

# **LA RELAZIONE TERAPEUTICA IN TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE**

**Paul Gilbert & Robert R. Leahy**

Edizione italiana a cura di Carmelo La Mela, Nicola Marsigli, Gabriele Melli

**ECLIPSI**

Traduzione italiana di:

**The Therapeutic Relationship in the  
Cognitive Behavioral Psychotherapies**

Edited by: Paul Gilbert & Robert R. Leahy

Traduzione: Elena Paoli

Cura: Carmelo La Mela, Nicola Marsigli, Gabriele Melli

Videimpaginazione: Camilla Romoli

Copyright © 2007      Routledge  
www.routledge.com

Copyright © 2009      Eclipsi di Mindgest srl  
Via Mannelli 139  
50132 Firenze  
Tel. 055-2466460  
www.eclipsi.it

978-88-89627-02-0

*I diritti di traduzione, di riproduzione, di memorizzazione elettronica, di adattamento totale e parziale con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i paesi.*

# SOMMARIO

Gli autori	
Prefazione	
Parte I – Concetti fondamentali	1
1. Introduzione e presentazione dell'opera	3
2. La relazione terapeutica e il cambiamento del paziente	27
3. Emozione e relazione terapeutica nella terapia focalizzata sulle emozioni	49
4. La relazione terapeutica. Transfert e processi socio-cognitivi	73
5. Riconoscere e risolvere le rotture nella relazione terapeutica	103
6. Mente evoluta e compassione nella relazione terapeutica	123
7. I modelli operativi interni dell'attaccamento nella relazione terapeutica	165
Parte II – La relazione terapeutica nelle specifiche terapie cognitive	187
8. La relazione terapeutica con pazienti difficili da agganciare in psicoterapia cognitiva	189
9. La relazione terapeutica nella terapia dialettico-comportamentale	211

10. Terapia dell'accettazione e dell'impegno nell'azione (ACT) per rafforzare la relazione terapeutica	233
11. Incompatibilità tra schemi nella relazione terapeutica	261
12. Il sé e l'autoriflessività nella relazione terapeutica	289

# GLI AUTORI

**SUSAN M. ANDERSEN** è professoressa di psicologia e responsabile dei programmi di dottorato in psicologia sociale alla New York University (NYU). Specializzata in psicologia clinica e della personalità; per oltre 10 anni ha lavorato ai progetti di ricerca clinica presso la NYU, dove ha anche svolto la funzione di supervisione dei tirocini clinici. È membro del comitato scientifico della rivista *Self and Identity* e Former Associate Editor di *Psychological Review*, *Journal of Personality and Social Psychology*, *Social Cognition* e *Journal of Social and Clinical Psychology*.

**MICHAEL BARKHAM** è professore di psicologia clinica e counselling; è Direttore del Psychological Therapies Research Centre alla University of Leeds. È professore a contratto presso l'University of Sheffield e la Northumbria Newcastle University; inoltre, è Joint Editor del *British Journal of Clinical Psychology*.

**JAMES BENNETT-LEVY** PhD è psicologo clinico presso il Cognitive Therapy Centre di Oxford. Ha elaborato e valutato un “modello di training” per psicoterapeuti cognitivi conosciuto come self-practice/self-reflection (SP/SR), che sottolinea l'importanza della formazione personale nel training di terapia cognitiva. Recentemente, ha proposto un modello per favorire lo sviluppo di abilità terapeutiche che offre una nuova prospettiva sul modo nel quale un terapeuta può acquisire e migliorare le proprie capacità.

**JANE CAHILL** è una ricercatrice con una vasta esperienza circa la progettazione di interventi nel campo della salute mentale e delle istituzioni sanitarie; si occupa anche di ricerca sull'efficacia della terapia.

**PAUL GILBERT** è professore di psicologia clinica alla University of Derby e Direttore della Mental Health Research Unit. È Past President della British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies e membro della British Psychological Society. Ha scritto e fatto ricerca nell'ambito dei disturbi dell'umore, sul tema della vergogna e della compassione; è inoltre formatore in compassionate mind training.

**LESLIE S. GREENBERG** è professore presso il dipartimento di psicologia della York University e direttore della Psychotherapy Research Clinic. È Past President della Society for Psychotherapy Research e ha ricevuto dalla stessa associazione un riconoscimento ufficiale per le ricerche svolte nella sua carriera. Si è occupato

molto del ruolo delle emozioni in psicoterapia. Il suo più recente libro è infatti intitolato: "Emotion-focused Therapy of Depression". Ha condotto training sulla terapia focalizzata sulle emozioni sia per singoli soggetti che per coppie.

**GILLIAN HARDY** è professoressa di psicologia clinica alla University of Sheffield ed è Joint Editor del British Journal of Clinical Psychology. Ha pubblicato numerosi articoli nell'ambito della ricerca sui processi in psicoterapia.

**STEVEN C. HAYES** PhD è professore presso il dipartimento di psicologia della University of Nevada. È autore di 27 libri e 360 articoli scientifici. I suoi lavori hanno analizzato la natura del linguaggio umano e la cognizione, nonché la loro utilità nell'aiutare a comprendere e attenuare la sofferenza.

**HEIDI L. HEARD** PhD è un supervisore in terapia comportamentale a Seattle. È autrice di numerosi articoli sul disturbo borderline di personalità e sulla terapia dialettico-comportamentale. Mentre lavorava alla University of Wales, ha fondato il British Isles DBT Training e ne è stata direttrice fino al suo rientro negli USA. È attualmente docente presso la University of Washington. La sua corrente ricerca si focalizza sull'efficacia della DBT.

**ADRIENNE W. KATZOW** MA è una dottoranda in psicologia clinica presso la New School for Social Research. Si occupa attualmente della teoria dell'attaccamento e dei processi mentali dei terapeuti.

**ROBERT L. LEAHY** PhD è presidente dell'International Association of Cognitive Psychotherapy, President-Elect dell'Academy of Cognitive Therapy e professore di psicologia alla Weill-Cornell University Medical School. È membro del comitato scientifico del Journal of Cognitive Psychotherapy; curatore ed autore di 14 libri.

**GIOVANNI LIOTTI** MD è psichiatra e psicoterapeuta, Past President della Società Italiana di Terapia Cognitivo Comportamentale (SITCC); fondatore e Past President dell'Associazione per la Ricerca sulla Psicopatologia dell'Attaccamento e dello Sviluppo (ARPAS). Insegna le applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento presso numerose scuole di psicoterapia in Italia. Ha pubblicato con G.F. Guidano il volume Cognitive process and Emotional Disorders (1983), uno dei primi contributi sull'integrazione tra terapia cognitiva e teoria dell'attaccamento. Da allora, ha focalizzato i propri studi sul legame tra attaccamento disorganizzato e disturbi dissociativi, pubblicando numerosi articoli, capitoli e libri in italiano, inglese, spagnolo e tedesco.

**REGINA MIRANDA** è professoressa a contratto in psicologia presso l'Hunter College of the City University of New York, dove dirige l'Experimental Psychopathology and Mood Disorders Lab. È anche professoressa a contratto in psicologia medica presso la Columbia University, College of Physicians and Surgeons. Si è specializzata in psicologia clinica presso la New York University; le sue ricerche si focalizzano sullo studio dei processi cognitivi e sociali che contribuiscono ad originare e mantenere il disturbo depressivo, oltre a quelli che aumentano la vulnerabilità ai comportamenti e ai pensieri suicidari.

**CORY F. NEWMAN** PhD è direttore del Center for Cognitive Therapy, nonché professore associato di psicologia presso l'University of Pennsylvania School of Medicine. Il Dr. Newman è un membro dell'American Board of Professional Psychology; è specializzato in psicologia comportamentale; è membro dell'Academy of Cognitive Therapy. È autore di moltissimi articoli e capitoli, nonché di quattro libri sulla terapia cognitiva per il trattamento di diverse patologie.

**HEATHER PIERSON** MA è un dottorando in psicologia presso la University of Nevada; è ricercatore per il Program Evaluation and Resource Center presso il VA Palo Alto Health Care System.

**JEREMY D. SAFRAN** PhD è professore di psicologia clinica alla New School for Social Research di New York e direttore della stessa. È anche ricercatore al Beth Israel Medical Center. È autore di molti libri, tra i quali possiamo annoverare "Emotion in Psychotherapy", "Interpersonal Process in Cognitive Therapy", "Widening the Scope of Cognitive Therapy", "Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide", e "Psycho-analysis and Buddhism: An Unfolding Dialogue".

**MICHAELA A. SWALES** PhD è psicologo clinico presso il North Wales Adolescent Service, Conwy & Denbighshire NHS Trust, e esperto in psicologia clinica presso la School of Psychology, University of Wales Bangor. È attualmente direttore del DBT Training nel Regno Unito.

**RICHARD THWAITES** è uno psicologo clinico presso il NHS ed esperto in terapia cognitivo-comportamentale presso il St Martin's College, Carlisle. Si è occupato di relazione terapeutica e di processi interpersonali nella terapia cognitivo-comportamentale. Attualmente conduce ricerche che indagano gli effetti dei self-practice/self-reflection programmes (SP/SR) sui livelli di empatia negli specializzandi in terapia cognitivo-comportamentale.



# PREFAZIONE

Partecipando a simposi sul tema della relazione terapeutica ed organizzandoli, abbiamo notato come i colleghi siano spesso impazienti di capire maggiormente “come relazionarsi con il paziente” e rendere la terapia più efficace. Pur riconoscendo l'importanza delle tecniche e dei “protocolli terapeutici ufficiali”, ci siamo resi conto anche di quanto questi strumenti si rivelino spesso insufficienti di fronte ad episodi di drop-out.

È ormai evidente come alcuni terapeuti siano capaci di entrare in relazione con il paziente, riducendo il numero di abbandoni prematuri della terapia e mantenendosi aperti e flessibili nei momenti di difficoltà, mentre altri, pur essendo altrettanto competenti, coscienziosi e professionalmente preparati nell'utilizzo delle varie tecniche terapeutiche, abbiano invece notevoli difficoltà nel sostenere la motivazione del paziente o nel “sintonizzarsi” con lui. Anche noi, grazie alla nostra esperienza come didatti, ci siamo resi conto di questa realtà e ci siamo chiesti se l'acquisizione di abilità relazionali di base e di un certo buon senso, indispensabili al terapeuta nello svolgimento della sua attività clinica, non sia un argomento che spesso viene sottovalutato, dato per scontato o trattato in maniera soltanto marginale in molti contesti formativi, così come in molti manuali. Pur essendo tutti d'accordo nel considerare la psicoterapia molto più di una semplice “applicazione di una serie di tecniche” (dato che implica la costruzione di una relazione interpersonale, che a sua volta può aumentare o diminuire l'efficacia del trattamento), è tuttavia risaputo come molto spesso i terapeuti di altri orientamenti rivolgano delle critiche a quelli di orientamento cognitivo-comportamentale, accusandoli di sottovalutare gli aspetti più profondi e l'importanza della relazione terapeutica. Pur considerando eccessive le critiche mosse nei nostri confronti, riteniamo tuttavia che non siano del tutto peregrine e che noi terapeuti cognitivo-comportamentali potremmo incrementare l'efficacia del trattamento se ci impegnassimo di più nel comprendere e nel gestire la relazione terapeutica. Proprio perché il nostro orientamento vanta un approccio scientifico, ci sembra fondamentale che il percorso di formazione in terapia cognitivo-comportamentale si aggiorni costantemente in base alle conoscenze che di volta in volta vengono acquisite su come le relazioni interpersonali influenzano la nostra mente.

Alla luce di queste considerazioni, abbiamo iniziato a valutare l'idea di scrivere un libro sulla relazione terapeutica in terapia cognitivo-comportamentale e qualche tempo dopo, al congresso annuale della British Association of Behavioural and

Cognitive Psychotherapy presso l'Università di York, tenutosi nel mese di luglio del 2003, abbiamo deciso di dare avvio a questo progetto. Paul aveva già lavorato molto sul tema della *compassion* in psicoterapia, mentre Bob si era focalizzato sulla validazione emotiva; discutendo con altri colleghi, ci rendemmo conto di quanto la relazione terapeutica fosse argomento di forte interesse e acceso dibattito anche nel contesto della CBT. Ci apparve chiaro quanto i concetti di “*transfert*” e di “*controtransfert*” fossero da sempre oggetto anche della CBT, pur essendo considerati principalmente come assunti di base e schemi interpersonali, da sottoporre ad una ristrutturazione cognitiva come qualsiasi altra credenza. Ricerche recenti, inoltre, stavano mettendo in evidenza nuovi processi e nuove tematiche che hanno un ruolo determinante nella relazione terapeutica: l'elaborazione cognitiva inconscia, la capacità di riconoscere le proprie emozioni, le abilità sociali, i principi dell'attaccamento, la *compassion*, la *mindfulness*, gli schemi cognitivi e i cicli interpersonali. Crediamo sia importante approfondire il ruolo di ognuno di questi aspetti nella relazione terapeutica, per poterli sfruttare al meglio nella pratica clinica.

Con l'obiettivo di favorire lo sviluppo di una maggiore comprensione della relazione terapeutica in terapia cognitivo-comportamentale, decidemmo di invitare alcuni nostri colleghi ad esplorare queste tematiche. Certi hanno declinato l'invito, altri non hanno portato a termine il proprio contributo, ma gli autori di questo volume hanno lavorato a questo progetto con grande entusiasmo, condividendo con noi molte idee e intuizioni interessanti, convinti, come noi, che ormai da tempo fosse necessario prestare maggiore attenzione alla relazione terapeutica e riflettere sulla divergenza di opinioni che si configura su questo tema all'interno del nostro orientamento. Abbiamo posto ai nostri collaboratori, perciò, un elenco di domande sugli aspetti che noi ritenevamo più significativi, facendo loro presente come esse volessero fornire soltanto delle linee guida e invitandoli ad affrontare liberamente qualsiasi altro argomento ritenessero rilevante. Le domande proposte erano le seguenti:

È nota l'importanza delle modalità relazionali adottate dal terapeuta nei confronti del paziente nelle fasi iniziali della terapia, nel tentativo, ad esempio, di farlo sentire al sicuro e motivarlo a continuare la terapia. La creazione di una sensazione di “sicurezza” potrebbe essere un aspetto fondamentale per preparare il paziente ad impegnarsi e intraprendere un percorso di cambiamento. Qual è la vostra opinione riguardo, ad esempio, al ruolo che a questo scopo rivestono la comunicazione e gli aspetti non verbali, il tono di voce utilizzato, l'utilizzo dei metodi socratici, il tipo di “conversazione”? Quale diverso impatto ha, secondo voi, un invito all'esplorazione di sé rispetto ad una proposta di formulazione o di concettualizzazione del caso?

Qual è, in CBT, il ruolo della relazione terapeutica nell'affrontare le rotture terapeutiche, le difficoltà, la definizione delle regole e dei limiti terapeutici e di altri aspetti simili?

In psicoterapia due persone interagiscono costantemente l'una con l'altra. Qual è la vostra concettualizzazione riguardo al processo dinamico di transfert e controtransfert? Fino a che punto vi lasciate guidare dai pensieri e dai sentimenti suscitati in voi dall'interazione con il paziente nell'impostazione degli interventi e del percorso terapeutico?

Come affrontate la conclusione di una terapia? Quali argomenti trattate con il paziente? Come gestite i problemi legati alle ultime fasi della terapia, quali la dipendenza o l'apparente indifferenza di un narcisista?

I prossimi capitoli ci daranno l'opportunità di comprendere come la relazione terapeutica possa essere analizzata nei suoi aspetti più profondi, possa essere approfondita, arricchita ed utilizzata con maggiore efficacia nella CBT. Anche se non ci è stato possibile includere in un solo volume tutti i modelli teorici rilevanti, speriamo che il lettore possa ricavare da questa opera un'idea generale di quanto complessi e attuali siano gli argomenti trattati. Auspichiamo anche che l'impostazione scientifica e, per propria natura, esplorativa della CBT sia in grado di favorire l'elaborazione di nuovi interventi, nuove strategie e nuove concettualizzazioni per affrontare e definire gli aspetti centrali della relazione terapeutica in psicoterapia.

Ringraziamo, infine, tutti quanti gli autori per aver reso così piacevole e stimolante il nostro lavoro di curatori.

Paul Gilbert e Robert L. Leahy  
Marzo 2006



# RINGRAZIAMENTI

Paul Gilbert: desidero ringraziare il Derbyshire Mental Health Trust e la University of Derby per il loro continuo supporto alla Mental Health Research Unit. L'unità è stata fondata nel 1996 grazie alla collaborazione delle due istituzioni e ci è dato la possibilità di sviluppare un programma di ricerca sul tema della vergogna e sui possibili interventi terapeutici su di essa. Un ringraziamento speciale va a Chris Irons, per il suo contributo così prezioso alla ricerca sul tema della *compassionate mind*. Ringrazio Chris Gillespie, non solo perché, in qualità di responsabile dell'unità di psicologia, sostiene il nostro lavoro da molti anni, ma anche perché è grazie a lui che sono riuscito a capire quanto sia importante sviluppare le abilità relazionali di base per il potenziamento della relazione terapeutica. Il mio collega Tom Schroder tiene il corso di terapia psicodinamica alla University of Derby ed è recentemente diventato responsabile dell'Unità di psicologia clinica a Nottingham. Da molti anni confrontiamo le nostre idee e ci facciamo supervisione l'un l'altro; desidero ringraziarlo per la sua apertura mentale, la sua grande esperienza e la sua immensa cultura. Al momento, Tom ed io stiamo conducendo uno studio qualitativo sulla vergogna fra gli psicoterapeuti. La British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapy ci ha dato un supporto importantissimo, sostenendo i nostri progetti di lavoro in numerosi approcci innovativi della CBT, inclusi i training per lo sviluppo della *mindfulness* e della *compassion*. Essa non solo è l'associazione che più di tutte ci ha dato supporto nel corso degli anni, ma è anche quella che ha messo a nostra disposizione l'aula conferenze nella quale organizziamo i corsi sulla relazione terapeutica e per questo le siamo estremamente riconoscenti. Scrivere questo libro sarebbe stato molto più difficile senza l'aiuto della mia devota segretaria, Diane Woollands, e il suo certosino lavoro di revisione e controllo dei riferimenti bibliografici.

Robert Leahy: desidero ringraziare la Foundation for the Advancement of Cognitive Therapy per averci sostenuto e, in particolare, il Gorge F. Baker Trust e il Robert Wood Johnson IV Charitable Trust per averci dato i loro finanziamenti. Desidero anche ringraziare Beth Elliot e Rena Shulsky per avermi supportato in modo così significativo nel corso del mio lavoro. Ringrazio i miei colleghi dell'American Institute for Cognitive Therapy per il loro aiuto, le loro idee e le loro brillanti intuizioni. In particolare, Daniella Kaplan, Lisa Napoletano e Tennis Tirsch per la validità delle loro ipotesi sulla natura delle relazioni e delle emozioni. Un ringraziamento speciale va al mio assistente di ricerca, David Fazzari, che ha

avuto un ruolo fondamentale nel nostro programma di studi. Grazie anche a Philip Tata della BABCP per l'amicizia, l'incoraggiamento e l'affetto dimostratomi.

Naturalmente, le nostre conoscenze e le nostre intuizioni sull'argomento sarebbero state alquanto limitate se non avessimo avuto il supporto e la guida dei nostri pazienti. Entrambi desideriamo ringraziarli di cuore per averci aiutato a capire l'importanza della relazione terapeutica, soprattutto durante i loro momenti più difficili. Soltanto l'esperienza permette di comprendere gli aspetti più profondi di una relazione. Entrambi abbiamo avuto la fortuna di trovare delle partner con le quali è stato possibile affrontare un percorso di crescita; siamo riconoscenti alle nostre mogli per il loro amore, la loro pazienza e il loro sostegno. Bob è grato a Helen per aver sopportato le sue preoccupazioni ossessive per il lavoro e il suo "eccessivo" senso dell'umorismo, spesso contagioso. Paul è grato a Jean per il suo amore, la sua profonda amicizia, l'incoraggiamento che gli ha sempre dato nel corso degli anni e per saper ascoltare sempre con un sorriso sulle labbra i CD con le sue (terribili) performance da chitarrista. Probabilmente aveva ragione quando gli consigliava di "non lasciare mai la professione di psicologo".

Per questi, e per altri motivi, dedichiamo questo libro alle nostre amate e pazienti mogli, Jean e Helen.

PARTE I

**CONCETTI FONDAMENTALI**



# 1

## INTRODUZIONE E PRESENTAZIONE DELL'OPERA

### GLI ASPETTI CENTRALI DELLA RELAZIONE TERAPEUTICA

Paul Gilbert and Robert L. Leahy

#### **BACKGROUND**

Da secoli l'uomo tenta di guarire i propri simili avvalendosi della relazione che si viene a formare tra “guaritore” e “sofferente” (Ellenberger, 1970). Già nell'Antica Grecia, più di duemila anni fa, Ippocrate sottolineava come la relazione medico-paziente fosse un elemento cruciale del processo di guarigione. Csordas (1996, 2002) mette in evidenza come, in altri contesti culturali, il processo di guarigione implichi spesso “eventi rituali”, quali comportamenti pubblici, pratiche di focalizzazione sul processo di guarigione (ad esempio, sul corpo e/o sullo spirito), atti impositivi (quali imporre le mani o parlare in altre lingue) e l'uso dell'arte della *retorica* per creare un universo di significati all'interno del quale possa avere luogo il processo di guarigione. Secondo Csordas, “la retorica della trasformazione raggiunge i propri obiettivi terapeutici poiché favorisce lo sviluppo di una predisposizione alla guarigione, si avvale di esperienze legate alla tradizione religiosa, permette di elaborare alternative precedentemente non ponderate e rende attuabile il cambiamento attraverso la definizione di una serie di trasformazioni gradualità” (Csordas, 1996, p. 94). In questi contesti, i poteri attribuiti al guaritore hanno una costruzione sociale e, insieme alle esperienze emozionali e relazionali condivise da sofferente e guaritore e al percorso concordato per raggiungere il cambiamento, sono fondamentali per il buon esito della terapia.

Anche se Franz Anton Mesmer (1734-1815) era convinto di aver trovato una forma di energia da poter utilizzare per guarire i propri pazienti, molti sono convinti che le sue abilità terapeutiche fossero piuttosto da attribuire al suo carisma, al tipo di pazienti che trattava e alla sua abilità nel modificare le credenze dei pazienti (Ellenberger, 1970). L'esperienza di Mesmer pose le basi per lo sviluppo di una nuova concezione dell'ipnosi, intesa come la capacità di modificare gli stati mentali di un'altra persona. Fin da allora era evidente come alcuni pazienti fossero più facilmente ipnotizzabili e alcuni terapeuti più abili nell'indurre determinati stati mentali.

A partire dal diciannovesimo secolo, la cultura occidentale è stata influenzata dallo sviluppo scientifico, dal positivismo e dalle teorie evoluzionistiche, in base alle quali la nostra mente si sarebbe evoluta da forme di vita più primitive (Ellenberger, 1970). Da questa prospettiva, i disturbi mentali non erano più determinati da forze soprannaturali, ma da processi attivi nella mente stessa del paziente e, soprattutto, da conflitti interni che si venivano a creare tra desideri, impulsi e accettazione sociale. Prendeva così forma una psicoterapia, in cui il compito del terapeuta era quello di creare una relazione che aiutasse il paziente a riportare ad un livello di coscienza i conflitti inconsci e i ricordi rimossi, ristabilendo l'equilibrio e promuovendo la guarigione (Ellenberger, 1970). Se il compito degli sciamani era quello di mettere in contatto con il soprannaturale, quello dello psicoterapeuta era di aiutare il paziente ad accedere al proprio mondo inconscio. Durante gli anni '40 e '50, Carl Rogers (1965) propose un'importante alternativa alle teorie psicoanalitiche: lo psicoterapeuta non doveva interpretare o esplorare il transfert, ma creare le condizioni necessarie (empatia, accettazione e calore umano) per consentire al paziente di trovare le proprie soluzioni verso un processo di guarigione; la relazione terapeutica aveva il potere di stimolare il paziente ad intraprendere il percorso di cambiamento che lo avrebbe condotto alla crescita personale e alla guarigione.

L'intento di queste rapide considerazioni di carattere storico è quello di mettere in evidenza come il concetto secondo il quale le relazioni interpersonali avrebbero proprietà terapeutiche abbia origini molto lontane e sia riconducibile a svariate tradizioni culturali. Il modo in cui la relazione terapeutica viene calata nel contesto e investita di significato, le modalità con le quali si sviluppa e le attività, i compiti e gli obiettivi ad essa associati sono tutti aspetti che affondano le loro radici in una costruzione sociale. Perciò, il modo in cui si sviluppa la relazione terapeutica dipende dal significato e dalle credenze di una determinata cultura circa le cause della sofferenza e gli strumenti necessari per alleviarla. Come oggi noi occidentali concepiamo la relazione terapeutica, il modo in cui essa si sviluppa, la sua funzione e le abilità e le conoscenze che il terapeuta dovrebbe avere sono, perciò, profondamente influenzati dalla nostra cultura e dal nostro modo di concepire il mondo, la mente umana e le cause della sofferenza.

## Il cognitivismo

L'origine del cognitivismo risale a più di cinquanta anni fa, quando negli anni '50 e '60 una serie di influenze storiche confluirono in un comune orientamento. I precursori di questo nuovo approccio furono i teorici della psicologia dell'Io, che vent'anni prima si erano discostati dalla teoria delle pulsioni di Freud, ponendo maggiore enfasi sugli atteggiamenti, sulle credenze e sulle "doverizzazioni" (ad es. Bibring, 1953). Negli anni '50 si ebbero nuovi sviluppi nell'ambito della psicologia cognitiva e sociale degli atteggiamenti e delle opinioni (Festinger, 1954). Con l'avvento dell'informatica e delle metafore del computer ebbe inizio l'epoca della *Human Information Processing* (HIP) e delle discussioni razionaliste sulle credenze del paziente. Kelly (1955) formulò l'ipotesi in base alla quale l'uomo costruirebbe delle "teorie" sul mondo, per poi cercare delle evidenze in grado di confermarle. Queste teorie personali, e i costrutti dai quali esse hanno origine, determinerebbero una predisposizione a sviluppare una delle tante forme di psicopatologia. Aiutare i pazienti ad esaminare e modificare questi costrutti favorirebbe un cambiamento terapeutico. Basandosi su concetti analoghi, Ellis (1962) sviluppò una propria teoria, in base alla quale sarebbe possibile intervenire sui problemi psicologici e sulle emozioni attraverso l'uso della ragione – come avevano sostenuto gli Antichi Greci duemila anni prima. Pur avendo una formazione psicoanalitica, Beck (1967, 1976) ipotizzò che le emozioni e gli stati d'animo del paziente potessero essere influenzati non tanto dai conflitti inconsci quanto dai suoi pensieri automatici e dal suo modo di interpretare gli eventi. Focalizzando l'attenzione specificamente su questi processi cognitivi, il terapeuta sarebbe dunque in grado di promuovere nel paziente cambiamenti significativi. Anche se queste ipotesi si basavano principalmente su dati ricavati dall'osservazione, non ci volle molto prima che si identificassero dei costrutti fino ad allora soltanto ipotizzati, quali gli "assunti di base", le "credenze", gli "schemi" e le "distorsioni cognitive" (per un approfondimento storico si veda Padesky, 2004). Perciò, furono gli psicologi dell'Io, Kelly (1955), Ellis (1962) e Beck (1967) a modificare l'approccio terapeutico, favorendo il passaggio da un'impostazione terapeutica volta all'interpretazione del materiale inconscio del paziente ad una finalizzata a realizzare un intervento psicoeducativo che utilizzasse il metodo socratico e l'esame obiettivo dell'evidenza. Naturalmente, questo cambiamento di impostazione influenzò anche la relazione terapeutica, soprattutto in quanto il materiale inconscio e il processo attraverso il quale esso emergeva nella mente del terapeuta (aspetto centrale nella formazione psicodinamica) passarono in secondo piano.

Anche se nel modello teorico di Beck la relazione terapeutica ha sempre avuto un ruolo di rilievo, le idee di Rogers (1965) su quali fossero gli ingredienti di base di una relazione di aiuto (accettazione, ascolto attivo, empatia) avevano ormai influenzato profondamente la maggior parte degli approcci terapeutici (Kirschbaum e Jourdan, 2005). Per questo, si è probabilmente dato per scontato

che non fosse così fondamentale riprendere questi argomenti durante i corsi di formazione in psicoterapia. L'attenzione è stata dunque focalizzata su come fosse possibile promuovere un atteggiamento collaborativo nel paziente, facilitare la scoperta guidata, sviluppare la capacità di comprensione del caso ed incoraggiare il paziente ad esplorare pensieri e idee alternative. Anche se inizialmente il transfert e il controtransfert erano concetti avvalorati, essi non sono mai stati aspetti centrali della terapia cognitiva, se non in quanto esempi di attivazione di credenze e assunti di base – che, in quanto tali, dovevano essere sottoposti ad un esame di realtà. Problemi specifici legati alla costruzione, al mantenimento, alla comprensione e alla gestione delle rotture nella relazione terapeutica sono stati affrontati di rado (Safran e Muran, 2000), almeno fino a quando la terapia cognitiva non si è interessata al trattamento dei disturbi di personalità.

## **Il comportamentismo**

Le origini del comportamentismo sono ancora più lontane e si possono ricondurre al lavoro del fisiologo russo Ivan Pavlov – noto per i suoi esperimenti sulla salivazione nel cane – e alle leggi sul condizionamento operante di Thorndike. L'attenzione del comportamentismo si centrava sugli stimoli e le risposte associate, fossero queste inerenti a sistemi fisiologici (come la salivazione), a sistemi motori (come l'evitamento e la fuga) o alle emozioni. Per questo, è opportuno considerare il comportamentismo una “disciplina scientifica che studia il comportamento e l'apprendimento negli esseri viventi”, senza porre particolare attenzione su nessuno dei sistemi indagati (Timberlake, 1994). Gli studi di Pavlov dimostrarono come fosse possibile *condizionare* molti dei principali sistemi fisiologici mediante una semplice associazione di stimoli, ponendo le basi per lo sviluppo del concetto di condizionamento classico (Gray, 1980). Il condizionamento classico era possibile anche senza alcuna consapevolezza a livello cognitivo (Hassin, Uleman e Bargh, 2005). Inoltre, se due stimoli, uno associato ad un premio e l'altro associato ad una punizione, venivano presentati contemporaneamente, si sviluppavano veri e propri conflitti che, a volte, sfociavano in casi di grave disorganizzazione (le cosiddette “nevrosi sperimentali”), con comportamenti bizzarri e stereotipati (Gray, 1980). A nostro avviso, conflitti di questo tipo si sviluppano anche nel contesto della relazione terapeutica e, forse, questo avviene più frequentemente di quanto non si sia disposti ad ammettere, generando confusione nel terapeuta e nel paziente.

Sviluppando un'altra teoria, Thorndike aveva dimostrato come gli animali fossero in grado di imparare a modulare i propri comportamenti in base alle conseguenze e ai risultati delle loro azioni (ad esempio, aumentando i comportamenti che permettevano loro di ottenere una gratificazione e riducendo quelli che invece procuravano una punizione). Da queste osservazioni ebbe origine il concetto di condizionamento operante o strumentale. Anche se studi condotti in

epoca successiva hanno dimostrato che, in realtà, l'apprendimento è qualcosa di molto più complesso, queste “leggi” sono ancora valide per quel che riguarda le modalità attraverso le quali gli animali e l'uomo si adattano al proprio ambiente (Timberlake, 1994; Rescorla, 1988).

In ambito terapeutico, il comportamentismo ebbe implicazioni radicalmente diverse rispetto alla psicoanalisi. Per i comportamentisti era necessario *ri-condizionare* la mente attraverso l'esperienza diretta – utilizzando “tecniche di esposizione” basate su principi quali la desensibilizzazione e l'inibizione reciproca – e aumentare i rinforzi positivi, attraverso l'attivazione di determinati comportamenti e lo sviluppo di una maggiore assertività. È interessante notare come l'importanza dell'esposizione guidata, come strumento per contrastare l'evitamento, e dell'incoraggiamento fosse già riconosciuta all'interno di diverse tradizioni culturali da centinaia di anni. Ad esempio, nella pratica buddista, se una persona ha paura di morire può essere incoraggiata a meditare su un cadavere e a concentrarsi sul pensiero che tutto è destinato a finire! Perfino Freud aveva compreso quanto importanti fossero le pratiche di esposizione per alcuni pazienti (Yalom, 1980). In anni più recenti, l'attenzione si è spostata sulle strategie o i comportamenti protettivi che il soggetto mette in atto nel tentativo di evitare la sofferenza immediata o un'esperienza negativa. Attualmente, si attribuisce a queste strategie un ruolo centrale nel processo di intensificazione e mantenimento di un disturbo (Mineka e Zinbarg, 2006; Salkovskis, 1996). È noto come questo genere di comportamenti possa essere finalizzato all'evitamento sia di eventi interni, quali emozioni, pensieri o ricordi, sia di eventi esterni, ma anche di aspetti problematici nella relazione terapeutica.

Il comportamentismo ha iniziato ad avere una cattiva reputazione nel momento in cui si è avvicinato alle terapie aversive e, in particolare, quando le ha utilizzate per il trattamento dei pazienti omosessuali. È un peccato che ciò sia accaduto, perché la maggior parte dei comportamentisti sapeva bene come il metodo della punizione sia del tutto inefficace per modificare un comportamento e come le persone imparino ad evitare la punizione piuttosto che ad emettere il comportamento che si vorrebbe rinforzare. Libri e film come “*Arancia meccanica*” hanno contribuito a divulgare un'immagine estremamente negativa delle tecniche psicoterapeutiche basate sull'approccio comportamentale. Ciononostante, nella maggior parte dei casi, le ricerche condotte sulla relazione terapeutica in psicoterapia comportamentale hanno delineato un quadro decisamente diverso. Infatti, da molti studi è emerso come gli psicoterapeuti comportamentali abbiano un'impostazione più calorosa rispetto agli esponenti di tutti gli altri orientamenti. Esaminando una serie di ricerche su questo argomento, incluse videoregistrazioni di interazioni tra terapeuta e paziente, Schaap, Bennun, Schindler e Hoogduin (1993) sono arrivati alla seguente conclusione: la psicoterapia comportamentale presenta uno stile caratteristico, che si differenzia da quello delle altre scuole.

Contrariamente alle aspettative, gli studi compiuti hanno dimostrato come i terapeuti comportamentali ottengano punteggi più elevati se si esaminano aspetti relazionali quali l'empatia, l'accettazione incondizionata e la coerenza rispetto a coloro che praticano la Gestalt o agli psicoanalisti. Questi risultati sono chiaramente in contrasto con lo stereotipo tradizionale dello psicoterapeuta comportamentale freddo e meccanico.

### **La CBT: un'impostazione scientifica**

Anche se il connubio tra cognitivismo e comportamentismo avvenuto negli anni '70 non è stato privo di scontri, la maggior parte degli psicoterapeuti cognitivi di oggi condivide alcuni degli assunti teorici del comportamentismo, sostenendo, ad esempio, la necessità di impiegare la tecnica dell'esposizione per affrontare le "situazioni temute o evitate". Analogamente, è ormai convinzione condivisa che le credenze di una persona circa le conseguenze dei propri comportamenti (ad es., "*se non mi agito troppo quando la mia frequenza cardiaca aumenta, andrà tutto bene*") abbiano un ruolo centrale nel processo di mantenimento dei comportamenti disfunzionali. Tuttavia, uno dei punti di forza della psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT), favorito dalla ricerca sperimentale e dall'approccio evidence-based, risiede nel fatto che uno degli obiettivi primari dei suoi esponenti è da sempre quello di sviluppare una comprensione scientifica dei processi psicologici e psicopatologici. Il comportamentismo è strettamente legato alle ricerche sull'apprendimento condotte sugli animali e sull'uomo, mentre il modello cognitivista è stato costantemente influenzato dagli studi sul funzionamento dei processi cognitivi e di decision making. Non sono mancate le controversie (Haidt, 2001). Salkovskis (2002), insieme ad altri autori, ha sottolineato come le terapie evidence-based si siano sviluppate grazie ad un'integrazione efficace tra teoria, ricerca sperimentale e i risultati della ricerca. A dire il vero, l'impostazione della CBT è ormai così affine a quella delle scienze psicologiche (e sempre di più a quella delle neuroscienze) che qualcuno si chiede se sia ancora possibile considerarla unicamente un "approccio" o se, invece, non sia semplicemente una psicoterapia evidence-based.

Puntando l'attenzione non solo sulle strategie terapeutiche, ma soprattutto sui risultati, la CBT si è sempre posta l'obiettivo di sviluppare protocolli d'intervento la cui efficacia potesse essere *dimostrata*, pur scontrandosi con molte difficoltà e trovandosi coinvolta nei numerosi dibattiti sulle metodologie impiegate nella ricerca in psicoterapia. I dibattiti scaturiti a seguito delle divergenti posizioni su metodologie, risultati e implicazioni della ricerca in psicoterapia sono stati divulgati su due riviste alla fine degli anni '90 (*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998, volume 66; *Psychotherapy Research*, 1998, volume 8). Persons e Silberschatz (1998) aprirono un dibattito sull'efficacia ed il senso dei trial di controllo randomizzati (RCT) per gli psicoterapeuti. Per Persons essi erano uno strumento fon-

damentale, mentre Silberschatz riteneva che favorissero un'impostazione poco naturale e ostacolassero il processo terapeutico. Elliott (1998) si è invece interrogato sull'opportunità di sviluppare delle linee guida a partire dai risultati dei RCT, avanzando svariati motivi per non farlo: ad esempio, ha sottolineato come nel tentativo di standardizzare il protocollo d'intervento si rischi di introdurre elementi di artificiosità nella pratica clinica e di influenzare negativamente la relazione terapeutica. Elliot si è anche chiesto come un'impostazione eccessivamente manualistica, appositamente sviluppata sugli studi controllati, possa influire sullo sviluppo futuro della pratica clinica. Ciononostante, oggi la CBT si è dimostrata un modello terapeutico efficace per il trattamento di una vasta gamma di disturbi e, in molti casi, viene indicata come l'approccio terapeutico più efficace.

Recentemente, l'attenzione si è focalizzata su processi cognitivi quali la memoria, l'attenzione e i processi del pensiero (Harvey, Watkins, Mansell e Shafran, 2004); le strategie di evitamento (Hayes, Wilson, Gifford, Follette e Stroshal, 1996); i comportamenti protettivi (Mineka e Zinbarg, 2006; Salkovskis, 1996), la vergogna (Gilbert, 1998, 2003) e la resistenza (Leahy, 2001, 2004). Questi filoni di ricerca agiscono in favore dello sviluppo di un'impostazione psicoterapeutica che si fondi su un modello più psicologico che medico della sofferenza umana. Sfortunatamente, le pubblicazioni scientifiche mantengono un'impostazione centrata su diagnosi di carattere medico. Ma quando la vergogna, la resistenza, i comportamenti protettivi e la difficoltà nell'articolazione dei pensieri e dei sentimenti assumono un ruolo di primo piano, la relazione terapeutica può essere messa a dura prova.

## **L'IMPORTANZA DELLA RELAZIONE TERAPEUTICA**

Le teorie psicodinamiche si sono focalizzate sulla gestione delle pulsioni, sui meccanismi di difesa, sulle strutture di personalità o sulla formazione dei rapporti interpersonali. In questa ottica, la relazione terapeutica costituisce sia una fonte di insight che uno strumento che di per sé assolve una funzione terapeutica (Greenberg e Mitchell, 1983; Clarkin, Yeomans e Kernberg, 2006). Come abbiamo accennato poc'anzi, nell'ambito della CBT viene attribuito un ruolo decisamente diverso alla relazione terapeutica. La maggior parte degli orientamenti, tuttavia, probabilmente concorda sul fatto che essa dovrebbe avere una funzione di "contenimento" per consentire al paziente di sentirsi al sicuro con il terapeuta (Holmes, 2001). Data la sua impostazione scientifica e il marcato interesse per la ricerca, la CBT non si può più esimere dall'indagare come la relazione terapeutica possa determinare l'esito del trattamento e, per farlo, deve maturare una maggiore consapevolezza riguardo alle modalità attraverso le quali le relazioni interpersonali siano in grado di influenzare una vasta gamma di processi fisiologici e psicologici (Cacioppo, Berston, Sheridan e McClintock, 2000). Ad esempio, è noto come le relazioni precoci e, in particolare, quelle caratterizzate da abbandono

ed esperienze traumatiche, influenzino la maturazione del cervello e questo ha indubbiamente delle implicazioni sul piano terapeutico (Gerhardt, 2004; Schore, 2001). L'interazione interpersonale può avvenire a livello sia conscio che inconscio e può essere rapida e condizionata (Baldwin e Dandeneau, 2005; Hassin, Uleman e Bargh, 2005; Miranda e Andersen, capitolo 4 di questo volume).

## **UN PROCESSO INTERPERSONALE**

Esaminiamo questo aspetto da un altro punto di vista. La psicoterapia è, ovviamente, una relazione interpersonale all'interno della quale la mente di una persona cerca di influenzare la mente dell'altra in una danza interattiva. Le sequenze di interazioni, le co-costruzioni e gli scambi interpersonali che si verificano in terapia sono determinati da specifiche abilità psicologiche dei partecipanti e dipendono dagli obiettivi che entrambi si sono prefissi. La comprensione della mente altrui è una di queste abilità; essa ci permette di fare inferenze circa le ragioni per cui le persone agiscono in un determinato modo e di comprendere cosa "sta accadendo nella mente di un'altra persona", cosa sta pensando (Baron-Cohen, 1995; Byrne, 1995; Flavell, 2004). Ognuno di noi sa di essere oggetto del giudizio degli altri, di essere un'entità che gli altri possono osservare e giudicare. Questa abilità di "pensare al pensare" e di riflettere sulla relazione interpersonale è stata oggetto dei primi studi sulla funzione mentale in età evolutiva (si veda Selman, 1980, 2004). Questi sofisticati processi di valutazione non possono essere compresi e spiegati come qualsiasi altro processo cognitivo o di valutazione, avvalendosi esclusivamente delle nozioni di "credenza" o di "schema", poiché sono molto più complessi e interattivi (Decety e Jackson, 2004; Malle e Hodges, 2005). Alcune persone sono meno abili di altre quando si tratta di comprendere la mente altrui o di empatizzare con un'altra persona, come dimostrano le ricerche di Baron-Cohen, Selman e colleghi.

La capacità di comprendere i propri ed altrui stati mentali è un'abilità specifica e può essere soggetta a svariate forme di distorsione (Nicherson, 1999). È probabile che essa sia alla base della nostra capacità di creare relazioni immaginarie – come, ad esempio, quella con Dio – e di inventare e lasciarsi coinvolgere da film e romanzi (Bering, 2002). La comprensione della mente, tuttavia, non deve essere confusa con l'empatia. L'empatia dipende più dalla capacità di intuire ciò che sta accadendo nella mente di un'altra persona, in particolare a livello emotivo. Per empatizzare non è sufficiente "comprendere" la mente di un altro individuo, ma è necessario avere la capacità di fungere da cassa di risonanza per ciò che l'altro sta provando. Da qualche tempo, le neuroscienze stanno tentando di far luce su quali siano le funzioni del cervello nella comprensione della mente e nella capacità di empatizzare (Decety e Jackson, 2004, Vollm et al. 2006). Possedere una teoria della propria ed altrui mente e la capacità di empatizzare con gli altri ci dà l'opportunità di renderci conto di come le altre persone non provino e pensino esatta-

mente ciò che proviamo e pensiamo noi. Chiaramente, le modalità relazionali che si instaurano tra terapeuta e paziente sono influenzate da questi processi.

Finora abbiamo passato in rassegna alcune delle abilità psicologiche (innate) che ci permettono di costruire delle complesse interazioni sociali. Oltre a queste competenze, è possibile identificare numerosi altri fattori che chiaramente influenzano sulla relazione terapeutica (Freeman e McClosky, 2003; Klein et al., 2003).

Le *caratteristiche del paziente* sono una componente significativa della relazione terapeutica. Esse includono le aspettative del paziente di essere aiutato e la gravità dei sintomi (Constantino, Arnow, Blasey e Agras, 2005), la sua capacità di fidarsi degli altri e del terapeuta (Berretta, De Roten, Stigler, Drapeau, Fischer e Despland, 2005), le esperienze relazionali che ha avuto e, in particolare, quelle con le figure di attaccamento (Holmes, 2001; Leahy, 2005; Liotti, cap. 7 di questo volume), i suoi schemi cognitivi (Leahy, cap. 11 di questo volume), la sua motivazione al cambiamento (Miller e Rollnick, 2002) e l'impegno che mette nell'esecuzione dei compiti a casa (Burns e Nolen-Hoeksema, 1992; Burns e Slanger, 2000). Le *caratteristiche del terapeuta*, ovviamente, sono altrettanto importanti: le sue abilità di base (Ivey e Ivey, 2003), la sua capacità di sintonizzarsi emotivamente con il paziente e di esprimere calore ed empatia (Kirschenbaum e Jourdan, 2003), la sua abilità nella gestione delle rotture terapeutiche (Safran e Muran, 2000) e nel condurre la terapia (Burns e Nolen-Hoeksema, 1992) e la capacità di rendere compatibile la propria personalità con quella del paziente (Leahy, cap. 10 di questo volume).

*Anche il modo di condurre la terapia è importante.* Aspetti significativi sono la definizione degli obiettivi della terapia e le relative tecniche utilizzate, ad esempio, decidendo di affrontare sintomi specifici piuttosto che problemi relazionali (Constantino et al., 2005; Klein et al., 2003); l'attivazione di specifici sistemi di elaborazione (Harvey, Watkins, Mansell e Shafran, 2004), come ad esempio determinati sistemi di memoria o attentivi nei casi di disturbo post-traumatico da stress (Dangleish, 2004; Lee, 2005); l'utilizzo di tecniche immaginative (Holmes e Hackmann, 2004) e l'assegnazione di compiti a casa (Burns e Nolen-Hoeksema, 1992). L'interazione di tutte queste variabili sta diventando sempre più oggetto di studio (ad esempio, si veda Castonguay e Beutler, 2006). Ognuno di questi fattori è coinvolto nella costruzione condivisa di una relazione e, di conseguenza, nei processi di trasfert e controtrasfert (Miranda e Andersen, cap. 4 di questo volume).

## **SVILUPPARE LA RELAZIONE TERAPEUTICA**

Ormai tutti gli orientamenti condividono la concezione secondo la quale la relazione terapeutica sarebbe costituita da tre elementi di base: i *legami*, i *compiti* e gli *obiettivi* (si veda Hardy, Cahill e Barkham, cap. 2 del presente volume). Questi elementi, tuttavia, non sono indipendenti l'uno dall'altro, perché il modo in cui il terapeuta costruisce il legame con il paziente, ovvero la relazione terapeutica, influenzerà le selezioni dei compiti, l'impegno messo nella loro esecuzione

e gli stessi obiettivi terapeutici. Come già sottolineato in precedenza, la scelta di compiti e attività in grado di apportare benefici tende a migliorare la relazione terapeutica e questa può essere uno strumento di fondamentale importanza per superare i momenti di maggiore difficoltà. Aiutare il paziente ad affrontare le esperienze dolorose è un obiettivo in contrasto con quello della pratica medica tradizionale del mondo occidentale, che, piuttosto, si adoperava per sviluppare tecnologie in grado di rimuovere il dolore e la sofferenza, mediante trattamenti farmacologici o chirurgici. Riportare il paziente al centro del processo di guarigione, con l'ausilio e la guida del terapeuta, è un obiettivo di primaria importanza per la CBT: questo significa che il terapeuta deve essere in una certa misura "esperto, preparato e capace di condurre il processo terapeutico". Spesso si confonde il concetto di collaborazione con quello di potere, ma sostenere la necessità di una collaborazione non significa negare che il terapeuta debba sapere contenere, guidare, controllare il processo terapeutico e avanzare nuove idee o che il paziente si debba "guarire da solo".

## **LE ABILITÀ DI BASE**

Abbiamo già sottolineato come per un terapeuta sia fondamentale aver acquisito determinate abilità di base e come da numerosi studi queste abilità risultino determinanti per l'esito del trattamento (Ivey e Ivey, 2003; Feltham e Horton, 2006). Per sviluppare una buona relazione terapeutica è utile sapere che il terapeuta dovrà attraversare una serie di fasi. Le sue abilità di base, perciò, saranno finalizzate a favorire questo percorso e a facilitare la transizione da una fase all'altra. Gilbert (2000), ad esempio, ha identificato dieci fasi:

- Sviluppare la relazione.
- Esplorare le eventuali paure, preoccupazioni ed aspettative del paziente nel momento in cui decide di intraprendere la terapia.
  - Favorire una condivisione reciproca dei contenuti.
  - Ricostruire la storia del paziente tentando di identificare i nodi centrali e i principali stili cognitivi ed emozionali: 1) inquadrare il paziente in una prospettiva storica; 2) lavorare sul qui ed ora.
    - Concordare gli obiettivi terapeutici.
    - Spiegare il rationale della terapia.
    - Favorire una maggiore consapevolezza circa il rapporto esistente tra pensieri, emozioni e comportamento.
    - Promuovere lo sviluppo di punti di vista alternativi.
    - Monitorare pensieri ed emozioni e porre attenzione ai ruoli che vengono assunti.
    - Assegnare compiti a casa e incoraggiare all'assunzione di ruoli alternativi.

Queste fasi possono essere anche accorpate tra di loro, come nella proposta di Hardy et al. (cap. 2 di questo volume). Le abilità di base devono essere di ausilio durante ognuna di queste fasi e facilitare il passaggio da una fase all'altra, attraverso una serie di domande (generalmente aperte) volte ad aiutare il paziente a discutere, esplorare e raccontare la propria storia, attraverso abilità di comunicazione non verbale che permettano al paziente di sentirsi al sicuro piuttosto che minacciato dal terapeuta e attraverso la spiegazione dei processi terapeutici che avranno luogo.

## La focalizzazione interna ed esterna dell'attenzione

Esistono due tipi di attenzione: una focalizzata all'esterno e una focalizzata all'interno. La prima include una serie di comportamenti particolari, compreso un adeguato contatto visivo, che permettono al terapeuta di osservare il comportamento non verbale del paziente. È importante, ad esempio, fare attenzione ai piccoli cambiamenti che si possono verificare mentre il paziente racconta la propria storia (alcuni abbassano lo sguardo, reclinano la testa sul petto, ammutoliscono, oppure si bloccano, quando raccontano episodi dei quali si vergognano). Un altro indicatore non verbale da tenere in considerazione è quando il paziente stringe il pugno o serra le mandibole durante la conversazione. Osservare attentamente "la persona nel suo complesso" (prendendo in considerazione non solo il contenuto verbale, ma anche aspetti quali la postura e il tono della voce) permette al terapeuta di delineare un quadro più accurato dei processi interiori del paziente. Questo, ovviamente, deve accadere senza che lo sguardo del terapeuta risulti insistente o minaccioso. Studi effettuati sulle modalità di comunicazione non verbale adottate da terapeuta e paziente hanno dimostrato che esistono interazioni complesse che possono influenzare l'esito della terapia (ad esempio, Dreher, Mengele, Krause e Kammerer, 2001).

Il terapeuta esprime la propria attenzione anche attraverso la *postura*, che dovrebbe essere rilassata ma, allo stesso tempo, comunicare interessamento e concentrazione. Anche accompagnare con messaggi verbali di leggero incitamento il racconto del paziente – come "hmm... capisco... mi può dire qualcos'altro in proposito?" – può essere di aiuto, invece che cambiare argomento o rivolgere al paziente delle domande chiuse. Greenberg (cap. 3 di questo volume) parla di "*presenza*" per indicare uno stato d'animo nel quale il terapeuta riesce a mettere da parte il proprio sé per concentrarsi esclusivamente sul paziente e lasciarsi coinvolgere e incuriosire dall'esperienza che l'altro sta descrivendo. Per focalizzare l'attenzione all'interno, sono utili abilità di *mindfulness*. Per Katzow e Safran (cap. 5 di questo volume) praticare la *mindfulness* significa imparare ad assumere un atteggiamento non giudicante mentre ci si focalizza sui propri processi interiori. In questo modo, il terapeuta prende consapevolezza dei propri pensieri, dei propri sentimenti e delle proprie azioni *man mano che si manifestano*, assumendo un atteggiamento di apertura

e di curiosità nei confronti della propria esperienza interiore e riuscendo a liberarsi dei propri preconcetti via via che essi emergono. È importante che impari a non giudicare e a non criticare i propri pensieri e i propri sentimenti, ma che, allo stesso tempo, riesca a “viverli” e “contenerli” senza esprimerli apertamente.

Dunque, il terapeuta può focalizzare alternativamente l'attenzione all'interno o all'esterno. L'ideale sarebbe riuscire a passare rapidamente da un tipo di attenzione all'altro, rimanendo consapevole delle proprie reazioni, in modo da adottare in ogni momento le azioni terapeutiche più indicate e porre al paziente le domande più opportune. Rispetto ai cognitivisti, gli psicoterapeuti di orientamento psicodinamico hanno dato un maggiore contributo per quanto riguarda il ruolo della relazione terapeutica, sottolineando a più riprese quanto, a fini terapeutici, fosse importante per il terapeuta sviluppare una adeguata consapevolezza e comprensione delle reazioni emotive suscitate in lui dal paziente (Greenberg e Mitchell, 1983). In parte, è possibile ricondurre questa differenza al fatto che gli psicoterapeuti cognitivo-comportamentali hanno posto maggiore enfasi sull'importanza di un buon intervento psico-educativo, accompagnato da una adeguata dose di calore e incoraggiamento, allo scopo di aiutare il paziente ad affrontare con successo tecniche fondamentali della CBT, quali quelle di esposizione (Schaap *et al.*, 1993). Ma questo atteggiamento sta cambiando. Katzow e Safran (cap. 5 di questo volume), ad esempio, hanno fornito un contributo significativo su questo argomento, mentre Bennett-Levy e Thwaites (cap. 12 di questo volume) hanno posto l'accento su come affrontarlo dal punto di vista dell'insegnamento nei training di formazione degli psicoterapeuti. Man mano che il paziente racconta la propria storia, tre ulteriori abilità di base entrano in gioco. In questa fase, il terapeuta ha il compito di *parafrasare* gli aspetti contenutistici o gli eventi concreti della narrazione, di *rispecchiare* accuratamente i sentimenti e le emozioni del suo interlocutore e di *riassumere* quanto espresso dal paziente, in modo da giungere ad una comprensione e ad una concettualizzazione del caso condivisa.

## **Rispecchiare i sentimenti del paziente e creare un legame empatico**

Rispecchiando accuratamente ciò che il paziente prova, il terapeuta può entrare più facilmente in contatto con lui e costruire un legame basato sull'empatia. Così facendo, il paziente sa che il terapeuta è “con lui”. Inoltre, ottiene un feedback diretto che gli permette di “capire cosa pensa il terapeuta”, favorendo in lui lo sviluppo della capacità di cogliere lo stato mentale dell'altro. Vediamo alcuni esempi tratti da Gilbert (2000):

*Paziente.* Quando Jane mi ha invitato ad entrare per un caffè, dopo la festa, le ho dovuto dire di no. Tutto ciò che volevo era andare a casa il più rapidamente possibile.

- Terapeuta:* Ho l'impressione che il suo invito l'abbia spaventato molto.  
*Paziente:* Proprio così. Mi sono sentito male al pensiero che mi potesse invitare a rimanere tutta la notte, e tutto il resto.

Se, tuttavia, il paziente avesse pronunciato le stesse parole in modo diverso, assumendo un'altra postura e utilizzando un diverso tono della voce, e in un altro contesto, la risposta del terapeuta avrebbe potuto essere un'altra:

- Paziente:* Quando Jane mi ha invitato ad entrare per un caffè, dopo la festa, le ho dovuto dire di no. Tutto ciò che volevo era andare a casa il più rapidamente possibile.  
*Terapeuta:* Ho l'impressione che il suo invito l'abbia davvero irritato.  
*Paziente:* Proprio così. Sapeva benissimo che il giorno successivo avrei avuto una giornata impegnativa e che ero stanchissimo, ma ciononostante ha avanzato le sue pretese.

Qui, l'intento del terapeuta non è quello di esplorare la natura più profonda dell'ansia o della rabbia sperimentata dal paziente o di identificare le credenze sottostanti a queste emozioni. Egli sta semplicemente cercando di esplicitare i sentimenti del paziente per dimostrargli di conoscere e di capire ciò che prova, ponendo le basi per la costruzione di un legame empatico. Sta compiendo un primo passo verso la consapevolezza e la validazione emotiva. Naturalmente, dopo un intervento di questo tipo, un terapeuta di orientamento cognitivista può anche decidere di utilizzare il metodo socratico per risalire alle cause sottostanti all'ansia o all'irritazione: ai pensieri del paziente in quel momento. Ciò che è fondamentale è che il terapeuta non incoraggi il paziente a concentrarsi sui propri pensieri e sulle proprie interpretazioni troppo presto, senza prima rispecchiare i suoi sentimenti, perché così facendo risulterebbe poco empatico. Quello che segue è un esempio estremo di come questo possa accadere:

- Paziente:* Non ho più voglia di vivere. Sa, mio figlio appena nato è stato travolto dall'autobus numero 42 proveniente da Derby.  
*Terapeuta:* Mi sa dire cosa le passa per la mente quando pensa che suo figlio è stato investito dall'autobus numero 42 proveniente da Derby?

Per Gilbert (cap. 6 del presente volume) è necessario che il terapeuta assuma un atteggiamento compassionevole e coinvolto nei confronti del paziente, sia sensibile alla sua sofferenza, sappia rispecchiare ciò che prova e non rimanga indifferente al suo dolore. L'abilità del terapeuta nell'utilizzo di queste strategie facilita la scoperta guidata e aiuta il paziente a riconoscere i propri comportamenti protettivi e le proprie visioni distorte e a trovare, gradualmente, il coraggio di

contrastarli. Naturalmente, il terapeuta deve evitare di dire al paziente che il suo modo di pensare è distorto o inadeguato, perché generalmente questo genera sentimenti di vergogna e induce autocritica.

### **Parafrasare e riassumere**

Parafrasando e, al momento opportuno, riassumendo quanto detto in terapia, si offre al paziente la possibilità di riascoltare la propria storia in un contesto unitario, di correggere eventuali inesattezze, di colmare eventuali lacune e di dare la giusta enfasi a determinati aspetti. Così facendo, si pongono le basi per una corretta formulazione del caso. Quando il terapeuta è abile nel parafrasare e nel riassumere, infatti, può partire da questi stessi riassunti per concettualizzare il caso. Nella CBT, la formulazione è un processo basato sulla collaborazione, piuttosto che sull'interpretazione.

### **Trovare i collegamenti**

A volte, il terapeuta può aiutare il paziente a fare delle associazioni che da solo non sarebbe in grado di fare, ad esempio facendo osservazioni del tipo: "Ascoltando la sua storia, ho notato che spesso dice di aver paura di far arrabbiare gli altri. Mi chiedo se questo non sia un aspetto importante per lei", oppure "Considerando quanto abbiamo detto finora, mi chiedo se non sia possibile collegare questi pensieri e queste emozioni ad alcune circostanze della sua vita di cui mi ha parlato". Spesso si sottolinea come la CBT non si ponga come obiettivo quello di indagare le esperienze passate o di identificare le circostanze che hanno portato allo sviluppo delle difficoltà che il paziente riscontra. Nella maggior parte dei casi più complessi (soprattutto quando ci sono stati episodi di trauma o di abuso), invece, è necessario dare la giusta considerazione alla storia del paziente. Ecco perché, oggi, lavorare con i ricordi traumatici rientra tra le pratiche comuni anche della CBT (Dagleish, 2004; Hackmann, 2005; Lee, 2005).

### **Il metodo socratico**

Il metodo socratico è una tecnica che consiste nel rivolgere al paziente una serie di domande aperte allo scopo di aiutarlo e incoraggiarlo a scoprire il vero significato di ciò che sta dicendo e provando. Formulando domande mirate, il terapeuta aiuta il paziente ad esplorare in modo più approfondito il significato del proprio racconto e le implicazioni che da esso derivano. Ad esempio, il terapeuta può chiedere: "Che significato ha avuto questo per lei? Come ha reagito? Cosa crede che accadrà in seguito?", oppure "Cos'è che la spaventa di più in questa situazione?". Il metodo socratico viene spesso utilizzato per aiutare il paziente a "ricostruire il corso" dei propri pensieri o a scoprire come i propri ragionamenti siano concatenati l'uno all'altro. Ad esempio, quando un paziente parla della sua incapacità di comportarsi in modo assertivo, il terapeuta può chiedere: "Cosa le

impedisce di essere assertivo?”, “Cosa pensa che possa accadere se si comporta in modo assertivo?”, oppure “Quali conseguenze pensa che possa avere questa sua difficoltà nell’essere assertivo?”. Queste domande non hanno lo scopo di integrare o di riassumere quanto detto dal paziente, perciò, anche in questo caso, la comunicazione non verbale, il tono della voce e il tempo della domanda sono fondamentali. Una domanda come “Cosa le impedisce di essere assertivo?” può avere un significato molto diverso in base al modo nel quale viene formulata: se chi parla ha un tono inquisitorio o di rimprovero, il messaggio sarà: “Ma cos’è che la preoccupa tanto? Timido che non è altro!”; invece, se viene impostata con tono comprensivo, può significare: “Cerchiamo di esplorare insieme questa sua paura”. È come quando si racconta una barzelletta: non conta ciò che si dice, ma come lo si dice.

È importante che il terapeuta dimostri di essere comprensivo nei confronti delle difficoltà del paziente e che esprima questo suo stato d’animo esplicitamente, con frasi del tipo “Mi rendo conto che questi pensieri la facciano stare molto male e la spaventino fortemente”, oppure “Capisco che questi sentimenti siano terribili per lei”. Qui non si tratta di esplorare la natura del problema (cosa che il terapeuta farà in un secondo momento), ma di comprendere l’esperienza problematica che il paziente sta sperimentando.

## VALIDAZIONE

È da molto tempo che gli psicoterapeuti si sono resi conto di quanto siano importanti l’empatia, la validazione e l’accettazione incondizionata (Rogers, 1965). Molte ricerche hanno dimostrato come la percezione che il paziente ha della relazione terapeutica sia determinante per l’esito della terapia, a prescindere dall’orientamento terapeutico che si utilizza (Martin, Garske e Davis, 2000). Anche se di solito si ritiene che la validazione e l’empatia contribuiscano al buon esito del trattamento, è stato anche sottolineato come, al contrario, una riduzione dei sintomi induca il paziente ad attribuire al terapeuta una maggiore capacità di empatia e di accudimento (Feeley, DeRubeis e Gelf, 1999).

Leahy (2005) propone la seguente distinzione tra empatia, validazione e compassione:

La validazione – attribuire un fondamento di verità a ciò che un’altra persona prova e pensa – è il fulcro tra l’empatia, ovvero la capacità di capire ciò che prova un’altra persona, e la *compassione*, che ci permette di sentire *con* e *per* un’altra persona, preoccupandoci della sua sofferenza. Ad esempio, per empatizzare è necessario riconoscere ciò che prova l’altro (“Mi sembra di capire che lei sia triste”); validare significa, invece, fare un passo avanti e “affermare la validità dei sentimenti dell’altro” (“È normale che sia triste: sente di aver perso l’unica persona che pensava di poter di amare”); per essere compassionevoli, infine, bisogna sì empatizzare e validare, ma questo non basta, perché è necessario rassicurare

l'altro: "Per me è molto importante ciò che lei prova e le difficoltà che deve affrontare e voglio che sappia che io sarò con lei in questo momento particolare".

L'empatia, la validazione e la compassione sono esperienze socio-emozionali strettamente correlate all'attaccamento precoce. Come sottolineano Gilbert, Greenberg e Liotti (capp. 6, 3 e 7 di questo volume, rispettivamente), lo stile di attaccamento che si instaura nei primi mesi di vita e nel corso dell'infanzia (e che si mantiene successivamente in età adulta) si costruisce in funzione di questi tre aspetti. Leahy (2005) sostiene che la disponibilità dei genitori a validare ed empatizzare sia strettamente correlata alle "filosofie emozionali" descritte da Gottman. I genitori che ritengono che le emozioni negative dei figli siano un'opportunità per avvicinarsi a loro, per conoscerli meglio e per aiutarli sono quelli più inclini a validare le loro emozioni e a dimostrare compassione, mentre coloro che le considerano insopportabili, pericolose o dei semplici capricci da non assecondare assumono più difficilmente questo tipo di atteggiamento nel rapporto con i figli (Gottman et al., 1996; Leahy, 2002). In base alle diverse strategie che i genitori adottano per affrontare le emozioni, il bambino può imparare a considerare le proprie come un qualcosa di cui bisogna vergognarsi o che "non ha alcun senso". Leahy (2002, 2005) ha elaborato un modello di schemi emozionali basato sulle diverse modalità con le quali gli individui rispondono alle proprie emozioni. Da questo modello emerge come gli schemi emozionali negativi siano strettamente correlati alla credenza che le proprie emozioni non abbiano alcun senso, siano qualcosa di cui vergognarsi o che non sia possibile controllare, siano insopportabili, interminabili, pericolose, diverse da quelle degli altri e non debbano essere espresse.

Dunque, le nostre credenze sulle emozioni sono state fortemente influenzate dall'empatia, dalla validazione e dal supporto emotivo che abbiamo sperimentato nel rapporto con i nostri genitori e in quelli successivi. Ovviamente, da questa prospettiva, la relazione terapeutica è una relazione in grado di riattivare queste prime esperienze emozionali. La psicoterapia – anche nell'impostazione della CBT – non consiste soltanto nell'individuare e mettere alla prova i pensieri disfunzionali del paziente; essa implica anche l'attivazione delle sue emozioni, generando quelle che alcuni terapeuti di orientamento cognitivo definiscono "*cognizioni calde*". L'esperienza emozionale è una parte centrale della terapia, ma è necessario che lo psicoterapeuta si sintonizzi con il singolo paziente in funzione della sua modalità di condivisione delle emozioni. Alcuni pazienti accolgono questa opportunità in modo favorevole, ma per altri essa può rappresentare una minaccia, in quanto rievoca vecchi timori legati alla vergogna, all'umiliazione, alla confusione e alla perdita di controllo.

In effetti, in alcuni casi, la validazione è un "bisogno" talmente grande per il paziente che egli sviluppa delle vere e proprie "regole di validazione" personalizzate (Leahy, 2001). Alcuni pazienti, ad esempio, esigono una validazione assoluta,

che li porta a sentirsi validati soltanto se il terapeuta sperimenta esattamente i loro stessi problemi e raggiunge il loro stesso livello di disperazione. O, ancora, nel tentativo di essere validati dal terapeuta, alcuni pazienti possono ricorrere a specifiche strategie – ad esempio, esagerando, catastrofizzando, creando delle emergenze, lasciandosi andare a ruminazioni ossessive e focalizzandosi su disturbi di origine fisica – che però si rivelano generalmente controproducenti. Per Leahy (2001), l'identificazione delle regole e delle strategie che il paziente utilizza per ottenere validazione in terapia rappresenta un'occasione importante per comprendere e, infine, modificare lo stile di interazione chiaramente disfunzionale che egli adotta nelle relazioni significative. Gli *ostacoli* riscontrati in terapia possono, dunque, essere utilizzati per promuovere il cambiamento al di fuori del contesto terapeutico.

Anche se è importante che il terapeuta metta a disposizione del paziente un ambiente sicuro e supportivo dal punto di vista emotivo, è anche vero che, in alcuni casi, il paziente può violare i confini della relazione terapeutica, cercando di supplire alle proprie carenze affettive o continuando ad adottare lo stile relazionale tipico delle proprie esperienze passate. Ancora una volta, questi ostacoli al cambiamento, detti anche “*comportamenti che interferiscono con la terapia*” possono costituire un'occasione di crescita, se il terapeuta è abile nel gestirli. Egli può adottare una strategia “dialettica”, definendo con risolutezza e attenzione i confini terapeutici e, allo stesso tempo, aiutando il paziente a cogliere il significato più profondo dei propri comportamenti. Ad esempio, i pazienti che manifestano in terapia atteggiamenti agonistici sono generalmente quelli che non hanno potuto esprimere altrimenti i propri bisogni nelle relazioni precedenti.

## RIASSUNTO

Fin qui, abbiamo descritto le principali abilità di cui il terapeuta si può avvalere per far sì che la relazione terapeutica diventi un luogo nel quale il paziente si senta al sicuro per poter lavorare sui propri problemi, trovare il coraggio di affrontare il cambiamento ed acquisire una maggiore consapevolezza e conoscenza di sé. Per favorire il cambiamento, il terapeuta cognitivo-comportamentale dispone di un'ampia gamma di tecniche terapeutiche e questi strumenti stanno diventando sempre più *evidence-based*, ma questo non può assolutamente fare di noi terapeuti dei “*meccanici*” della mente (Leahy, 2005).

## PRESENTAZIONE DEL VOLUME

All'inizio di questo capitolo abbiamo sottolineato come, in epoche più o meno remote e in diversi contesti culturali, sia stato attribuito alla relazione terapeuta-paziente un ruolo fondamentale nel processo terapeutico. La definizione di quali siano gli elementi importanti nella relazione, tuttavia, dipende dalle diverse credenze che ogni cultura possiede riguardo alle cause della sofferenza e ai rimedi

necessari per alleviarla. Così, oggi, il contesto culturale nel quale viviamo è alla base delle nostre credenze sul dolore e sulle cure e queste, a loro volta, influenzano la nostra idea di come dovrebbe essere la relazione terapeutica. In un momento storico nel quale gli psicoterapeuti sono sempre più consapevoli di quanto sia complesso il processo di costruzione della relazione terapeuta-paziente, questo volume tenta di fornire una panoramica delle principali prospettive che si sono sviluppate al riguardo nell'ambito della CBT, attraverso i contributi di alcuni dei principali esponenti dei vari orientamenti cognitivo-comportamentali. Dalle loro parole emerge chiaramente come la relazione terapeutica e il ruolo che essa ha nel determinare l'esito del trattamento siano al centro di un quadro articolato di riflessione, concettualizzazione e ricerca.

Il libro è diviso in due parti. La prima parte, "Elementi di base", è dedicata agli aspetti più importanti per la costruzione, il mantenimento e la conclusione della relazione terapeutica, mentre la seconda è volta ad esplorare il ruolo della relazione terapeutica all'interno dei vari orientamenti cognitivo-comportamentali. Nella seconda parte, la relazione terapeutica viene affrontata anche dal punto di vista della formazione e della crescita del terapeuta.

Nel capitolo 2, che segue questa breve introduzione, Hardy, Cahill e Barkham offrono una panoramica delle ricerche svolte finora sull'interazione terapeuta-paziente. Basandosi su una revisione sistematica della letteratura, questi autori propongono un modello operativo che traccia lo sviluppo della relazione terapeutica nel tempo. Nel capitolo 3, Greenberg presenta un approccio centrato sulle emozioni, sviluppando una riflessione sulle abilità di base, quali l'empatia e la "presenza" all'interno del contesto terapeutico; ovvero su come il terapeuta ascolta, affronta e risponde agli aspetti emozionali della comunicazione del paziente e come questi comportamenti influenzano il processo e l'esito della terapia. Miranda e Andersen (cap. 4) affrontano l'argomento del transfert e del controtransfert da un punto di vista socio-cognitivo. Partendo da una ricca raccolta di ricerche, gli autori sottolineano quanto sia importante considerare le relazioni interpersonali come co-costruzioni, attribuendo sia al terapeuta che al paziente un ruolo fondamentale nella costruzione della relazione terapeutica. Nel capitolo 5, Katsow e Safran parlano della relazione terapeutica alla luce dei principali sviluppi verificatisi con l'utilizzo della mindfulness in psicoterapia cognitiva. La mindfulness si riferisce ad un preciso insieme di abilità di base, che nel loro complesso permettono all'individuo di sintonizzarsi con i propri processi interni "in modo consapevole". Dal punto di vista degli autori, questa capacità potrebbe essere determinante per superare le rotture terapeutiche. Nel capitolo 6, Gilbert pone al centro della riflessione sulla relazione terapeutica il fatto che l'uomo è un essere sociale evoluto che ha sviluppato importanti bisogni sociali, come dimostrano alcuni studi compiuti di recente, che hanno messo in evidenza come gli esseri umani abbiano sviluppato dei sistemi specifici di elaborazione finalizzati a rico-

noscere le situazioni di sicurezza e di minaccia sociale. Partendo da queste ipotesi, Gilbert sostiene che la capacità del terapeuta di costruire una relazione nella quale il paziente si senta al sicuro, mediante l'uso della *compassione*, sia indispensabile per il progredire della terapia, soprattutto quando il paziente prova molta vergogna o è particolarmente autocritico. Adottando una prospettiva evolucionistica, Liotti (cap. 7) sottolinea l'importanza della teoria dell'attaccamento come modello per comprendere la relazione terapeutica. Secondo l'autore, è molto importante che il terapeuta riesca a capire e a riconoscere i diversi stili di attaccamento, in particolare quello disorganizzato, facendo attenzione alle modalità con le quali essi emergono in terapia, in modo da facilitare la concettualizzazione del caso e la relazione terapeuta-paziente.

Il capitolo 8 apre la seconda parte del libro, nella quale si dedica particolare attenzione alla relazione terapeutica nei vari orientamenti cognitivo-comportamentali. Newman analizza il ruolo della relazione terapeutica nell'impostazione tradizionale della CBT, mettendo in evidenza come essa sia importante non solo per favorire lo sviluppo di un atteggiamento di collaborazione nel paziente, ma anche per assumere nei suoi confronti un atteggiamento di maggiore confronto e contrapposizione quando è necessario. Nel capitolo 9, Swales e Heard offrono una riflessione sulla relazione terapeutica dal punto di vista della terapia dialettico-comportamentale (DBT). Questo approccio è stato sviluppato specificatamente per i pazienti con comportamenti suicidari e con disturbo borderline di personalità. Con la maggior parte di questi pazienti è estremamente difficile costruire un legame, stabilire dei limiti e concordare un programma terapeutico. In questi casi, come sostiene la DBT, la relazione terapeutica ha un ruolo determinante. Pierson e Hayes (cap. 10) descrivono la relazione terapeutica dalla prospettiva della *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT). In base a questo approccio, essa è fondamentale per aiutare il paziente a sviluppare un atteggiamento di accettazione nei confronti delle proprie difficoltà. Ma affinché questo sia possibile è necessario, come sottolineano gli autori, che anche il terapeuta sviluppi adeguate capacità di accettazione.

Nel capitolo 11, Leahy presenta un modello nel quale la relazione terapeutica viene rappresentata come un gioco interattivo tra due giocatori, il paziente e il terapeuta, ognuno dei quali adotta un proprio sistema di regole e anticipa le "mosse" dell'altro. Da questo punto di vista, sono fondamentali gli "schemi" personali del terapeuta e del paziente, per quanto riguarda le emozioni, le relazioni e le aspettative. Ad esempio, un terapeuta con standard severi e schemi emozionali negativi può inavvertitamente rinforzare le credenze emozionali e relazionali negative di un paziente evitante o dipendente. Questa concezione di transfert e controtransfert fornisce al terapeuta una strategia per prevenire l'emergere degli ostacoli evitabili nella relazione terapeutica; inoltre, gli permette di utilizzare le difficoltà che emergono in terapia per capire quanto le modalità di interazione

interpersonale del paziente al di fuori del contesto terapeutico si attivino anche nella relazione con lui.

La formazione ha un ruolo di primo piano in tutti gli orientamenti terapeutici ed è particolarmente importante quando si pensa a determinate abilità di base che gli psicologi che si stanno specializzando in CBT potrebbero non avere. Nel capitolo 12, Bennett-Levy e Thwaites affrontano l'argomento della formazione, evidenziando come i terapeuti possano sviluppare una maggiore capacità di insight usando su se stessi le stesse tecniche e gli stessi approcci della psicoterapia che stanno apprendendo. I primi psicoterapeuti di approccio psicodinamico erano convinti che il terapeuta si dovesse sottoporre ad una psicoterapia personale, perché in questo modo avrebbe imparato a non portare in terapia col paziente le proprie preoccupazioni e i propri conflitti irrisolti. Questo, però, accadeva quando ancora non esistevano gli strumenti di audio e videoregistrazione che adesso permettono al supervisore di vedere e di ascoltare direttamente ciò che accade in terapia tra terapeuta e paziente. Per questo, è importante prendere in esame le modalità con le quali il supervisore lavora e aiuta i propri colleghi specializzandi quando non riescono a tenere lontani i propri problemi personali dalla terapia, quando si sentono minacciati e tendono a mettersi sulla difensiva o quando diventano ansiosi dovendosi confrontare con il paziente. Non essendo una psicoterapia basata sull'interpretazione, è difficile che in CBT si presentino i problemi che generalmente si associano a questo tipo di lavoro in ambito psicodinamico.

Naturalmente, questo libro non espone i punti di vista di tutti gli orientamenti cognitivo-comportamentali, ma speriamo che nel complesso esso stimoli una riflessione sulla relazione terapeutica all'interno della CBT, mettendo definitivamente a tacere coloro che sostengono che la relazione terapeuta-paziente non sia importante o non sia oggetto di ricerca all'interno di questo orientamento. Anche se la terapia cognitiva non ha un'impostazione interpretativa, ma si basa sulla scoperta guidata, sulle tecniche di esposizione alle situazioni temute e di desensibilizzazione, ponendo l'accento sulla possibilità elaborare nuovi modi di porsi, di valutare e in alcuni casi di fare esperienza di sé e degli altri, questo non significa che la relazione terapeutica non sia importante o che abbia un ruolo marginale. La ricerca dimostra costantemente come la relazione terapeutica sia determinante per il buon esito della terapia, a prescindere dall'approccio terapeutico. Speriamo che gli autori di questo libro siano riusciti a descrivere in modo adeguato come e perché anche all'interno della CBT si sia sviluppata l'esigenza di adottare un'impostazione scientifica per giungere ad un modello di comprensione di ciò che accade nella relazione terapeutica, che possa essere utilizzato tanto in ambito formativo quanto terapeutico.

## BIBLIOGRAFIA

- Baldwin, M.W. & Dandeneau, S.D. (2005). Understanding and modifying the relational schemas underlying insecurity. In M.W. Baldwin (ed.), *Interpersonal cognition* (pp. 33- 61). New York: Guilford.
- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bering, J.M. (2002). The existential theory of mind. *Review of General Psychology*, 6, 3-34.
- Berretta, V., De Roten, Y., Stigler, M., Drapeau, M., Fischer, M. & Despland, J. (2005). The influence of patients' interpersonal schemas on early alliance building. *Swiss Journal of Psychology*, 64, 13-20.
- Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. In P. Greenacre (ed.), *Affective disorders*. New York: International Universities Press.
- Burns, D.D. & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: A structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 441-449.
- Burns, D.D. & Spangler, D.L. (2000). Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive-behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 46-56.
- Byrne, R.W. (1995). *The thinking ape: Evolutionary origins of intelligence*. Oxford: Oxford University Press.
- Cacioppo, J.T., Berston, G.G., Sheridan, J.F. and McClintock, M.K. (2000). Multilevel integrative analysis of human behavior: Social neuroscience and the complementing nature of social and biological approaches. *Psychological Bulletin*, 126, 829-843.
- Castonguay, L.G. & Beutler, L.R. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.
- Clarkin, J., Yeomans, F.E. & Kernberg, O.F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Constantino, M.J., Arnow, B.A., Blasey, C. & Agras, W.S. (2005). The association between patient characteristics and the therapeutic alliance in cognitive- behavioural and interpersonal therapy for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 203-211.
- Csordas, T.J. (1996). Imaginal performance and memory in ritual healing. In C. Laderman & M. Roseman (eds), *The performance of healing*. New York & London: Routledge.
- Csordas, T.J. (2002). *Body/ meaning/ healing*. New York: Palgrave Macmillan. Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: The evolution of multirepresentation theorizing. *Psychological Bulletin*, 130, 228-260.
- Decety, J. & Jackson, P.L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3, 71-100.
- Dreher, M., Mengele, U., Krause, R. & Kämmerer, A. (2001). Affective indicators of the psychotherapeutic process: An empirical case study. *Psychotherapy Research*, 11, 99-117.
- Ellenberger, H. (1970). *The discovery of the unconscious*. New York: Basic Books.
- Elliott, R. (1998). Editor's introduction: A guide to the empirically supported treatments controversy. *Psychotherapy Research*, 8, 115-125.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Citadel Press.

- Feeley, M., DeRubeis, R.J. & Gelf, L.A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 578-582.
- Feltham, C. & Horton, I. (2006). *The Sage handbook of counselling and psycho-therapy, 2nd edition*. London: Sage.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117-140.
- Flavell, J.H. (2004). Theory-of-mind development: Retrospect and prospect. *Merrill-Palmer Quarterly*, 50, 274-290.
- Freeman, A. & McCloskey, R.D. (2003). Impediments to psychotherapy. In R.L. Leahy (ed.), *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change* (pp. 24-48). New York: Guilford.
- Gerhardt, S. (2004). *Why love matters: How affection shapes a baby's brain*. Hove, UK: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gilbert, P. (1992). *Depression: The evolution of powerlessness*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert & B. Andrews (eds), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp. 3-36). New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2000). *Counselling for depression*, 2nd edition. London: Sage.
- Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles and the differences in shame and guilt. *Social Research*, 70, 401-426.
- Gilbert, P. & Miles, J.N.V. (2000). Sensitivity to put-down: Its relationship to perceptions of shame, social anxiety, depression, anger and self - other blame. *Personality and Individual Differences*, 29, 757-774.
- Gottman, J.M., Katz, L.F. & Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. *Journal of Family Psychology*, 10, 243-268.
- Gray, J.A. (1980). *Ivan Pavlov*. New York: Viking Press.
- Greenberg, J.R. and Mitchell, S.A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hackmann, A. (2005). Compassionate imagery in the treatment of early memories in Axis I anxiety disorders. In P. Gilbert (ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Hove, UK: Routledge.
- Haidt, J. (2001). The emotional dog and its rational tail: A social intuitionist approach to moral judgment. *Psychological Review*, 108, 814-834.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W. & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Hassin, R.R., Uleman, J.S. & Bargh, J.A. (2005). *The new unconscious*. New York: Oxford University Press.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Holmes, E.A. & Hackmann, A. (eds) (2004). *Mental imagery and memory in psychopathology* (Special Edition: Memory, Volume 12, No. 4). Hove, UK: Psychology Press.
- Holmes, J. (2001). *The search for the secure base: Attachment theory and psychotherapy*. Hove, UK: Brunner-Routledge.
- Ivey, A.E. & Ivey, M.B. (2003). *Intentional interviewing and counselling: Facilitating client change in a multicultural society*, 5th edition. Pacific Grove, CA: Brooks/ Cole.

- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton & Co.
- Kirschenbaum, H. & Jourdan, A. (2005). The current status of Carl Rogers and the person-centred approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 37-51.
- Klein, D.N., Schwartz, J.E., Santiago, N.J., Vivan, D., Vocisano, C., Castonguay, L.G., Arrow, B., Blalock, J.A., Manber, R., Markowitz, J.C., Riso, L.P., Rothbaum, B., McCullough, J.P., Thase, M.E., Borian, F.E., Miller, I.W. &
- Keller, M.B. (2003). Therapeutic alliance in depression treatment: Controlling for prior change and patient characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 997-1006.
- Leahy, R.L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guilford.
- Leahy, R.L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 177-190.
- Leahy, R.L. (ed.) (2004). *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change*. New York: Guilford.
- Leahy, R.L. (2005). A social-cognitive model of validation. In P. Gilbert (ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 195-217). Hove, UK: Routledge.
- Lee, D.A. (2005). The perfect nurturer: A model to develop a compassionate mind within the context of cognitive therapy. In P. Gilbert (ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 326-351). Hove, UK: Routledge.
- Malle, B.F. & Hodges, S.D. (eds), (2005). *Other minds: How humans bridge the divide between self and others*. New York: Guilford.
- Martin, D.J., Gorske, J.P. & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford.
- Mineka, S. & Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: It's not what you thought it was. *American Psychologist*, 61, 10-26.
- Nickerson, R.S. (1999). How we know - and sometimes misjudge - what others know: Inputting one's own knowledge to others. *Psychological Bulletin*, 125, 737-759.
- Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.
- Padesky, C.A. (2004). Aaron T. Beck: Mind, man and mentor. In R.L. Leahy (ed.), *Contemporary cognitive therapy: Theory, research and practice* (pp. 3-24). New York: Guilford.
- Persons, J.B. & Silberschatz, G. (1998). Are results of randomized controlled trials useful to psychotherapists? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 126-135.
- Reisman, J.M. (1991). *A history of clinical psychology*, 2nd edition. New York: Hemisphere.
- Rescorla, R.A. (1988). Pavlovian conditioning: It's not what you think it is. *American Psychologist*, 43, 151-160.
- Rogers, C. (1965). *Client centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Salkovskis, P. (1996). The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety-seeking behavior, and the special case of health anxiety and obsessions. In P.M.
- Salkovskis (ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 48-74). New York: Guilford.
- Salkovskis, P. (2002). Empirically grounded clinical interventions: Cognitive-behavioural therapy progresses through a multi-dimensional approach to clinical science. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 3-9.
- Schaap, C., Bennun, I., Schindler, L. & Hoogduin, K. (1993). *The therapeutic relationship in behavioural psychotherapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Schore, A.N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 201-269.

- Selman, R.L. (1980). *The growth of interpersonal understanding: Developmental and clinical analyses*. New York: Academic Press.
- Selman, R.L. (2004). *The promotion of social awareness: Powerful lessons from the partnership of developmental theory and classroom practice*. New York: Russell Sage Foundation.
- Teasdale, J.D. (1999). Emotional processing: Three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 29-52.
- Timberlake, W. (1994). Behavior systems, associationism, and pavlovian conditioning. *Psychonomic Bulletin and Review*, 1, 405-420.
- Völlm, B.A., Taylor, A.N.W., Richardson, P., Corcoran, R., Stirling, J., McKie, S., Deakin, J.F.W. & Elliott, R. (2006). Neuronal correlates of theory of mind and empathy: A functional magnetic resonance imaging study in a nonverbal task. *NeuroImaging*, 29, 90-98.
- Yalom, I.D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Zilboorg, G. & Henry, G.W. (1941). *History of medical psychology*. New York: W.W. Norton & Co.