

La psicoterapia cognitivo interpersonale tra immediatezza e complessità

Maria Beatrice Toro

Psicologa, Psicoterapeuta,
Direttore Didattico SCINT
Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Interpersonale

Riassunto

L'epoca in cui viviamo consegna oggi al mondo della psicoterapia realtà psicopatologiche estremamente variegata. Risulta allora fondamentale per il terapeuta disporre di strumenti semplici ed efficaci che consentano di trattare una varietà di situazioni, potendo affrontare sia quei pazienti che posseggono adeguate capacità metacognitive sia tutte quelle realtà psichiche caratterizzate da una relazionalità fortemente disturbata, dalla presenza di un'identità confusa e da stati di coscienza dissociativi. Viene presentato l'approccio cognitivo interpersonale, delineandone le origini, l'epistemologia di riferimento, la caratteristica impostazione costruttivista post razionalista. Si sottolinea lo specifico contributo del modello interpersonale per quanto riguarda la possibilità di trattare il paziente grave, attraverso l'apporto della terapia ricostruttiva interpersonale di Lorna Smith Benjamin. La centralità attribuita alla dimensione interpersonale e al ruolo che essa ricopre per la formazione della personalità porta questo approccio a esuberare una valutazione solo relativa alla coerenza interna della mente, per concentrarsi, in modo specifico, sul rapporto del Sé con l'Altro, del paziente con il terapeuta.

Parole chiave: cognitivismo, costruttivismo post razionalista, terapia ricostruttiva interpersonale, psicoterapia cognitivo interpersonale.

"Il nostro rapporto col mondo, prima ancora di essere un rapporto con le cose, è un rapporto con l'Altro. È un rapporto prioritario che la tradizione metafisica occidentale ha occultato, cercando di assorbire e identificare l'altro a sé, spogliandolo della sua alterità".
E. Levinas

Introduzione

La psicoterapia cognitivo interpersonale (Cantelmi, 2009) rappresenta un approccio integrato, che utilizza modalità trattamentali molto immediate e semplici (come ogni terapia di stampo cognitivista), appoggiandosi però su una teoria estremamente complessa, data, anzitutto, la ricchezza dell'epistemologia costruttivista post-razionalista sulla quale si fonda il *rationale* teorico dell'intervento clinico. La ricchezza di tale modello epistemologico è

Summary

The era in which we live today brings the world of psychotherapy psychopathologic reality extremely variegated. Therefore it is fundamental that the therapist has simple and effective methods at his disposal, which consent the treatment of various situations, so that we can deal with those patients who have adequate cognitive capacity, as well as those whose psychic reality is characterized by an extremely disturbed relations, by the presence of a confused identity and by a state of dissociated conscience. It has been introduced the Cognitive Interpersonal approach, outlining the origins, the epistemology of referral and the characteristic impostation constructive post rationalist. It has been underlined the specific contribution of the Interpersonal model to possibly treat patients through the contribution of Reconstructive Interpersonal Therapy of Lorna Smith Benjamin. The centrality of interpersonal dimension and the role which interpersonal dimension covers for the formation of personality brings our approach to get beyond an evaluation only related to the coherence inside the mind, in order to specifically concentrate on the relationship between the self and the other, between patient and therapist.

Key words: cognivism, post rationalist constructivism, interpersonal reconstructive therapy, cognitive-interpersonal psychotherapy.

ampliata ulteriormente dal contributo dei modelli interpersonali, che tanto stanno modificando, pur se spesso integrati con altri modelli psicodinamici o cognitivisti, il modo corrente di comprendere e trattare il paziente grave. I modelli interpersonali ci consentono, infatti, un'alta specificità nel leggere e affrontare modalità e schemi relazionali auto-invalidanti, tipici dei disturbi di personalità. Riconoscere tali schemi di consente di verificare come, in ogni relazione, ma, in particolare, nella relazione terapeutica, alcune persone presentino aspettative e comportamenti di estrema problematicità ai quali il terapeuta deve poter rispondere in un modo che sia curativo. Le difficoltà del paziente grave portano, infatti, la persona a proporsi con modalità di rapporto che aumentano drasticamente i rischi di un insuccesso relazionale, per il noto effetto della profezia che si autoavvera: quando ci si aspetta di essere, ad esempio, abbandonati, le strategie di gestione del rapporto, ad esempio controllanti, posso-

no ingenerare nell'altro un sentimento di disagio che produce, paradossalmente, proprio quella propensione ad allontanarsi inizialmente temuta. Dal punto di vista operativo, inoltre, risulta oggi interessante la possibilità, offerta dalla riflessione sui processi interpersonali, di affrontare gli stati mentali confusi che i pazienti con tratti di personalità abnormi presentano, in associazione al modo negativistico e disorganizzato di stare nei rapporti. L'interesse, in questo caso, è costituito dalla possibilità di avere a disposizione strumenti atti a valutare e modificare la qualità delle funzioni mentali.

L'epoca in cui viviamo consegna, infatti, sempre più spesso, alla psicoterapia realtà psicopatologiche fortemente caratterizzate dal disturbo relazionale e da stati di coscienza confusi o dissociativi. In tali disturbi sono inficcate le capacità di comprensione di sé e dei propri stati emotivi nonché della mente e del comportamento altrui. Inoltre, la carenza di tali capacità, metacognitive, comporta evidenti deficit nel padroneggiamento di situazioni di quotidianità *problem solving* e di gestione di situazioni di sofferenza personale attraverso strategie di adeguato livello.

A livello formativo, la capacità di regolare la relazione terapeutica al fine di favorire il cambiamento di schemi relazionali disadattativi è il requisito di base richiesto al terapeuta che intende seguire l'approccio cognitivo interpersonale. Le modalità di relazione incidono, infatti, secondo la teoria cognitivista cui facciamo riferimento, sul funzionamento della personalità, dati i meccanismi di collegamento che intercorrono tra storia di sviluppo, stili di attaccamento, funzionamento psichico normale e patologico. Intervenire sui pattern di comportamento interpersonale deficitari che il paziente presenta significa, per noi, consentirne il cambiamento e la crescita nonché permettere lo sviluppo di migliori capacità metacognitive. La convinzione sulla natura interpersonale della mente umana, rappresenta, dunque, un'indicazione fondamentale per la strutturazione del processo psicoterapeutico.

A livello epistemologico, l'approccio cognitivo interpersonale si colloca entro la prospettiva post-razionalista, approfondendone gli aspetti relativi alla dimensione – che potremmo dire “ermeneutica” – del rapporto con l'Altro nella costruzione del significato. Si tratta perciò di una visione teorica che si propone di esuberare i limiti di una valutazione esclusivamente relativa alla coerenza interna e alla complessità della mente intesa come sistema di significati, per concentrarsi, maggiormente, sulla linea di confine tra il Sé e l'Altro che costituisce, nella proposta Cognitivo Interpersonale, il luogo stesso di costituzione della vita psichica.

Le origini cognitiviste del modello

Il modello cognitivo interpersonale si colloca all'interno della tradizione cognitivista, alla quale pensiamo come a un approccio multidisciplinare “differenziato ma unitario” (Semerari, 2000), caratterizzato dall'attenzione riservata ai processi psichici attraverso i quali le informazioni sensoriali e motorie vengono selezionate, comprese, elaborate, divenendo strutture di significato coscienti, cioè cognizioni, sentimenti, scopi, valori e altri elementi del nostro mondo mentale (Neisser, 1967, 1976).

Si tratta di un modello con forti implicazioni per la clinica, laddove la psicoterapia cognitiva si concentra su pensieri e strutture di significato, comprendendo l'esperienza soggettiva in termini di rappresentazione ed elaborazione della conoscenza. Ora, la scienza cognitiva, ovvero l'insieme multidisciplinare costituito dal cosiddetto “esagono cognitivo” (intelligenza artificiale, psicologia cognitiva, neuroscienze, antropologia, filosofia) ha posto, nel corso del suo sviluppo, importanti domande e ipotesi per quanto riguarda la natura stessa della mente (si pensi al campo delle neuroscienze): ciò ha favorito un importante dibattito culturale, teorico, epistemologico che ha investito il mondo della pratica clinica. Tale dibattito si è in parte organizzato attorno alla proposta programmatica di Mahoney, immaginata come uno stimolo per far crescere la terapia Cognitivo Comportamentale e portarla all'altezza dei risultati che la Scienza Cognitiva andava raccogliendo (Mahoney, 1980). Nuove visioni epistemologiche fornirono elementi nuovi per pensare il processo psicoterapeutico.

Pensiamo, ad esempio, alla metafora dell'uomo come scienziato, che ci fa immaginare l'individuo, equipaggiato di un set di costrutti (come lo scienziato lo è delle sue ipotesi), costantemente impegnato nel produrre previsioni, fare esperienze e valutarne i feedback. Questa metafora di tipo popperiano, portata nella psicologia da Michael Mahoney (1980), può essere utile anche per descrivere i cambiamenti che occorrono nei costrutti su di sé e sul mondo durante la psicoterapia, luogo in cui si può avere un cambiamento massiccio, in stretta analogia a quanto accade per le rivoluzioni scientifiche secondo Kuhn. Le osservazioni costruttiviste radicali sulla natura del rapporto tra osservatore e osservato, inoltre, implicano la rinuncia alla possibilità di una verità come corrispondenza con la realtà, delineando nuove prospettive per la comprensione dei processi di significazione.

L'approccio epistemologico di Guidano sviluppa in campo psicoterapeutico la metafora della mente intesa come organismo biologico che si autoorganizza: le analogie fra le capacità di auto-organizzazione di un sistema vivente e il sistema della conoscenza umana (Guidano, 1987), vengono elaborate arrivando a un approccio cosiddetto “post-razionalista” (Guidano, 1991). Abbandonata l'idea “razionalista” di una possibilità di corrispondenza tra processi di pensiero e realtà, il significato è visto come un'esperienza linguistica e cosciente che emerge dall'ordinamento di una vasta dimensione tacita, emotiva, “pre-riflessiva” dell'individuo. Gli aspetti coscienti, verbali e linguistici emergono come un livello complesso di conoscenza e sono interpretati come il frutto di un'attività continua della mente che ordina e rende coerente l'esperienza immediata pre-verbale.

I processi mentali vengono visti come un'attività di continua organizzazione di informazioni *che non provengono dalla realtà esterna, ma da un'esperienza vissuta che si presenta come irriducibile*. La natura autoriflessiva del sistema (cfr. Maturana e Varela, 1980) comporta un notevole aumento della rilevanza conferita ai processi di conoscenza tacita, che sono parte inscindibile dell'esperienza immediata. Il ruolo attribuito al mondo emotivo del paziente (visto come aspetto nucleare organizzante e non come sottoprodotto delle credenze e dei pensieri) assume una posizione di centralità nei processi di costruzione dell'esperienza di sé. L'attività organizzativa

emergente è ciò che consente al soggetto di spiegarsi la propria esperienza di vita, mantenendo un equilibrio tra acquisizione di nuova conoscenza e senso di continuità del sé. Quando questa attività non riesce a comprendere e integrare adeguatamente l'esperienza immediata, alcuni aspetti dell'esperienza vengono avvertiti dal soggetto come qualcosa di egodistonico e alieno alla propria personalità.

A livello clinico, la novità introdotta da Guidano sta nella derivazione di strategie e tecniche terapeutiche a partire dall'ipotesi epistemologica di fondo.

Misure di benessere, in senso post razionalista, non è la razionalità, ma la flessibilità, la capacità predittiva, la complessità e la capacità integrativa del sistema di significati. Nel contesto terapeutico, si mira a far procedere il sistema individuale verso una crescita che consenta di assimilare contenuti che la persona non riesce a spiegarsi senza perdere in coerenza e continuità.

Un approccio nuovo alla comprensione della persona

Sin dalla prima elaborazione di Guidano e Liotti (1983), la conoscenza viene considerata, in primo luogo, come il frutto dell'evoluzione biologica, da studiare secondo una prospettiva evolucionista. In secondo luogo, essa viene compresa come il prodotto di un processo dinamico, basato su modelli gerarchizzati, risultanti dall'azione delle strutture conoscitive che plasmano l'esperienza della realtà. Infine, il suo principio regolatore è individuato nella ricerca costante di coerenza, tale che, nel momento in cui l'aumento dell'informazione costruisce discrepanze nei vari modelli del reale, nuove strutture di gerarchizzazione dei modelli vengono costruite. La componente inconscia della conoscenza, emotiva e sensomotoria, regola, poi, la vita affettiva e immaginativa, fornendo le basi per il senso di unicità e continuità, mentre la componente consapevole permette l'esperienza e il senso dell'identità personale. La concettualizzazione del "sé" emerge come entità dinamica nel processo di ordinamento delle strutture di significato; la sofferenza soggettiva può allora essere riconducibile a esperienze emotivo-immaginative non integrabili nella conoscenza consapevole del sé. Un sistema che non riesce a assimilare esperienze emotive importanti può adottare, infatti, procedure patologiche di riduzione della sua complessità, al fine proprio di gestirne la mancata integrazione. Importanti parti del vissuto vengono escluse dall'elaborazione, anche se contengono informazioni preziose e indispensabili alla persona. La psicoterapia ne favorisce il recupero, all'interno di un'esperienza che può "riavviare" un aumento della complessità e della flessibilità del sistema di significati.

Secondo la prospettiva post-razionalista, la tecnica psicoterapeutica non può che derivare dalla riflessione epistemologica e, a riguardo, Guidano assume che ognuno viva in una realtà personale squisitamente soggettiva, ordinata in modo univoco e necessario dalle proprie strutture di significato in un processo rigidamente autoreferenziale. Una volta abbandonato il riferimento ad una realtà esterna conoscibile e interpretabile secondo categorie oggettive, il buon funzionamento della mente

umana rimane conseguenza delle strategie e delle modalità strutturali e organizzative del sistema. Queste dipendono, a loro volta, dalla necessità di garantire una coerenza interna, un equilibrio omeostatico, dei processi di autoregolazione del sistema stesso. Responsabile della coerenza è il "Me", struttura psichica distinta dall'"Io" (ovvero dall'esperienza immediata), che ha il compito di modularla. Il Me gestisce le perturbazioni provocate dall'esperienza immediata e mantiene stabili le strutture di significato che permettono la decodifica dell'esperienza. Gli elementi costitutivi della struttura mentale sono i significati personali che, strutturandosi in percorsi stabili e coerenti di attività cognitiva, emotiva e comportamentale, danno luogo ad "organizzazioni di significato personale", cioè a modi soggettivi di vedere se stessi e il mondo e di interpretare l'esperienza. La storia relazionale e affettiva dell'individuo è lo spazio in cui si formano, si articolano e si accrescono tali organizzazioni di significato personale, a partire dall'infanzia e dal comportamento di attaccamento (Bowlby, 1969; 1973; 1980).

Ciò che differenzia la normalità dalla psicopatologia è la maniera con cui la coerenza dell'organizzazione di significato si declina nelle diverse condizioni di salute mentale: in modo articolato e integrato nei soggetti normali, in modo poco articolato, ma ancora integrato, nei disturbi della cosiddetta area nevrotica, e in modo scarsamente articolato e integrato o, raramente, eccessivamente integrato, nelle condizioni psicotiche.

Processi interpersonali e strutture intrapsichiche

Una delle strutture fondamentali, in grado di dare forma esplicita alla conoscenza tacita, è rappresentata dal modello di sé di cui la persona è portatrice, che si forma all'interno dei primi processi interpersonali. La Teoria Cognitivo Interpersonale acquisisce i risultati dell'opera di Bowlby e prevede che le esperienze relazionali dei primi anni di vita costituiscano la base su cui poggiano le capacità relazionali, nonché la comprensione del proprio modo di essere.

In quest'ottica, il pensiero di Lorna Benjamin, per cui gli schemi di funzionamento dell'individuo hanno una forte e precisa connotazione interpersonale, ben si accorda con la visione post razionalista del cognitivismo. La Benjamin ci offre un modello cui guardare in special modo nella terapia del paziente grave, laddove ella giunge ad affermare la possibilità di mettere in relazione diretta i processi relazionali interpersonali alle strutture intrapsichiche. La psicopatologia (ed in particolare la psicopatologia della personalità) sarebbe il risultato di esperienze ripetute in contesti relazionali frustranti e spiacevoli in cui non sarebbe permessa l'integrazione del controllo e della libertà, dei confini e dell'autonomia. Esperienze positive e accoglienti, in condizioni di stabilità e prevedibilità, consentirebbero alla persona di svilupparsi in modo sano, costruendo una personalità adattata e sicura all'interno di una realtà controllabile e gestibile. Queste esperienze positive interiorizzate rappresentano le IPIR (*Important Persons and their Internalized Representations*, persone importanti e le loro rappresentazioni interiorizzate), laddove Bowlby indicava i Modelli Operativi Interni (MOI). Analogamente, Horowitz (1991), afferma

l'esistenza di schemi-persona capaci di riassumere le esperienze interpersonali del passato e configurarsi come strutture di significato, organizzate gerarchicamente a partire da moduli di conoscenza di sé e dell'altro, fino ad arrivare a schemi di relazione, i Modelli di Relazione di Ruolo – RRM – *Role Relationship Models*. Si tratta, anche in questo caso, come per le IPIR, di schemi o modelli che attengono all'intrapsichico, ma che trovano nella relazione interpersonale il loro campo di operatività osservabile).

Nel contesto dei disturbi di personalità e dei problemi relazionali e affettivi, principali campi di studio della Benjamin, la persona assume un comportamento interpersonale disfunzionale non perché vuole interagire con le persone che ha di fronte in un dato momento e non sa come farlo, ma perché mette in atto uno o più "processi di copia", cioè comportamenti che avevano avuto luogo all'interno di una relazione di attaccamento problematica interiorizzata dall'individuo, al fine di riavvicinarsi alla figura di attaccamento e di ottenere da questa un amore incontaminato. Di conseguenza, la terapia mira a rendere il soggetto consapevole del fatto che è guidato da tali processi e a liberarsene apprendendo nuovi modi, più funzionali, di relazionarsi a sé e agli altri.

La teoria dell'attaccamento e i processi interpersonali

L'integrazione del modello Cognitivo con quello Interpersonale avviene alla luce della Teoria dell'Attaccamento intesa quale "meta modello". La Teoria di Bowlby propone, infatti, una visione dell'individuo (in condizioni di benessere o in uno stato di sofferenza), che conferisce analogia rilevanza alle strutture di significato emergenti e ai processi relazionali che hanno luogo durante la storia di sviluppo. È proprio all'interno di processi di carattere interpersonale, infatti, che le strutture di significato (e di identità personale) si vanno formando. Lo sviluppo dell'individuo può esser letto come un percorso, fatto di stati di equilibrio successivi in ordine di complessità, che ha origine nelle esperienze relazionali, sin dal momento della nascita. I modelli operativi interni tendono a stabilizzare gli stati mentali di cui il soggetto fa esperienza nei rapporti, mentre la complessità crescente di tali rapporti nel corso della crescita può produrre il cambiamento, attraverso la perturbazione degli schemi. I processi della percezione, della pianificazione nonché i cambiamenti degli schemi permanenti per adattarsi a modelli ricorrenti, sono processi inconsci. Se c'è un gap eccessivo tra i modelli operativi attivati nelle situazioni e gli schemi permanenti, possono comparire stati d'animo e comportamenti disturbati. La persona che consapevolmente prova quello stato d'animo può non capire a livello cosciente come e perché questo si è presentato (Horowitz, 1991). Scopo delle psicoterapie interpersonali è, allora, proprio il riconoscimento consapevole delle funzioni degli schemi-persona di solito inconsci. Gli schemi-persona, le IPIR, i MOI, così come le Organizzazioni di Significato Personale, definiscono una "stabilità instabile" che attiva il circolo permanente di interazione reciproca tra le esperienze immediate e i significati su di esse costruiti. La Teoria dell'Attaccamento, intesa in senso lato come una teoria della natura interpersonale dell'esi-

stenza umana, si può porre, dunque, come base concettuale comune sia del modello cognitivo post razionalista che di quello Interpersonale.

La Psicoterapia Cognitivo Interpersonale

La percezione di sofferenze, sintomi, difficoltà ad affrontare talune situazioni (si pensi, ad esempio, all'impossibilità di prendere l'aereo e altre limitazioni del raggio d'azione della persona, o a sentimenti di tristezza e angoscia pervasivi, o alla ripetizione di abbuffate, diete rigide, o, ancora, alla variegata sintomatologia ossessiva) che conduce una persona alla richiesta di una psicoterapia rappresenta, nell'ottica Cognitivo Interpersonale, il segno di una problematicità interna alla persona, anche prescindendo dal confronto con una razionalità intesa come norma. Tale problematicità si esplica come un'incapacità di trovare soluzioni e segnala la difficoltà del sistema-individuo a integrare compiutamente le discrepanze tra esperienza cosciente e modalità immediate di sentirsi e di stare nelle relazioni. Per comprenderne il senso e la genesi occorre indagare una serie di aspetti, a partire dal problema presentato. In primo luogo, risultano fondamentali le rappresentazioni che il soggetto ha di se stesso e degli altri nelle situazioni problematiche, poiché ci danno la misura di come la persona si dà conto di ciò che gli succede. È importante capire quali concetti utilizzi, come "legga" la propria sofferenza, per potersi indirizzare verso una ipotesi su quali sono le cose che non sa spiegarsi e da dove derivino. Vengono indagate le funzioni della coscienza e il loro stato di funzionamento, con le annesse capacità del soggetto di analisi e comprensione dei suoi stessi contenuti mentali e di intervento su di essi. Si prendono quindi in esame le relazioni interpersonali del soggetto, prestando particolare attenzione ai cicli interpersonali prevalenti e ai "test" con cui il paziente sollecita e mette alla prova la relazione col terapeuta [Perris C. (1994, 1996); Semerari A. (1999); Safran J.D. - Segal Z. (1993); Weiss J. - Sampson H. (1986); Weiss J. (1993)]. Sia nella fase di *assessment* che nella psicoterapia, viene utilizzato, caratteristicamente, nel contesto cognitivo interpersonale, lo strumento concettualizzato da Lorna Benjamin, ovvero l'analisi strutturale del comportamento interpersonale (Benjamin, 1974), che beneficia di oltre 25 anni di studi di validazione, è completamente ateoretico, ed è pensato per aiutare il clinico nella diagnosi e nel trattamento dei disturbi di personalità.

La valutazione clinica considera, in particolare, la storia di attaccamento, laddove si considera che traumi, anomalie e sofferenze di varia natura possono essere responsabili di danni alla funzionalità della coscienza, alla strutturazione del Sé e alla capacità di stare in relazione. Relazioni precoci di attaccamento con caratteristiche patologiche possono comportare, inoltre, deficit nella capacità di monitorare i propri processi mentali, e quindi nella consapevolezza dei propri pensieri, delle proprie emozioni, dei propri scopi e bisogni, con conseguenti stati di vuoto. Vengono indagate la teoria della mente del soggetto, ovvero la sua capacità di comprensione dello stato emotivo altrui e di rappresentazione del proprio mondo interiore, nonché le capacità associative, eventuali difficoltà di integrazione sincroniche, con pos-

sibili fenomeni dissociativi e stati di incertezza e confusione, e diacroniche, con possibili fenomeni di sfrangiamento, frammentazione e perdita della trama narrativa degli eventi vissuti e della propria storia. Compromissioni importanti sono tipiche dei disturbi mentali gravi (psicosi e disturbi di personalità), laddove nella pratica clinica è facile osservare come il paziente non riesca a sintonizzarsi con gli altri e come queste disarmonie relazionali siano correlate a specifici deficit dei processi meta-cognitivi (Perris, 1989; 1994; Semerari, 1999).

Lo svolgimento dell'iter di psicoterapia parte dalla constatazione che la persona non ha bisogno di ricevere nuovi contenuti e materiali dal terapeuta, ma debba essere aiutata a assimilare il proprio materiale che ancora non riesce pienamente a decodificare. La terapia è co-costruita dal terapeuta e dal paziente in ogni aspetto e questa costruzione non è valutabile in termini di verità, ma solo in quanto capace di far elaborare al paziente delle narrazioni della propria esperienza soggettiva più coerenti, articolate e ampie di quelle che egli è in grado di fare al momento dell'inizio della terapia.

In particolare, considerando la dimensione della regolazione della relazione terapeutica, ci si sofferma su quegli schemi relazionali che impediscono di attribuire un significato compiuto all'esperienza; si tiene conto che sia il paziente che il terapeuta interagiscono sulla base dei loro sistemi motivazionali. Questo fa sì che la terapia sia una collaborazione: la relazione terapeutica è una relazione d'aiuto, che viene realizzata in un momento di vulnerabilità del paziente che ne attiva il sistema dell'attaccamento. Entro tale relazione, dunque, si manifesteranno le strutture cognitive della persona che sono correlate all'attaccamento. Il terapeuta deve riuscire a cogliere i momenti in cui il paziente lo rappresenta come una figura d'attaccamento, al fine di promuovere la realizzazione di esperienze emozionali correttive delle relazioni d'attaccamento abnormi e, in linea con le nuove acquisizioni provenienti da Autori quali Weiss (1993) e Sampson (Weiss, Sampson, 1986), formarsi all'interazione relazionale sapendo prendere nella giusta considerazione la capacità di rispondere in modo adeguato ai "test di sicurezza" che il paziente gli muove.

In ogni caso il terapeuta opererà affinché la relazione terapeutica possa fungere da ausilio e da strumento per l'autoesplorazione. A tale scopo risulta di fondamentale importanza la capacità di non assumere atteggiamenti critici o preoccupati nei confronti delle emozioni discrepanti, pena la conferma dell'ipotesi tacita o esplicita del paziente che tali vissuti siano oggettivamente qualcosa di negativo ed estraneo al buon senso. Tale conferma diminuirebbe, anziché aumentare, la possibilità di prendere contatto con tali emozioni per poterle, attraverso la facilitazione offerta dagli strumenti e dall'addestramento di autoesplorazione, assimilare.

Nella relazione il terapeuta aiuterà, altresì, la persona a rendersi consapevole di molte sfumature emotive che trapelano a livello non verbale ma che non vengono messe chiaramente a fuoco né esplicitate. La relazione sarà concepita come un rapporto di studio all'interno del quale l'atteggiamento libero e sicuro del terapeuta consentirà al paziente di esplorare e avventurarsi all'interno di vissuti problematici, aiutato dal fatto che il terapeuta non mostra paura né si pone come figura controllante e giudicante. La capacità comunicativa appare, in tal sen-

so, fondamentale, giacché un atteggiamento non congruo da parte di un terapeuta che dica a parole che non ci devono essere argomenti tabù, ma che, nel contempo, si sente spaventato e lo mostra a livello non verbale, non potrebbe che inibire le capacità esplorative del paziente. In effetti, le comunicazioni implicite, tacite, non verbali, sono un dato del quale il paziente si accorge, potendo, peraltro, anche riservare attenzioni considerevoli verso il nostro modo di porci. Il nostro atteggiamento sarà per lui un tacito assenso a "studiare il problema", piuttosto che a sorvolarlo o a considerarlo qualcosa di erroneo che, semplicemente e inspiegabilmente, accade.

Utilizzare la relazione stessa come oggetto di studio e osservazione, aiutando il paziente a uscire dai giochi che tende a mettere in opera quando, ad esempio, sente che l'intimità del rapporto sta per aumentare, rappresenta l'aspetto "implicito" della relazione terapeutica, che può essere esplicitato a vantaggio del cambiamento e dell'evoluzione personale del paziente. In tali giochi il terapeuta assume un ruolo importante, giacché quando, ad esempio, si instauri una dinamica competitiva, molto rigida, ciò significa che il terapeuta ha, senza volerlo, raccolto la sfida che il suo paziente gli ha proposto, senza riuscire a mettere a fuoco la situazione per disimpegnarsi da una modalità che magari è disfunzionale nella vita del paziente. Riuscire a farlo significa dare al paziente un'opportunità che assume, come sempre, la forma di una perturbazione. Ogni volta che il paziente ha un atteggiamento oppositivo, competitivo, ma anche seduttivo, o manipolativo, sta offrendo al terapeuta una possibilità di comprendere e intervenire a questo livello utilizzando il principale strumento di decodifica che ha a disposizione: se stesso.

Bibliografia

1. Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders, Meridian, New York (NY) 1976 [trad. it. Principi di terapia cognitiva, Astrolabio, Roma, 1984].
2. Benjamin LS. Structural analysis of social behavior (SASB). *Psychological Review*, 1974; 81: 392-425.
3. Benjamin LS. *Interpersonal Reconstructive Therapy: promoting change in nonresponders*, Guilford, New York (NY) 2003 [trad. it. *La Terapia Ricostruttiva Interpersonale: provocare cambiamento nelle persone che non reagiscono*, LAS, Roma, 2004].
4. Bowlby J. *Attachment and loss. Vol. 1. Attachment*, Basic Books, New York (NY) 1969 [trad. it. *Attaccamento e perdita. Vol. 1*, Bollati Boringhieri, Torino, 1976].
5. Bowlby J. *Attachment and loss. Vol. 2. Separation: anxiety and anger*, Basic Books, New York (NY) 1973 [trad. it. *Attaccamento e perdita. Vol. 2*, Bollati Boringhieri, Torino, 1976].
6. Bowlby J. *Attachment and loss. Vol. 3. Loss: sadness and depression*, Basic Books, New York (NY) [1980 trad. it. *Attaccamento e perdita. Vol. 3*, Bollati Boringhieri, Torino, 1983].
7. Bowlby J. *A secure base*, Routledge, London 1988 [trad. it. *Una base sicura*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1989].
8. Cantelmi T. (Editor). *Manuale di Psicoterapia Cognitivo Interpersonale*, Roma Alpes 2009.
9. Chambless DL, Hollon S. Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998; 66: 7-18.
10. Damasio AR. *The feeling of what happens. Body and emotion in the making of consciousness*, Harcourt, New York

- (NY) 1999 [trad. it. Coscienza ed emozione, Adelphi, Milano, 2001].
11. Edelman GM, Tononi G. A universe of consciousness. How matter becomes imagination. Basic Books, New York (NY) 2000 [trad. it. Un universo di coscienza, Einaudi, Torino, 2000].
 12. Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy, Lyle Stuart, New York (NY) 1962 [trad. it. Ragione ed emozione in psicoterapia, Astrolabio, Roma, 1989].
 13. Guidano VF, Liotti G. Cognitive processes and emotional disorders. Guilford, New York (NY) 1983.
 14. Guidano VF. Complexity of the self. A developmental approach to psychopathology and therapy. Guilford, New York (NY) 1987 [trad. it. La complessità del sé. Un approccio sistemico-processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitiva, Bollati Boringhieri, Torino, 1988].
 15. Guidano VF. The self in process. Toward a post-rationalist cognitive therapy, Guilford, New York (NY) 1991 [trad. it. Il sé nel suo divenire. Verso una terapia cognitiva post-razionalistica, Bollati Boringhieri, Torino, 1992].
 16. Guidano VF. La psicoterapia tra arte e scienza. A cura di Giovanni Cutolo, FrancoAngeli, Milano 2008
 17. Horowitz MJ. Person Schemas and Maladaptive Interpersonal Patterns. University of Chicago Press, Chicago 1991 [trad. it. Schemi-persona e modalità di relazione disfunzionali, LAS, Roma, 2001].
 18. Kelly GA. The psychology of personal constructs, Norton, New York (NY) 1955 [trad. it. La psicologia dei costrutti personali. Teoria e personalità, Raffaello Cortina, Milano, 2004].
 19. Liotti G. La dimensione interpersonale della coscienza. Carocci, Roma 2005.
 20. Liotti G. La teoria della motivazione di Lichtenberg. Un confronto con la prospettiva etologico-evoluzionista. *Psicoterapia* 1995; 1: 104-112.
 21. Mahoney MJ. (Ed.) *Psychotherapy process. Current issues and future directions*, Plenum, New York (NY) 1980.
 22. Maturana HR, Varela FJ. *Autopoiesis and cognition. The realization of the living*, Reidel, Dordrecht (DE) 1980 [trad. it. *Autopoiesi e cognizione*, Marsilio, Venezia, 1985].
 23. Murray HA. *Explorations in personality*. Oxford University Press: New York 1938.
 24. Neisser U. *Cognitive psychology*. Appleton, New York (NY) 1967 [trad. it. *Psicologia cognitiva*, Giunti, Firenze, 1976].
 25. Neisser U. *Cognition and reality. Principles and implication of cognitive psychology*. Freeman, New York (NY) 1976 [trad. it. *Conoscenza e realtà*, Il Mulino, Bologna, 1981].
 26. Perris C. *Terapia con i pazienti schizofrenici*, Boringhieri, Torino, 1996. Edizione originale inglese: 1989.
 27. Perris C. *Terapia del paziente difficile*. Métis, Lanciano 1994.
 28. Safran JD, Segal Z. *Il processo interpersonale in psicoterapia cognitiva*. Feltrinelli, Milano, edizione originale inglese 1993.
 29. Searle JR. *The mystery of consciousness*. Granta Books, London (UK) 1997 [trad. it. *Il mistero della coscienza*, Raffaello Cortina, Milano, 1998].
 30. Semerari A. (ed.) *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*. Cortina, Milano 1999.
 31. Semerari A. *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Laterza, Bari 2000.
 32. Sullivan HS. *The interpersonal Theory of Psychiatry*. Norton, New York 1953.
 33. Weiss J. *How Psychotherapy Works. Process and Technique*. New York: Guilford 1993 (trad. it.: *Come funziona la psicoterapia*. Presentazione di Paolo Migone e Giovanni Liotti. Torino: Bollati Boringhieri, 1999).
 34. Weiss J, Sampson H & the Mount Zion Psychotherapy Research Group. *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observation, and Empirical Research*. New York: Guilford 1986 (trad. it. del cap. 1: Weiss, 1986).