con significati diversi: i concetti di sfiducia, scetticismo, rispetto (spesso utilizzati in modo un po' *naive* nella descrizione delle fratture relazionali in terapia) andrebbero sempre compresi alla luce dei significati personali portati da quel singolo paziente coi suoi specifici contorni identitari.

Prendiamo il caso di *Leonardo*, dove fin dalle prime sedute si evidenzia un rifiuto da parte del paziente di condurre i compiti di automonitoraggio cognitivo/emotivo attraverso la scheda ABC. Il problema viene affrontato inizialmente dal terapeuta in termini principalmente tecnici e razionali, ribadendo le basi del modello clinico cognitivista e offrendo spiegazioni e delucidazioni. A queste semplici sollecitazioni e chiarimenti alcuni pazienti possono rispondere in modo sufficientemente positivo e collaborativo, riattivando in tal modo il percorso terapeutico. La risposta di Leonardo, invece, continua ad essere ostinatamente critica e difensiva: "Un po' è che non ho avuto tempo questa settimana... ma poi proprio non mi va di stare lì a scrivere... per forza, così, in 'ste tre colonne!... perdi di spontaneità, magari è meglio buttar giù due appunti liberi, così come ti viene". Tutto ciò con manifestazioni velate di sfiducia verso questo tipo di terapia e verso il terapeuta, che dal canto suo comincia ad avvertire crescente frustrazione e senso di irritazione verso tali inattese "resistenze". Qui è essenziale, in primo luogo, che il terapeuta sia in grado di riconoscere e regolare internamente questi suoi sentimenti al fine di sganciarsi dal ciclo interpersonale entro il quale il paziente lo ha chiaramente implicato. Per poi spostarsi sul piano metacomunicativo a commentare il processo in atto: ad esempio, "Mi rendo conto che sto cercando ripetutamente di convincerla dell'utilità di monitorare con questa scheda situazioni, pensieri ed emozioni, ma senza risultato. Sento come se dovessi lottare per convincerla, e per lei invece fosse un po' faticoso fidarsi. Sente anche lei qualcosa del genere?". Il paziente, a questo punto, assume una tonalità emotiva diversa e riconosce la sua sensazione di sfiducia. Ciò consente un recupero della sintonizzazione relazionale e apre la strada ad una esplorazione ulteriore di tali sentimenti.

Vanno tuttavia chiariti, a mio parere, almeno due punti essenziali di tale processo riparativo. In primo luogo, non è tanto ciò che il terapeuta dice come meta-commento del processo relazionale in atto, ma *come* lo dice, vale a dire col tono e la disposizione emotiva di chi si è chiaramente sganciato dal ciclo disfunzionale in atto e si è riposizionato entro una dimensione genuinamente paritetica e cooperativa verso il paziente (Liotti e Monticelli, 2008, 2014), recuperando così a pieno titolo il suo ruolo terapeutico. In caso contrario, quelle stesse frasi potrebbero rischiare di “suonare” in termini agonistici, veicolando sentimenti critici verso il paziente e confermando in tal modo le sue aspettative di sfiducia nella relazione, nella terapia e nella possibilità di un cambiamento. Ovviamente, questa capacità del terapeuta di riposizionarsi entro un atteggiamento cooperativo non è legata solo ai suoi livelli di esperienza o competenza tecnica, ma anche e forse soprattutto a quanto le critiche del paziente vanno a cogliere e presumibilmente ad invalidare aree importanti del suo assetto identitario, attivando quindi suoi temi dolorosi critici. Ad esempio, potrebbero essere presenti nel terapeuta aspetti significativi di indefinitezza del sé e spiccata sensibilità al giudizio, al punto che la critica del paziente potrebbe indurre una brusca oscillazione del senso di sé in termini di percepita incompetenza. A questo punto, la variabile cruciale è rappresentata dalle competenze autoriflessive del terapeuta stesso, in termini di consapevolezza, riconoscimento (sul piano corporeo e ideativo) e monitoraggio delle aree emozionali critiche in gioco.

In secondo luogo, l'aver identificato questo tema di “sfiducia” (pure se il paziente arrivasse a riconoscerlo come suo tipico atteggiamento anche in altri contesti relazionali) non dice ancora granché né a noi né al paziente riguardo ai suoi modelli interpersonali nucleari e relativi temi dolorosi. In altri termini, qui dovrebbe iniziare, non concludersi, il percorso di esplorazione dei significati personali del paziente: “Che significa per lei fidarsi o meno di me o della terapia? Che pensieri ha quando sente di non fidarsi? Che emozioni avverte? Mi fa un esempio particolare di una situazione, un momento in cui ha avuto questa sensazione di non fidarsi? Da che cosa lo capisce quando può fidarsi e quando no?”. E così via.

Leonardo (con temi di vulnerabilità personale e stile controllante), in tal modo sollecitato, finisce per riferire tale sfiducia a necessità percepite di controllo della relazione, il non sentirsi costretto dall'altro, dai suoi metodi, dalle sue decisioni:

P: “È come se mi facesse sentire più debole, come se fossi in balia dell'altro”.

T: “E questo che effetto le fa, che emozione le procura?”.

Furio Lambruschi

P.: "... Timore... un senso di allarme...".

T.: "Come lo sente questo timore, dove la sente?".

P.: "Qui al petto, mi batte un po' il cuore, il respiro un po' bloccato...".

Il percepirsi potente, in posizione *up* a guidare la relazione, dunque, fa sentire Leonardo forte e al sicuro rispetto ai suoi sottostanti sentimenti abbandonici. Per un altro paziente, la stessa connotazione semantica, "sfiducia", potrebbe rimandare a temi dolorosi di tipo depressivo, percezioni di sé in termini di non amabilità, inaiutabilità e autosufficienza obbligata. Per un altro ancora, a temi di vergogna, umiliazione, sensibilità al giudizio e quindi a grossi problemi nell'esposizione del proprio mondo interno: in effetti, molti dei possibili disaccordi sui compiti nella relazione con queste organizzazioni di tipo contestualizzato, che funzionano cioè a riferimento esterno, è da ricercarsi proprio nel costante tentativo di evitare o limitare l'esposizione di parti di sé sulle quali si immagina un impietoso e demolitivo giudizio da parte dell'altro e quindi anche del terapeuta. Con Leonardo, comunque, il soffermarsi a riflettere congiuntamente su questo passaggio costituì una buona occasione per andare ad esplorare i suoi significati personali e relative dinamiche interpersonali centrate, appunto, sul controllo attivo della relazione anche in altri contesti significativi, con particolare riguardo alla relazione sentimentale in atto: "Provi a stare un po' in questa sensazione di allarme... il cuore che batte... il respiro corto... le ricorda qualcosa? In quali altri contesti le sembra di averla già sperimentata?... Che immagini le vengono?". Il paziente potrebbe, in tal modo, elicitare episodi specifici in cui attiva questo schema con figure affettivamente significative del suo ambiente o, col tramite dell'affetto ponte, potrebbe addirittura evocare episodi prototipici della propria storia di sviluppo in cui tale esperienza è stata vissuta ed appresa con le proprie figure d'attaccamento.

A questo riguardo, nell'ottica costruttivista ed evolutiva il lavoro di vera e propria ricostruzione ed elaborazione di tali eventi prototipici è usualmente lasciato per le fasi più avanzate del processo psicoterapeutico (Guidano, 1991). Personalmente, ritengo che la scelta del timing giusto e la capacità di attesa del terapeuta sia essenziale a questo riguardo. Solo dopo che in "moviola" (Guidano, 1991; Lambruschi e Lenzi, 2008; Lambruschi, 2008), o comunque lavorando non in astratto, ma in modo emotivamente attivante dentro la dimensione episodica, il paziente avrà acquisito una buona consapevolezza dei suoi modelli interpersonali nel loro attivarsi in contesti relazionali diversi, cioè dopo aver consolidato un sé osservante capace di promuovere maggiore "defusione" dai propri stati interni; allora, sulla scorta

di tale guida conoscitiva interna, sarà in grado di accedere efficacemente ai diversi contesti storici di apprendimento degli stessi da una prospettiva nuova. I terapeuti molto centrati sul “fare”, che hanno bisogno di “sparare” tecniche fortemente attivanti e apparentemente perturbative fin dalle prime sedute del processo terapeutico (soprattutto se si tratta di pazienti difficili), dovrebbero a mio parere riflettere su quanto tale difficoltà a sospendere temporaneamente l'azione possa limitare l'avviarsi della autonoma attività elaborativa del paziente, impedendo che i sistemi osservativi del paziente, la sua curiosità e quindi le sue competenze metacognitive si dispieghino con la gradualità e la naturalezza che servono. Dovrebbero, altresì riflettere di volta in volta su quanto tali precoci e virtuosistiche performance tecniche siano realmente funzionali al paziente o rappresentino piuttosto proprie (in alcuni casi potremmo dire “narcisistiche”) strategie identitarie centrate sulla performance, sul mostrarsi immediatamente competenti e sull'evitamento attivo, nella relazione col paziente, di proprie aree emozionali critiche.

Una volta consolidata l'alleanza terapeutica non dobbiamo immaginare che questa sia acquisita in modo stabile e duraturo. Al contrario è opportuno che il terapeuta se la rappresenti come una variabile da tenere costantemente monitorata in vista di inevitabili fratture, perdite di coordinamento e sintonia, che richiederanno l'attivazione di ulteriori processi metacomunicativi e riparativi. Anzi, per un terapeuta cognitivista orientato in senso interpersonale, le fratture nell'alleanza terapeutica dovrebbero costituire la via aurea per la comprensione dei fondamentali principi organizzatori del paziente (Storolov *et al.*, 1994). Bennet, Parry e Ryle (2006) hanno proposto un modello a sette stadi per la riparazione delle rotture relazionali; analogamente Aspland e collaboratori (2008) hanno trovato evidenza per un modello a quattro fasi. Entrambi, comunque, sottolineano fortemente, in linea con la geniale intuizione liottiana, l'importanza del ripristinare l'assetto cooperativo tra paziente e terapeuta, dell'incoraggiare la partecipazione attiva del paziente e la ricerca dei suoi feedback, la negoziazione dei pensieri, dei bisogni e delle emozioni. I risultati di alcuni studi empirici (si vedano, ad esempio, Cash *et al.*, 2014; Gersh *et al.*, 2017) mostrano interessanti collegamenti tra un tale lavoro di riparazione e l'*outcome* terapeutico.

Ogni passaggio terapeutico potrà essere creativamente sfruttato per operare sulla relazione terapeutica, per dirla con Bara (2018), sia in termini *diacronici* (si guarda insieme qualcosa accaduto in precedenza al paziente) che *sincronici* (ci si focalizza sul qui e ora per comprendere che cosa stia accadendo tra terapeuta e paziente). In una prospettiva costruttivista ed

evolutiva, l'attenzione agli aspetti relazionali diviene, agli occhi del terapeuta e del paziente in ogni fase del processo psicoterapeutico, significativa, esplicita e addirittura scontata. In realtà, fin dalla prima seduta, diventa assolutamente naturale cercare di orientare l'attenzione del paziente su questi aspetti relazionali sia fuori che dentro la seduta: "Che effetto le ha fatto questo nostro primo incontro? Che pensieri ha avuto al riguardo?". Rimandiamo, cioè, al paziente fin da subito che nel nostro condiviso campo percettivo e di analisi saranno compresi anche i dati relativi al qui ed ora. Successivamente, in modo sempre più significativo, l'analisi in seduta (proposta attivamente dal terapeuta) delle dinamiche relazionali paziente/terapeuta, assume una sua centralità tecnica e una sua valenza terapeutica al di là di eventuali momenti di resistenza, di *empasse*, di blocco o di rottura nella relazione stessa. Anzi, sarà buona norma monitorarla con costanza e attivamente esplorarne vissuti e significati personali.

Ad esempio, una volta identificati col paziente suoi specifici schemi interpersonali centrati su un rigido senso di responsabilità e relativo timore di essere guardato con disprezzo morale dall'altro, sarà naturale andare periodicamente in modo congiunto ad osservare quando, quanto e in che forma essi si attivino nelle diverse occasioni di rapporto col terapeuta: magari nel suo bisogno di certezza di aver portato in seduta in modo completo tutti i dati clinici in suo possesso; oppure nel modo in cui il terapeuta lo guarda o in una sua battuta vissuta dal paziente come sprezzante, e così via. Anzi, il dare per scontato che tutto ciò accadrà, pone paziente e terapeuta di default in una posizione osservativa paritetica atta a consentire un costante esercizio mentalizzante, una continua "palestra" metacognitiva: "Qualcosa del genere ricorda di averlo sperimentato qui in seduta tra di noi?"; "Forse potremmo provare a prestare attenzione a quando qualcosa del genere dovesse attivarsi qui tra di noi".

Un importante aspetto, spesso trascurato in terapia cognitivo-comportamentale, riguarda quanto la qualità della relazione terapeutica instaurata col paziente sia alla base di difficoltà, resistenze o fallimenti nell'applicazione di alcune specifiche tecniche terapeutiche (prime fra tutte, le tecniche di esposizione alle situazioni temute). Anche in questo caso siamo di fronte a un disaccordo su un compito (non più iniziale di autosservazione, ma avanzato di esposizione), che di nuovo, presumibilmente, rimanderà a un qualche tipo di problema nel legame. Il sentire la relazione col proprio terapeuta come affidabile e sicura rappresenta, in effetti, il prerequisito perché il paziente si consenta una esplorazione (esterna e interna) percepita come minacciosa. Ma, come già accennato, una tale

lettura che rimanda troppo genericamente alla lezione bowlbiana, non coglie che cosa per quel paziente specifico significhi “base sicura”, cioè di quale specifica sponda relazionale necessiti per fare quel tipo di operazione.

Ad esempio, per un paziente con sintomatologia ossessivo-compulsiva e stile organizzativo di tipo normativo, certamente sarà importante cercare di riconoscere e superare i suoi micidiali meccanismi di soppressione delle immagini intrusive che, com'è noto, per lui rimandano a una percezione di sé in termini di indegnità morale e profondi, insostenibili sentimenti di colpa. Pertanto, procedure quali l'esposizione con prevenzione della risposta o come la *detached mindfulness* (Wells, 2005), inserite ovviamente all'interno di un articolato percorso psicoterapeutico (Mancini, 2016) possono avere effetti importanti nel superamento del rigido evitamento esperienziale di quelle emozioni critiche che il paziente percepisce come non attraversabili. Tuttavia, nell'implementazione di queste tecniche, è presente un'importante variabile di tipo *relazionale* spesso poco riconosciuta: il paziente si sta esponendo, sì, a quelle emozioni critiche e a quelle “inaccettabili” immagini intrusive, ma lo sta facendo di fronte a un altro essere umano, il terapeuta, che, inevitabilmente, reagisce con le sue parole e soprattutto col suo corpo, coi suoi gesti, col suo *display* facciale al processo in atto.

Quando le cose vanno bene, anzitutto il terapeuta riesce a riconoscere, sentire e trattare quei pensieri e quelle immagini come pensieri e come immagini, mantenendo cioè tacitamente una ben definita posizione metacognitiva. Inoltre, tratta quei contenuti, certo, come non desiderabili (nessuno vorrebbe essere o sentirsi un pedofilo e pensare di avere un'erezione davanti alla figlia dodicenne dei propri amici, o pensare di buttare il proprio figlio dalla finestra) ma umanamente possibili, pensabili. Atteggiamento ben diverso da quello presumibilmente sperimentato dal paziente all'interno delle relazioni primarie d'attaccamento: cioè quel “muso”, quello sguardo sprezzante, per cui un errore o una imperfezione rispetto agli standard morali familiari erano percepiti come imperdonabili e come motivo irreparabile di rottura dello stato di relazione (Tenore, 2016). Cogliere nell'espressività del terapeuta, costruito comunque soggettivamente come affidabile in quanto moralmente integro, questo sguardo legittimante, accettante e validante verso la propria esperienza interna, costituisce a mio parere uno dei fattori terapeutici centrali lungo tutto il duro percorso di superamento del disturbo ossessivo compulsivo.

A partire dal percepito consolidamento della relazione terapeutica, il terapeuta potrà aspettarsi in seduta e anzi salutare con gioia (anziché

Furio Lambruschi

connotare come spiacevole inconveniente) anche quello che Bara, mutuandolo dall'ambito della psicoanalisi relazionale (Jacobs, 1986; Filippini e Ponsi, 1993; Bromberg, 2011) definisce enactment, cioè la messa in atto diretta, potremmo dire sul piano procedurale immediato, dello schema interpersonale del paziente, utilizzando il terapeuta come attore della scena stessa. Aspettarselo consente al terapeuta non certo di evitare la sorpresa o l'imbarazzo per il suo presentarsi, né di evitare di parteciparvi, ma quanto meno di recuperare prima possibile un atteggiamento mentalizzante sia in prima persona (Che emozioni sto provando? Perché mi viene da agire in questo modo? Che pensieri, che immagini mi si affacciano alla mente?) che in terza persona (Che emozioni avrà lui? Chissà che cosa gli sta passando per la testa? Che mi dice di lui questo comportamento? Dove l'avrà imparato? Assomiglia a qualcosa di lui che abbiamo già visto insieme in terapia?). Hill (2004) a questo riguardo parla di *immediacy*, riferendosi a questo modo di lavorare nel qui ed ora col paziente, sottolineando che può essere utilizzato almeno in tre modi (Hill, 2008): per negoziare i compiti e gli obiettivi della terapia; per riconoscere sentimenti inespressi in seduta e rendere esplicito l'implicito, rendendo in tal modo la comunicazione più diretta; per riparare le rotture relazionali commentando ciò che è avvenuto tra terapeuta e paziente.

Khalid, 35 anni, operaio di origine marocchina, giunge in terapia per un problema di ansia sociale percepito come particolarmente invalidante che lo porta a continue manovre di evitamento di tutte quelle situazioni in cui potrebbe trovarsi soggettivamente al centro dell'attenzione di più persone. Ricostruendo le diverse situazioni sintomatologiche comincia ad emergere una fortissima sensibilità al giudizio, con scenari di vergogna e reazioni ereutofobiche connotate da immagini in cui lui è penosamente deriso, dileggiato dal gruppo, tutti si prendono gioco di lui, lo vedono come "imbranato" e (dice con particolare pena) come un "poverino" debole e piagnone. Ricostruiamo bene, in contesti diversi, l'attivazione interna di tali scenari puntando ad un sempre più adeguato riconoscimento, articolazione interna ed espressione dell'emozione corrispondente di vergogna. Le sue capacità di lettura interna e di distanziamento critico sembrano migliorare, così come un po' anche la sintomatologia.

Una svolta importante nel percorso terapeutico si determina un giorno in cui Khalid porta in seduta una situazione un po' penosa che gli è capitata con il capo-reparto, il quale davanti ai colleghi gli ha fatto notare in modo ridanciano e grossolano un suo errore, procurando l'ilarità dei presenti. Lo riporta con dettagli e con una narrazione curiosamente inciampata, tanto da sollecitare nel terapeuta un ampio sorriso. Khalid si ferma, si emoziona, comincia a controllarsi visibilmente e a testa bassa guarda il terapeuta con una sorta di timore. Il terapeuta percepisce una

rottura nella sintonizzazione, le emozioni che Khalid sta esprimendo non sembrano riferirsi all'evento in sé ma a qualcosa che sta accadendo in quel momento tra di loro. Il suo volto diventa tremante e lentamente le lacrime cominciano a scendere con una emozione che sembra un misto di vergogna e di dolore.

Terapeuta e paziente stanno per lungo tempo in silenzio, per poi spostarsi sul piano riflessivo ed elaborativo, chiarendo insieme quanto accaduto tra loro. Si è riproposta anche qui, davanti al terapeuta, la sua paura di sentirsi deriso e considerato un "poverino", tanto che immaginava nella mente del terapeuta esattamente quella parola; in particolare è accaduto ciò che lui sempre ha temuto in pubblico, cioè che a seguito del dileggio lui possa bloccarsi e piangere in quel modo, mostrando così al mondo quella sua vulnerabilità. E questa ora diventa un'occasione particolarmente fruttuosa per approfondire tutta la sua esperienza interna: le sue sensazioni corporee connesse al senso di umiliazione e al pianto, i suoi pensieri su di me, che cosa si aspetta che io pensi e che io faccia adesso. Diventa anche l'occasione per osservare, le possibilità che ha di demarcarsi dal sorriso e dal potenziale pensiero del terapeuta, riferendolo a lui e non a sé, come già abbiamo visto in tante altre situazioni analoghe. Qui risulta tutto più vivido e comprensibile, anche pensieri e immagini relative a suo padre che "sparano" forte nella sua mente.

Cominciano gradualmente ad emergere alcune connessioni significative con la sua storia di sviluppo: alcune situazioni della prima infanzia, nel paese d'origine, di intensa umiliazione nel rapporto con un padre fortemente autoritario, dominante, talvolta apertamente aggressivo nei suoi confronti, ma altre derisorio e sfrontate. Emergono scene molto vivide in cui il padre insiste a lungo nel deriderlo davanti ai sei fratelli (di cui lui è il minore) portando avanti un gioco crudele fino alle lacrime: "Guardate, guardate quel *poverino* di Khalid, guardate che adesso piange! Scommettiamo che adesso piange!?" fino a che pesanti lacrimoni silenziosi gli rigavano il volto, in un vissuto soggettivo di impotenza, di impossibilità a reagire (considerate le caratteristiche del padre) e di vergogna per questa sua intrinseca vulnerabilità emotiva. Lavoriamo con soddisfazione anche su questi aspetti riuscendo, dunque, a cogliere anche in prospettiva storica i suoi modelli relazionali disfunzionali e guadagnando un'accreciuta e più rassicurante demarcazione sé/altro. In alcuni passaggi, riesce in "moviola" anche a provare tenerezza nell'osservare le scene critiche da fuori e compassione verso quel papà, indurito nella sensibilità emotiva dalla sua storia.

Concordo con Bara sul fatto che questi siano momenti particolarmente importanti per il paziente in termini di riconoscimento immediato dei propri modelli relazionali patologici (proprio perché agiti in modo inatteso nel qui ed ora), tuttavia credo che occorra meglio comprendere e verificare il loro grado di centralità all'interno del processo psicoterapeutico. Un enacting costituisce sempre un ottimo esempio, un "campione" chiaro e vivido delle modalità cognitive, emotive e comportamentali del paziente in quanto

Furio Lambruschi

schemi interpersonali. Pertanto, sarà utile lavorarci collaborativamente col paziente, come su qualunque altra area della sua esperienza, tenendo a mente che il materiale interno alla seduta, a differenza di quello esterno, è così emozionante, indipendentemente dal grado di significatività che ha per il paziente, perché coinvolge e trascina il terapeuta coi suoi schemi e i suoi vissuti critici, spesso lo disorienta, lo allarma, lo imbarazza. Questo dunque è sempre l'aspetto da tenere monitorato con maggior cura.

Il terzo asse: competenze metacognitive e relazione terapeutica

L'ingrinarsi dei primi due assi evolutivi ci orienta in modo adeguato nel render conto di come le diverse dimensioni di significato personale possano sostenere le varie manifestazioni psicopatologiche dell'area cosiddetta nevrotica; non rendono però conto degli aspetti processuali e dimensionali della psicopatologia nel suo possibile andamento dal funzionamento "normale", a quello "nevrotico", fino ai più complessi disturbi di personalità e al funzionamento "psicotico". La differenza, come già ci suggeriva Guidano (1987, 1991), sembra risiedere nelle modalità *processuali* di elaborazione di quegli stessi temi, connesse ai livelli diversi di flessibilità, astrazione/concretezza e capacità auto-integranti del sé. Diremmo ora, livelli diversi nelle funzioni di *mentalizzazione* (in prima e/o in terza persona; in termini cognitivi e/o emotivi) che il soggetto sarà in grado di esprimere in contesti diversi (Fonagy e Target, 1997; Fonagy *et al.*, 1995; Fonagy *et al.*, 2002). Nella prospettiva concettuale della terapia metacognitiva interpersonale, similmente, se ne parla in termini di *competenze o deficit metacognitivi* (Semerari, 1999; Dimaggio e Semerari, 2003; Dimaggio *et al.*, 2013; Carcione *et al.*, 2016; Semerari *et al.*, 2014; Pellecchia *et al.*, 2018). Le variabili del *parenting* maggiormente connesse a questa terzo asse, sono quelle relative alle capacità di *insightfulness* (Oppenheim e Koren-Karie 2002) o *mind-mindedness* (Meins, 1997; Meins *et al.*, 2003), vale a dire di mentalizzazione in terza persona sul figlio rappresentato come "agente mentale".

Tutto ciò è chiaramente percepibile, entro la relazione terapeutica, fin dalle prime sedute e talvolta fin dal primo contatto telefonico. Dove mancano le competenze riflessive del sé, rimangono a dominare il campo della coscienza e il campo relazionale pochi e rigidi schemi interpersonali, necessariamente elaborati in termini di angosciose immagini sensoriali e/o agiti impulsivi, non adeguatamente modulati dalla componente più esplicita e proposizionale della conoscenza di sé. Per cui il terapeuta potrà aspettarsi

fin dalle prime battute terapeutiche potenti messe in atto da parte del paziente. Più l'individuo ha sperimentato pericolo e minaccia al sé, più avrà dovuto attrezzarsi con modalità *controllanti ad alto indice* o *distanzianti ad alto indice* (Crittenden, 2008) che anticipano la minaccia e strategicamente tentano di gestirla con l'attivazione di altri sistemi motivazionali (sessuale, agonistico, accuditivo) a vicariare l'impossibilità per il paziente di attivare il sistema dell'attaccamento coi relativi penosi sentimenti di angosciosa vulnerabilità e dolore (Liotti e Farina, 2011).

Dobbiamo rassegnarci al fatto che con questi pazienti non sarà possibile organizzare il setting, gli obiettivi e le procedure tipiche della terapia cognitiva fintanto che non avremo affrontato e gestito le specifiche limitazioni metacognitive e i connessi cicli interpersonali che essi potentemente attivano nel terapeuta. Sarebbe come cercare, con grande frustrazione, di comporre faticosamente un puzzle senza una cornice che ci offra un minimo di sostegno e contenimento, e ci consenta di collocare un tassello alla volta senza che intanto tutto il resto crolli. A questo riguardo, il lavoro pionieristico dei colleghi del Terzo Centro di Terapia Cognitiva di Roma, con tutti i loro più attuali sviluppi (Semerari e Dimaggio, 2003; Dimaggio, 2013; Carcione, Nicolò e Semerari, 2016; Dimaggio, 2019), rappresentano per me, e credo per gran parte del cognitivismo clinico italiano (e non solo), un punto di riferimento fondamentale e una miniera di indicazioni concettuali e metodologiche a cui attingere nella gestione di questi processi interpersonali caratteristici del paziente grave.

Possiamo immaginare fin dall'inizio in questi pazienti un'enorme fatica a mettersi in una posizione di richiesta di aiuto e quindi di percezione e di espressione della propria vulnerabilità. Lo slittamento sul versante della sfidante dominanza agonistica o della sessualità li "aiuta" a non entrare dolorosamente in contatto con tali sentimenti. È il loro modo per tenere lo stato di relazione. Questa consapevolezza, cioè il mantenere questa percezione empatica del paziente rappresenta a mio parere l'unico modo che il terapeuta ha di tenersi minimamente sganciato dai potenti cicli interpersonali entro i quali sarà comunque e inevitabilmente, coinvolto. Tutti sottolineano come centrale la dimensione dell'esperienza empatica nel percorso di cura e quanto può giovare al terapeuta pensare in termini compassionevoli a quel "piccolo gradasso" e al "bambino deprivato" che c'è dietro a pazienti come questi.

D'altra parte, non altrettanto considerato è il problema del giusto timing nel procedere in questo ambito clinico e quali rischi si possano correre forzando troppo precocemente i processi di mentalizzazione. Con la

Furio Lambruschi

possibilità di esporre il paziente a sentimenti di vulnerabilità che non riesce ancora a riconoscere e a gestire e producendo in tal modo resistenza, aggressività sprezzante, o addirittura *drop-out* o sospensioni temporanee della terapia. Mai stimolare troppo precocemente l'attivazione del sistema d'attaccamento, con tutte le tonalità emotive ad esso connesse, attraverso atteggiamenti troppo accuditivi ed "ingenuamente empatici", in pazienti che proprio nell'attivazione di tale sistema hanno vissuto le emozioni più laceranti e disorganizzanti.

Moreno, 38 anni, disturbo narcisista di personalità, arriva spiegandomi che è un terapeuta di formazione umanistica, ma che ne sa a pacchi anche di terapia cognitiva e che forse io gli posso essere d'aiuto per smetterla di perdere tempo nelle sue rimuginazioni su situazioni che l'hanno fatto "incazzare" ("soprattutto a causa di qualche donna cretina") e a cui lui si prepara in modo ancor più efficace e umiliante per la prossima volta. E poi forse se riuscissi a dargli qualche strumento per controllare le sue uscite rabbiose, sarebbe anche contento: "Non che non abbia ragione, ma a volte dovrei forse un po' limitarmi". Guarda nella mia libreria, vede alcuni miei volumi e dice che li conosce, che pur con alcuni dubbi gli sono piaciuti abbastanza e che anche lui ha scritto recentemente un volume interessante che mi porterà firmato. Anzi, dice, "sento molta sintonia con lei... potremmo pensarci a scrivere qualcosa insieme". Da un lato un po' di idealizzazione si può anche reggere e magari all'inizio può anche aiutare la costruzione dell'alleanza di lavoro, ma che non diventi troppo fastidiosamente invischiante o eccessiva, col rischio di costruire una «società di mutua ammirazione» (Gabbard e Crisp, 2018) fra paziente e terapeuta. Mi dice che il Centro gli piace e che forse potrebbe venire anche lui a lavorare lì, magari come responsabile della sezione *Mindfulness*.

Poi mi descrive il suo ultimo incontro sentimentale con Bianca: "l'ho portata nella mia casa di campagna, l'ho spogliata, l'ho bendata, le ho legato i polsi e l'ho stretta alla ringhiera delle scale, l'ho fotografata, poi ho spento la luce e l'ho lasciata lì mentre andavo all'outlet. Ho preso due cose carine per me ma anche un vestito carino per lei... lei è una mia creatura... la sto plasmando a mio piacimento... conto di renderla perfetta per me. Quando sono ritornato a prenderla (dice ridacchiando), lei ovviamente è confusa, mi guarda e mi dice agitata 'Tu non sei normale!!'. Le rispondo: 'Brava, questo è quello che voglio sentirmi dire da te. Se c'è una cosa che odio è essere normale!'" Dopo di che, slitta sul versante seduttivo/fascinoso, tira fuori il vestito e glielo prova.

Dopo quattro mesi di terapia l'alleanza di lavoro con *Moreno*, sembra faticosamente costruita e pare che il paziente cominci a sentire il terapeuta come validatore autorevole della sua esperienza, comincia a portare materiale caldo in seduta, soprattutto riguardo alle sue eccessive reazioni di rabbia nel rapporto con una nuova "fiamma". Sembra proprio che abbia voglia di lavorarci. Facciamo una dettagliata ricostruzione in moviola di un episodio critico, uno "sbrocco" di rabbia

pesante con lei; delicatamente e miracolosamente riusciamo a intercettare e a condividere per un attimo alcuni suoi sentimenti di percepito rifiuto/umiliazione nel comportamento di lei, a cui immediatamente segue l'agito rabbioso. Ci siamo un attimo, lui ha cambiato espressione facciale, sembra un po' intristito. La mia parte funambolica si infervora, non mi sembra vero, per cui vado anche a sondare le implicazioni corporee di questo sentimento di umiliazione (dove lo sente e come lo sente). Mi indica il collo, una specie di "magone", gli chiedo di chiudere gli occhi e di starci. Sono quasi sul punto di tentare un "affetto ponte" chiedendogli di farsi guidare da queste sensazioni, andando indietro, notando dove gli sia capitato di provarle. Moreno si scrolla un po', apre gli occhi, mi guarda, attiva un ghigno rabbioso e dice: "Sa dottore qual è il problema? Il problema è che le donne, compresa mia mamma (là è andato troppo precocemente il suo affetto ponte) sono tutte delle teste di c...!!! Decerebrate e ritardate, mongoloidi e decerebrate!!".

Dunque, sempre con tanta accettazione per i propri inevitabili errori terapeutici e per la propria umanità, cerchi il terapeuta di non illudersi che quattro mesi di terapia con un paziente come questo siano sufficienti per consentirsi cotanta velleità terapeutica e spinta mentalizzante. Arrivano infatti "inaspettatamente" problemi di lavoro che lo costringono ad interrompere la terapia per qualche settimana. Alla seduta successiva, ritrova il suo terapeuta, in buon assetto cooperativo, pronto a un nuovo ciclo di riparazione, prima di risalire di nuovo con lui sulle montagne russe.

BIBLIOGRAFIA

- Aspland H., Llewelyn S.P., Hardy G.E., Barkham M., Stiles W. (2008). Alliance ruptures and rupture resolution in cognitive-behavior therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research*, 18: 699-710. doi: 10.1080/10503300802291463
- Baldoni F. (2008). L'influenza dell'attaccamento sulla relazione clinica: collaborazione, collusione e fallimento riflessivo. *Maieutica*, 27-30 (Giugno 2007-Giugno 2008): 57-72.
- Baldoni F. (2013). Psicoterapia e attaccamento. Il paradigma dell'attaccamento nella pratica clinica. In: Lazzari D. (a cura di), *Psicoterapia: effetti integrati, efficacia e costi-benefici*. Milano: Tecniche Nuove, pp. 106-140.
- Baldoni F., Campailla A. (2017). Attaccamento, working alliance e relazione terapeutica: cosa rende efficace una psicoterapia? *Giornale Italiano di Psicologia* (ISSN 0390-5349) 4: 2017.
- Bara B. (2018). *Il terapeuta relazionale: tecnica dell'atto terapeutico*. Torino: Bollati Boringhieri.

Furio Lambruschi

- Beck A.T. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press (trad. it. *Principi di terapia cognitiva*. Roma: Astrolabio, 1984).
- Bennett D., Parry G., Ryle A. (2006). Resolving threats to the therapeutic alliance in cognitive analytic therapy. *Psychology and Psychotherapy*, 79: 395-418. doi: 10.1348/147608305X58355.
- Black S., Gillian H., Graham T., Glenys P. (2005). Self reported attachment styles and therapeutic orientation of therapists and their relationship with reported general alliance quality and problems in therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78: 363-377, The British Psychological Society. doi: 10.1348/147608305X43784.
- Bordin E.S. (1979). The Generalizability of Psychoanalytic Concept of Working Alliance, *Psychotherapy*, 1: 69-81.
- Bromberg P.M. (2011). *The Shadow of the Tsunami: and the Growth of the Relational Mind*. New York: Routledge, Taylor and Francis Group, Hove (trad. it.: *L'ombra dello tsunami: La crescita della mente relazionale*. Milano, Raffaello Cortina, 2012).
- Bruck E., Winston A., Aderholt S., Muran J. C. (2006). Predictive Validity of Patient and Therapist Attachment and Introject Styles. *American Journal of Psychotherapy*, 20: 4. doi: 10.1176/appi.psychotherapy.2006.60.4.393
- Carcione N., Nicolò G., Semerari A. (a cura di) (2016). *Curare i casi complessi: la terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Roma-Bari: Laterza.
- Cash S.K., Hardy G.E., Kellett S., Parry G. (2014). Alliance ruptures and resolution during cognitive behaviour therapy with patients with borderline personality disorder, *Psychotherapy Research*, 24, 2: 132-145. doi: 10.1080/10503307.2013.838652
- Crittenden P.M. (2008). *Il modello dinamico-maturativo dell'attaccamento*. Milano: Edizioni Libreria Cortina.
- Crittenden P.M., Landini A. (2011). *Assessing Adult Attachment: A Dynamic-Maturational Approach to Discourse Analysis*. New York: W.W. Norton & Company.
- Dimaggio G., Montano A., Popolo R., Salvatore G. (2013). *Terapia metacognitiva interpersonale dei Disturbi di Personalità*. Milano: Raffaello Cortina.
- Dimaggio G., Semerari A. (2003). *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento*. Roma-Bari: Laterza.
- Dimaggio G., Ottavi P., Popolo R., Salvatore G. (2019), *Corpo, immaginazione e cambiamento: terapia metacognitiva interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Dozier M., Cue K., Barnett L. (1994). Clinicians as caregivers. Role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62: 793-800. doi: 10.1037//0022-006x.62.4.793
- Filippini S., Ponsi M. (1993). Enactment, *Riv. Psicoanal.*, 39(3): 501-516.
- Fonagy P., Target M. (1977). Attachment and Reflective Function: Their Role in

La gestione della relazione terapeutica in un'ottica cognitivo-costruttivista ed evolutiva

- Self-Organization, *Dev. Psychopathol.*, 9: 679-700 (trad. it.: Attaccamento e funzione riflessiva: il loro ruolo nell'organizzazione del Sé. In: Fonagy P., Target M. (a cura di), *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina, 2001).
- Fonagy P., Steele M., Steele H., Leigh T., Kennedy R., Mattoon G., Target M. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. In: Goldberg S., Muir R., Kerr J. (eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ, US: Analytic Press, Inc., pp. 233-278.
- Fonagy P. et al. (2002). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo di sé*, Milano: Raffaello Cortina.
- Gabbard G.O., Crisp H. (2018). *Narcissism and its discontents*. Washington, DC: APA Publishing (trad. it.: *Il disagio del narcisismo*. Milano: Raffaello Cortina, 2019).
- Gersh E., Leiman, M., Hulbert C., McCutcheon L., Burke E., Valkonen H., Tikkanen S., Chanen A. (2017). Alliance rupture and repair processes in borderline personality disorder: A case study using dialogical sequence analysis. *Counselling Psychology Quarterly*. doi: 10.1080/09515070.2017.1331203
- Gilbert P., Leahy R.L. (2007), *The therapeutic relationship in the cognitive Behavioral Psychotherapy*. London: Routledge (trad. it.: *La relazione terapeutica in terapia cognitivo comportamentale*. Firenze: Eclipsi, 2009).
- Guidano V.F. (1987), *Complexity of the Self*. New York: Guilford (trad. it.: *La complessità del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri, 1988).
- Guidano V.F. (1991). *The Self in Process: toward a Post-Rationalist Cognitive Therapy*. New York: Guilford (trad. it.: *Il Sé nel suo divenire: verso una terapia cognitiva post-razionalista*. Torino: Bollati Boringhieri, 1992).
- Guidano V.F., Liotti G. (1983). *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. New York: Guilford (trad. it.: *Processi cognitivi e disregolazione emotiva*. Edizioni Apertamenteweb, 2018).
- Greenson R.R., Wexler M. (1969). The Non-Transference Relationship in the Psychoanalytic Situation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 50: 27-39.
- Jacobs Th. (1986). On contertransference enactments. *Journ. of Am. Psychoan. Ass.*, 34: 289-307.
- Holmes J. (2009). Commentary on dinger et al.: therapist's attachment, interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(3): 291-294. doi: 10.1037/a0016914
- Hill C.E. (2004). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hill C.E., Sim W., Spangler P., Stahl J., Sullivan C., Teyber E. (2008). Therapist immediacy in brief psychotherapy therapy: Case study II. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45: 298-315. doi: 10.1037/a0013306

Furio Lambruschi

- Kazantzis N., Dattilo M.F., Dobson K.S. (2017). *The therapeutics relationship in cognitive-behavioral therapy: a clinician's guide* (trad. it.: *La relazione terapeutica in terapia cognitivo-comportamentale: manuale per il professionista*. Roma: Giovanni Fioriti, 2019).
- Lambruschi F. (a cura di) (2014). *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva: procedure d'assessment e strategie psicoterapeutiche. Seconda Edizione*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Lambruschi F. (2018). Un modello a tre assi di concettualizzazione del caso in un'ottica costruttivista, evolutiva e interpersonale. *Cognitivismo Clinico*, 15(2): 145-159.
- Lambruschi F., Lenzi S. (2014). Sviluppo del modello clinico cognitivista in età evolutiva. In: Lambruschi F. (a cura di), *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva: procedure d'assessment e strategie psicoterapeutiche*. II ed., Torino: Bollati Boringhieri.
- Liotti G. (2001). *Le opere della coscienza*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti G., Farina B. (2011), *Sviluppi traumatici: eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti G., Monticelli F. (a cura di) (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti G., Monticelli F. (a cura di) (2014). *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Mallinckrodt B. (2000). Attachment, social competencies, social support, and interpersonal process in psychotherapy. *Journal of the Society for Psychotherapy Research*, X, 3: 239-266. doi: 0.1037/0022-0167.52.3.358
- Mallinckrodt B., Porter M.J., Kivlighan D.M. (2005). Client attachment to therapist, depth of in-session exploration, and object relations in brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42: 85-100. doi: 10.1037/0033-3204.42.1.85.
- Mancini F. (a cura di) (2016). *La mente ossessiva: curare il disturbo ossessivo compulsivo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Meins E. (1997). *Security of Attachment and the Social Development of Cognition*. New York: Psychology Press, Taylor and Francis Group, Hove (trad. it.: *Sicurezza e sviluppo sociale della conoscenza*. Milano: Raffaello Cortina, 1999).
- Meins E. et al. (2003). Pathways to understanding mind: Construct validity and predictive validity of maternal mind-mindedness. *Child Development*, 74: 1194-1211.
- Meyer B., Pilkonis P. (2001). Attachment style. *Psychotherapy*, 38: 466-472.
- Mohr J.J., Gelso C.J., Hill C.E. (2004). Client and counselor trainee attachment as predictors of session evaluation and countertransference behavior in first counseling sessions. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3): 298-309.
- Nardi B. (2007). *Costruirsi: sviluppo e adattamento del Sé nella normalità e nella patologia*. Milano: FrancoAngeli.
- Nardi B. (2013). *La coscienza di sé: origine del significato personale*. Milano: FrancoAngeli.

- Nardi B. (2017). *Organizzazioni di Personalità: normalità e patologia psichica*. Ancona: Accademia dei Cognitivi della Marca.
- Pellecchia G., Moroni F., Colle L., Semerari A., Carcione A., Fera T., Fiore D., Nicolò G., Pedone R., Procacci M. (2018). Avoidant personality disorder and social phobia: Does mindreading make the difference? *Comprehensive Psychiatry*, 80: 163-169. doi: 10.1016/j.comppsy.2017.09.011
- Romano V., Janzen J., Fitzpatrick M. (2009). Volunteer client attachment moderates the relationship between trainee therapist attachment and therapist interventions. *Psychotherapy Research*, 19(6): 666-676. doi: 10.1080/10503300902926547
- Rubino G., Barker C., Roth T., Fearon P. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures. *Psychotherapy Research*, 10: 408-420. doi: 10.1093/ptr/10.4.408
- Safran J.D., Muran J.C. (2000) *Negotiating the Therapeutic Alliance: a Relational Treatment Guide* (trad. it.: *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*, Roma-Bari: Laterza, 2003).
- Safran J.D., Muran J.C., Samstag L.W., Stevens C. (2002). Repairing alliance ruptures. In: Norcross J.C. (ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press, pp. 235-255.
- Safran J.D., Segal Z.V. (1990). *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. New York: Basic Books (trad. it.: *Il processo interpersonale nella terapia cognitiva*. Milano: Feltrinelli, 1993).
- Semerari A. (1991). *I processi cognitivi nella relazione terapeutica*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Semerari A. (a cura di) (1999). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*. Milano: Raffaello Cortina.
- Semerari A., Colle L., Pellecchia G., Buccione I., Carcione A., Dimaggio G., Nicolò G., Procacci M., Pedone R. (2014). Metacognitive Dysfunctions in personality disorders: correlations with disorders severity and personality styles. *Journal of Personality Disorders*, 28: 137. doi: 10.1521/pedi_2014_28_137
- Slade A. (2008). Le implicazioni della teoria e della ricerca sull'attaccamento per la psicoterapia dell'adulto. Prospettive cliniche e di ricerca. In: Cassidy J., Shaver P.R. (a cura di) (2010), *Manuale dell'attaccamento: Teoria ricerca e applicazione clinica* (2^a ed.), Roma: Giovanni Fioriti, pp. 877-899.
- Storolov R., Brandchaft B., Atwood G. (1994). *Psychoanalytic Treatment: an intersubjective approach*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Sullivan H.S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: W.W. Norton (trad. it.: *Teoria Interpersonale della Psichiatria*. Milano: Feltrinelli, 1962).
- Tenore K. (2016). Il lavoro sulla vulnerabilità storica. In: Mancini F., a cura di, *La mente ossessiva: curare il disturbo ossessivo compulsivo*. Milano: Raffaello Cortina.

Furio Lambruschi

- Tyrrell C. *et al.* (1999). Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders. The importance of attachment states of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67: 725-733. doi: 10.1037//0022-006x.67.5.725
- Wells A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: The Guilford Press (trad. it.: *Terapia Metacognitiva dei disturbi d'ansia e della depressione*. Firenze: Eclipsi, 2012).