

## Capitolo 1

### 1. Alleanza Terapeutica

#### 1.1 Definire l'alleanza terapeutica

Alleanza terapeutica (therapeutic alliance), alleanza di lavoro (working alliance), alleanza di aiuto (helping alliance) sono le formule più utilizzate, in letteratura, per indicare, all'interno di un processo psicoterapeutico, il reciproco accordo che s'instaura tra paziente e terapeuta riguardo agli obiettivi del cambiamento terapeutico, ai compiti necessari per raggiungere tali obiettivi ed allo stabilirsi di un legame volto a mantenere una collaborazione attiva tra paziente e terapeuta, basata sulla fiducia e l'accettazione reciproca (Bordin, 1979). Si è scelta la definizione di alleanza elaborata da Bordin, in quanto è l'autore che più di ogni altro ha contribuito al superamento dei confini tra le diverse impostazioni teoriche, sostenendo la necessità di comprendere il concetto di alleanza all'interno di una visione panteorica, capace di trascendere il modello psicoanalitico da cui ha avuto origine. L'alleanza è vista da Bordin come un fattore comune a tutte le psicoterapie, a prescindere dal loro orientamento teorico e dal loro modello operativo. L'autore, con la sua definizione del costrutto di alleanza, ha dato un importante impulso, non solo alla ricerca empirica, ma anche allo sviluppo di una nuova riflessione sull'alleanza. Questa così acquisisce un ruolo importante anche nella dimensione clinica, estendendosi a tutti i campi di intervento, in particolar modo, al cognitivismo (Colli & Lingiardi, 2003). La validità concettuale e clinica del costrutto di alleanza terapeutica resta molto controversa (Gaston & Marmar, 1994), essa s'intreccia, e a volte si contrappone, a concetti come transfert e controtransfert, relazione reale, e al più generale concetto di relazione terapeutica (Lingiardi, 2002). Le considerazioni teorico-cliniche relative al concetto di alleanza sono molteplici: vari autori hanno dibattuto sulla possibilità di distinguere le componenti intrapersonali e interpersonali che costituiscono l'alleanza terapeutica, hanno cercato di comprendere se e come paziente e terapeuta contribuiscono alla costruzione dell'alleanza, hanno riflettuto riguardo la visione del costrutto in esame come unidimensionale o multidimensionale ed inoltre si sono interrogati su quale ruolo, diretto o indiretto, ricopra l'alleanza nel cambiamento terapeutico e sul suo legame con la tecnica terapeutica (Henry & Strupp, 1994a, b).

## 1.2 Evoluzione storica del concetto di alleanza terapeutica

E' utile fare un breve percorso storico relativo all'evoluzione del concetto di alleanza per verificare come ha influito, in termini anche predittivi, sul senso della creazione della relazione stessa. Dopo un primo periodo (1912-1965) di teorizzazioni psicoanalitiche, volte a distinguere l'alleanza dal transfert e dalla relazione reale, e una seconda fase (1970-2000) caratterizzata dalla ricerca empirica e dalla costruzione di strumenti di valutazione ad hoc, tesi a dimostrare come l'alleanza sia un fattore fondamentale nel processo terapeutico comune a tutte le psicoterapie, siamo da poco entrati in una terza fase dello studio sull'alleanza, caratterizzata dall'approfondimento delle sue dinamiche relazionali, in particolare dei cicli di rottura e riparazione. L'alleanza come componente fondamentale della relazione terapeutica è stata inizialmente introdotta dalle teorizzazioni di Freud (1911-12) e Stern (1934) sulle funzioni dell'Io nel trattamento psicoanalitico. Le prime teorizzazioni sull'alleanza risalgono agli scritti di Freud (1914) sulla tecnica della psicoanalisi nei quali vengono esplorate le differenze tra aspetti nevrotici (transfert) ed aspetti amichevoli della relazione con il terapeuta. L'instaurazione di un rapporto di collaborazione con il paziente da parte del terapeuta fu considerato da Freud un prerequisito fondamentale allo sviluppo del processo terapeutico, ma anche un importante obiettivo a cui l'analista deve tendere. Nel "Compendio di psicoanalisi" (1938 p. 600) Freud descrive così l'alleanza: "L'Io è indebolito a causa dei suoi conflitti interni, dobbiamo accorrere in suo soccorso. E' un po' come una guerra civile che deve essere decisa con l'aiuto di un alleato che viene dal di fuori. Il medico analitico e l'Io indebolito del paziente, tenendosi ancorati al mondo esterno, devono formare un partito comune contro i nemici, le pretese pulsionali dell'Es, e le pretese di coscienza del Super Io. Concludiamo un patto insieme. L'Io del malato ci promette la più completa sincerità, ossia la disponibilità di tutto il materiale che la sua auto percezione gli fornisce, noi gli assicuriamo la più rigorosa discrezione e mettiamo a suo servizio la nostra esperienza nell'interpretazione del materiale influenzato dall'inconscio. Il nostro sapere deve compensare il suo non sapere, restituendogli la padronanza su quelle regioni della vita psichica su cui ha perso il controllo. In questo contratto consiste la situazione analitica." Il concetto di alleanza terapeutica è storicamente, quindi, incluso ed assorbito nel concetto di transfert, dato che Freud non aveva differenziato i due elementi all'interno della relazione terapeutica. Quando Freud (1912a, pp. 528-529) ha cominciato a descrivere il transfert, all'inizio del suo lavoro, ne parlava in questi termini: "trasferire sentimenti, emozioni, da una situazione del passato sulla figura presente del terapeuta". Affermando che il transfert è composto da diverse forme di attaccamento, egli distingueva un transfert positivo (costituito da amore, affetto, esigenze erotiche che andavano

sul terapeuta) da un transfert negativo (ostilità, odio e aggressività verso il terapeuta). Nonostante in questo periodo il transfert fosse ancora considerato come una resistenza al lavoro clinico e non come uno strumento indispensabile, Freud aveva già cominciato, senza saperlo, a parlare del rapporto terapeutico. In questa sua intuizione è importante non confondere i due tipi di realtà: la parte propria del rapporto affettivo che lega reciprocamente il paziente e il terapeuta, dalla parte inconscia, che attiene alla storia del paziente e che viene proiettata sul terapeuta o portata nella relazione con lui: stiamo parlando delle relazione reale e di quella transferale. Sterba (1934) concepisce l'alleanza non più come attaccamento libidico al terapeuta che spinge il paziente ad intraprendere la terapia, bensì come una rappresentazione dell'unione con il terapeuta che rafforza la parte adulta ed autonoma del paziente e che gli permette di lavorare per conto proprio. L'alleanza diventa una funzione attiva dell'Io. L'autore intravede la necessità di sviluppare nel paziente la capacità di distinguere gli elementi psichici focalizzati sulla realtà da quelli che non lo sono: si dovrebbe secondo l'autore incoraggiare il paziente a co-operare con l'analista contro qualcosa (sintomo, difese, patologia) che si trova in lui ed è fonte di disagio. Ipotizza l'attivazione di una "scissione terapeutica" dell'Io tesa a promuovere la differenziazione tra una parte "osservante" ed una "esperente". L'espressione "alleanza terapeutica" è stata usata per la prima volta dalla psichiatra americana Elisabeth Zetzel (1958) per descrivere la condivisione matura della realtà tra paziente e terapeuta nella situazione analitica: "un rapporto stabile e positivo tra terapeuta e paziente che mette in grado quest'ultimo di impegnarsi positivamente nel lavoro d'analisi. Avviene una scissione dell'Io: la parte dell'Io del paziente che osserva si allea con l'analista nel rapporto analitico, gradualmente si identifica con l'analista per modificare le difese patologiche che l'Io stesso, in posizione di difesa, ha innalzato contro le situazioni di pericolo interno. Il rapporto tra l'Io osservante del paziente e l'analista è basato su una relazione oggettuale e dipende dalla capacità del paziente stesso di sostenere un rapporto significativo uno-a-uno". (Zetzel, Meissner, 1973 p. 357). L'analista d'altro canto deve muoversi lungo un doppio binario: deve rispondere al paziente in termini di alleanza terapeutica, dall'altra in termini di traslazione. Un aspetto interessante della teorizzazione della Zetzel riguarda l'analogia tra relazione terapeutica e rapporto madre-bambino: la capacità del paziente di collaborare al trattamento e dividerne gli obiettivi si radica nell'esperienza relazionale vissuta con la madre. Qualche anno dopo, Ralph Greenson (1965) conia l'espressione "alleanza di lavoro", per definire quell'«insieme di atteggiamenti razionali e finalistici del paziente nei confronti dello psicoanalista [...] la capacità del paziente di lavorare nella situazione analitica [...]. Lo si vede soprattutto quando un paziente, pur se in

preda a un'intensa nevrosi di transfert, riesce a mantenere un efficiente rapporto operativo con l'analista». (Greenson,1967 p. 163). Si tratta di quelle componenti più mature e razionali del paziente che lo mettono in grado di mantenere un efficiente rapporto con l'analista anche in quei momenti in cui si sviluppa un'intensa nevrosi di transfert. “La vera alleanza si costituisce prevalentemente tra l'Io razionale del paziente e l'Io analizzante dell'analista ed il mezzo che la rende possibile è la parziale identificazione del paziente con l'approccio dell'analista nei suoi tentativi di comprendere il comportamento del paziente”. Per Greenson il transfert è una riedizione del passato, inappropriata rispetto al qui ed ora, per cui si può parlare di transfert solo quando “l'analista e l'analisi diventano la preoccupazione principale nella vita del paziente”. (1965, p. 179) L'autore che più d'ogni altro ha contribuito al superamento dei confini tra le diverse impostazioni teoriche è E. Bordin (1975), che sostiene la necessità di comprendere il concetto di alleanza all'interno di una visione "panteorica" capace di trascendere il modello psicoanalitico da cui ha avuto origine. L'alleanza è vista da Bordin come un fattore comune a tutte le psicoterapie indipendentemente dal loro modello teorico e operativo. Bordin definisce l'alleanza come "un reciproco accordo riguardo agli obiettivi (Goal) del cambiamento e ai compiti (Task) necessari per raggiungere tali obiettivi, insieme allo stabilirsi dei legami (Bond) che mantengono la collaborazione tra i partecipanti al lavoro terapeutico". (Bordin,1979 p.16). Per W. Meissner (1996) l'alleanza rappresenta un valore indipendente nel processo terapeutico ed in cui entrano in gioco reciprocamente sia la relazione terapeutica che il transfert. E' solo attraverso un'alleanza sicura e ferma che la persona può accedere alla sua parte più regressiva e problematica. L'alleanza per l'autore nasce dall'interazione tra empatia, desiderio di capire e capacità riflessiva del terapeuta e dal desiderio di essere aiutato e compreso da parte del paziente. Queste capacità sono proprie del Sé di entrambi i partecipanti che negoziano nell'alleanza, in base alle caratteristiche mature della personalità, un rapporto dinamico soggetto a modificazioni nel tempo. L'alleanza è una componente centrale del setting all'interno della quale possono aver luogo le esperienze personali e le identificazioni che possono mutare l'esperienza interna patogenica della persona. Meissner ne identifica le componenti principali in empatia, struttura terapeutica, responsabilità, autorità, libertà, fiducia, autonomia, iniziativa ed etica. In ogni relazione terapeutica accanto al transfert si trova sempre l'alleanza terapeutica. Ciò richiede il mantenimento di una differenziazione tra Sè e l'Altro, la tolleranza e la padronanza dell'ambivalenza e la capacità di distinguere, nella traslazione, la fantasia dalla realtà. D'altra parte, anche l'analista contribuisce al rapporto: le sue caratteristiche e la sua personalità hanno un'importante influenza nello stabilire l'alleanza terapeutica e la situazione analitica. L'analista

entra nel processo analitico come persona reale e non solo come un oggetto di traslazione. La situazione analitica può essere considerata come una situazione di conflitto indotto e controllato terapeutamente. La capacità di sopportare e di risolvere questo conflitto dipende dal successo con cui il paziente, a livello preedipico, ha saputo stabilire un rapporto saldo e fiducioso che riconosce la separazione e l'integrità degli individui partecipanti. Grazie al lavoro di alcuni autori, tra i quali spiccano i nomi di Safran e Muran, (1995) è cambiata la concezione dell'alleanza terapeutica: inizialmente definita come qualche cosa di statico, che c'è o non c'è, in favore di una concettualizzazione più dinamica e cangiante. In particolare, l'interesse si è concentrato su uno specifico aspetto: le rotture e le riparazioni dell'alleanza, viste in una luce diversa da ciò che tradizionalmente era considerato in termini di impasse. Safran e Muran definiscono l'alleanza come un processo di negoziazione intersoggettiva continua dei bisogni del paziente e del terapeuta: l'esperienza relazionale costruttiva con il terapeuta diventa il fattore più importante dei processi di cambiamento. L'essenza stessa del cambiamento si basa sullo sviluppo dell'alleanza, le sue rotture, le sue ricomposizioni. Gli autori offrono un modello esplicativo della ricomposizione delle rotture della relazione, dividendole in due sottotipi: da ritiro e da confronto. Nelle rotture da ritiro, il paziente si ritira dalla relazione con il terapeuta anche in modi molto sfumati, e allontana le proprie emozioni del dialogo terapeutico. Nelle fratture da confronto il paziente esprime più direttamente rabbia, risentimento o disaffezione nei confronti del terapeuta o di alcuni aspetti della terapia. I pazienti possono preferire una o l'altra modalità, ma naturalmente lo stesso soggetto può muoversi lungo il continuum che le unisce. La capacità della diade analitica di gestire in maniera flessibile queste oscillazioni rappresenta un effettivo obiettivo terapeutico. Il contributo più decisivo nella concettualizzazione delle resistenze e delle empassse terapeutiche viene oggi dagli autori di orientamento relazionale, il cui approccio è centrato sullo studio dei processi che reciprocamente coinvolgono e influenzano paziente e terapeuta: ciò che oggi chiamiamo intersoggettività (Mitchell, Aron, 1999; Mitchell, 2002). La revisione dei concetti di intrapsichico e interpersonale ha giocoforza modificato la nostra comprensione dei concetti di resistenza e difesa. Da un punto di vista intersoggettivo, le difese non sono più un fenomeno intrapsichico, un sistema chiuso che permette alla personalità di funzionare più o meno adattivamente. Al contrario, sono plasmate e costantemente influenzate dal contesto interpersonale. Come ogni altro aspetto del funzionamento della personalità, le difese sono inscindibili dai processi di influenza relazionale e di mutua regolazione. Il terapeuta ad orientamento relazionale è interessato alla coppia terapeutica e cerca di capire le difese come qualcosa che il paziente porta in ogni contesto interpersonale, ma che poi si manifestano in

modo specifico nella singolarità dei contesti. Più che concentrarsi esclusivamente su come opera la difesa all'interno del paziente, egli dovrà invece rivolgersi al modo in cui il processo difensivo opera all'interno della diade terapeutica. L'alleanza diventa così un fattore predittivo e curativo della terapia. Infatti, perché si verifichi il cambiamento terapeutico, il paziente deve non solo diventare consapevole di aspetti di sé che fino ad allora non erano tali, ma deve imparare a riconoscere e comprendere i propri stati d'animo, ad entrare in contatto con le proprie emozioni e con quelle degli altri e questo può avvenire solo all'interno di una dimensione relazionale, attraverso l'esperienza del rapporto terapeuta-paziente. Lungo questo cammino sono inevitabili periodiche rotture (o fratture) dell'alleanza terapeutica; può cioè capitare che il paziente, ad un certo punto del percorso, metta in discussione il lavoro fatto fino a quel momento o il rapporto con il terapeuta. Queste incrinature non vanno però considerate solo come un ostacolo alla relazione e alla terapia, ma possono acquistare un importante significato se vengono colte dal terapeuta e segnalate al paziente. Se vengono elaborate, se diventano cioè oggetto di lavoro comune, possono fornire spunti di riflessione di grande interesse e valore per la terapia; la loro risoluzione può rafforzare il legame e porre le basi per la costruzione di una nuova alleanza rinnovata.

### 1.3 Alleanza terapeutica nella Teoria dell'Attaccamento

Altri autori, Gitelson (1962), Horwitz (1974) e più recentemente Bowlby (1988), hanno offerto una concettualizzazione di alleanza più legata agli aspetti della relazione di attaccamento. Tali teorizzazioni rimandano alla teoria delle relazioni oggettuali (Bibring, 1937), che vede nella situazione terapeutica una base per la creazione di una nuova relazione oggettuale (Horvath & Luborsky, 1993; Frieswyk et al., 1994). In sostanza, il pensiero di Gitelson, Horwitz e Bowlby, inquadra l'instaurarsi di una nuova relazione oggettuale come ciò che permette al paziente, parte attiva del processo terapeutico, di sviluppare la capacità di formare una positiva e gratificante relazione con il terapeuta. Questo tipo di attaccamento è qualitativamente differente dal tipo di legami fondati sulle relazioni infantili precoci e rappresenta, quindi, una nuova classe di eventi. Il compito del terapeuta, secondo tali autori, è mantenere una positiva e reale posizione nei confronti del paziente, fornendo al soggetto la possibilità di riflettere sulle discrepanze tra aspetti reali e distorti della relazione (Frieswyk et al., 1994).

### 1.4 Sviluppo del concetto d'alleanza nella letteratura CognitivoComportamentale e Costruttivista

Inizialmente l'attenzione dei teorici di orientamento comportamentale e cognitivo è stata più rivolta ai fattori tecnici considerati come fondamentali responsabili dell'efficacia terapeutica, mentre le variabili relazionali sono state viste come fattori secondari. Gli studi comportamentisti si sono concentrati sulla dimostrazione del primato delle tecniche e hanno considerato la relazione terapeutica né necessaria né sufficiente per l'efficacia del trattamento, ma un utile elemento in qualche circostanza. Negli anni Sessanta il comportamentismo ha abbracciato due modelli: il primo, il condizionamento operante, vede il terapeuta come una sorgente di stimoli discriminativi e di rinforzi, utile per la realizzazione del programma di modificazione del comportamento dei pazienti; il secondo, l'apprendimento sociale, vede il terapeuta come un modello positivo da cui il paziente può apprendere. L'incorporazione nella tradizione comportamentale di principi tratti dalla psicologia sociale ed evolutiva ha fornito un contesto dove i processi di influenza sociale come persuasione, aspettativa e attrazione personale sono stati ritenuti fondamentali. La relazione terapeutica è stata oggetto di un crescente interesse concettuale che ha portato al fiorire di numerosi studi volti a dimostrare che i pazienti percepiscono il rapporto con il terapeuta come cruciale. Sul finire degli anni Settanta c'è stato un pieno riconoscimento dell'elemento relazionale in quanto è cresciuta la consapevolezza che la qualità dell'interazione paziente-terapeuta è estremamente importante per lo svolgimento del trattamento (Cionini, 1998; Safran & Segal, 1990). Beck (1976), importante esponente delle terapie ad orientamento cognitivo, sottolinea la necessità "di concepire la relazione terapeutica come uno sforzo congiunto. La funzione del terapeuta non è quella di cercare di riformare il paziente, quanto piuttosto di lavorare insieme al paziente contro i problemi di quest'ultimo" (p. 161). Importante per Beck è il concetto di cooperazione che definisce "empirismo collaborativo", secondo l'autore "l'efficacia della terapia cognitiva dipende, in ogni momento, dal livello di congruenza che si stabilisce tra le aspettative del paziente relative agli obiettivi terapeutici, e quelli del terapeuta. Di grande importanza sono la fiducia reciproca e il riconoscimento delle richieste dei pazienti [...] La natura collaborativa del setting è una delle più importanti componenti della terapia cognitiva" (Beck & Freeman, 1990, p. 6). Una terapia strutturata come quella cognitiva necessita dell'impegno del paziente nell'applicazione delle tecniche previste. Perché il paziente collabori, è indispensabile che abbia fiducia nel trattamento e condivida gli obiettivi del terapeuta. Come sottolinea Semerari (2000), l'accento posto dall'autore sull'importanza di un accordo su compiti e scopi del trattamento e dell'aspetto relazionale, dimostra la sua vicinanza alle idee di Bordin (1979). Altri terapeuti cognitivisti hanno riconosciuto l'importanza dell'elemento relazionale e dei processi interpersonali attivi nella terapia per il processo di cambiamento (Greenberg &

Safran, 1987; Safran & Segal, 1990; Semerari, 1991). Secondo questi autori, infatti, la relazione terapeutica e i processi cognitivi che vi sono implicati costituiscono l'elemento principale della cura, a differenza degli autori appartenenti all'approccio standard che, invece, ritengono la relazione importante solo in funzione della possibilità del dispiegarsi delle tecniche (Semerari, 2000). Il costruttivismo inizia a delinearsi agli inizi degli anni Ottanta e rappresenta un'evoluzione del modello cognitivo. Con la sua nascita, vari studiosi, collocandosi nei diversi filoni teorici di questo orientamento, parlano della relazione e dell'alleanza terapeutica ognuno con i propri termini. Kelly (1995) definisce, ad esempio, la relazione come una ricerca all'interno della quale il paziente e il terapeuta svolgono ruoli diversi ma complementari, paragonati alla coppia ricercatore-supervisore in cui l'uno, il paziente, è il massimo esperto dell'oggetto della ricerca poiché ha un contatto diretto con esso, e l'altro, il terapeuta, è invece l'esperto del metodo che segue e controlla tutto il lavoro che entrambi effettueranno insieme. Secondo Guidano e Liotti (1983) l'esperienza terapeutica può essere definita come l'incontro tra due organizzazioni cognitive complesse, in cui quella del paziente cerca elementi che gli facciano superare le proprie sofferenze mentre quella del terapeuta assimila nuove informazioni sull'esser umano e quindi anche su se stesso. All'interno della relazione che si viene a creare, l'attenzione è posta principalmente sull'alleanza terapeutica che costituisce un legame di cooperazione e accettazione degli scopi comuni e dei rispettivi ruoli. Anche Semerari (1991) sottolinea l'importanza che paziente e terapeuta condividano gli obiettivi della terapia e adottino mezzi per perseguirli. Inoltre risulta indispensabile che il paziente abbia fiducia nelle competenze e nella serietà del terapeuta e che il terapeuta creda nelle risorse del paziente e nella sua voglia di guarire, in un rapporto di reciproca fiducia. "La relazione terapeutica nell'ottica costruttivista è stata descritta come un'alleanza collaborativa con finalità conoscitive, nella quale paziente e terapeuta hanno ruoli distinti e complementari [...] in funzione di obiettivi comuni" (Cionini, 1998, p. 148). Cionini e Mattei (1991) spiegano che la relazione terapeutica può essere anche uno strumento di cambiamento. Infatti il paziente, quando percepisce il terapeuta come una persona stabile in grado di comprenderlo, di sostenerlo emotivamente in modo costante e di aiutarlo, tende a riprodurre nei suoi confronti gli schemi affettivo-emotivi dell'attaccamento nella loro forma adulta. Gli schemi di attaccamento primari vengono modificati nel corso della vita dalle esperienze, ma mantengono le loro caratteristiche di base. Queste tendono a perpetuarsi in ogni relazione, quindi anche in quella terapeutica, e ad influenzarla. Il paziente quindi investirà nella figura del terapeuta tutte quelle aspettative che fanno parte delle sue esperienze emotive con le figure di attaccamento. Questo permette al terapeuta di mostrare al paziente la



sua modalità di relazionarsi e di aiutarlo a ricostruire i propri schemi interpersonali e di attaccamento. Inoltre, l'attivazione degli schemi interpersonali nella relazione terapeutica offre la possibilità di riflettere sui ricordi infantili del paziente e di ricostruire le sue esperienze con le figure di attaccamento ed i processi attraverso i quali si sono organizzate le strutture per la costruzione del sé e degli altri. La relazione con il terapeuta, quindi, rappresenta per il paziente una "base sicura" che permette l'esplorazione anche dei momenti più difficili della sua vita, come sosteneva Bowlby (1988). La ricostruzione del passato e la sperimentazione nel trattamento di nuovi stili di rapporto affettivo che invalidano le aspettative stereotipate del paziente, possono portare alla ricostruzione dell'immagine di sé e all'attribuzione di nuovi significati nella lettura del comportamento degli altri (Cionini, 1998). Infatti, le previsioni negative sugli atteggiamenti propri ed altrui contenute negli schemi interpersonali del paziente, influenzano il suo modo di porsi nelle relazioni con gli altri che sarà connotato da segnali espressivi a valenza negativa. Questi vengono colti dagli altri che, di conseguenza, assumeranno attitudini e comportamenti in risposta, a loro volta connotati negativamente, confermando così le aspettative iniziali del paziente e dando luogo ad un circolo vizioso. La relazione terapeutica svolge il ruolo di favorire esperienze correttive di questi cicli interpersonali viziosi: il paziente, attraverso l'esperienza di nuovi stili di rapporto che non confermano le sue aspettative negative, potrà modificare i propri schemi interpersonali disadattivi (Semerari, 2000). Perché la relazione terapeutica possa svolgere questi molteplici ruoli (di influenza positiva sulla motivazione del paziente alla cura e all'impegno serio di applicazione delle tecniche, di contesto adeguato in cui sia possibile prendere coscienza dei propri schemi interpersonali, di esperienza direttamente correttiva), questa deve subire un'evoluzione nel corso della terapia. Cionini e Mattei (1991), individuano delle tappe comuni che caratterizzano quest'evoluzione malgrado la singolarità e l'unicità di ogni relazione terapeutica: 1) il paziente si costruisce la figura del terapeuta come persona capace di comprenderlo (primo elemento indispensabile per costruire una buona relazione, che dipende direttamente dalla capacità di ascolto del terapeuta); 2) il paziente si costruisce la figura del terapeuta come persona affidabile (il terapeuta è visto come persona in grado di aiutarlo, sostenerlo e guidarlo durante il trattamento, una "base sicura", un punto fermo da cui partire per esplorare le proprie costruzioni di sé e del mondo); 3) il paziente si costruisce la figura del terapeuta come persona capace di offrirgli strumenti utilizzabili nel processo di crescita (modelli e schemi di costruzione del sé e del mondo interiorizzabili perché congruenti ai suoi bisogni e scopi); 4) il paziente si costruisce la figura del terapeuta come figura stabile di attaccamento (il terapeuta non viene visto come una persona reale, ma viene idealizzato dal

paziente; le forme che la relazione può assumere sono quelle dell'assimilazione del terapeuta a una figura genitoriale, dell'identificazione con il terapeuta o dell'innamoramento); 5) il paziente si costruisce la figura del terapeuta come persona reale emotivamente significativa (questa rappresenta la fase finale della terapia, il paziente dovrebbe aver falsificato le sue aspettative stereotipate verso sé e gli altri grazie alla sperimentazione di un legame di attaccamento con il terapeuta diverso da quelli costruiti nell'arco della vita; il terapeuta non è più idealizzato ma è visto come una persona reale verso la quale si possono provare sentimenti reali e dalla quale è possibile staccarsi). Gli autori di questo modello concettuale ritengono che, in un lavoro terapeutico, sono proprio i processi interpersonali e un clima relazionale favorevole a garantire un miglioramento del paziente; collaborazione, coinvolgimento e un clima di fiducia sono necessari per ottenere risultati positivi dal processo terapeutico. Una buona relazione è considerata necessaria ma non sufficiente, occorre che sia regolata da principi teorici e tecnici. Non ha senso, quindi, contrapporre l'enfasi posta sulla relazione a quella posta sulle tecniche, è invece importante considerare entrambe come un tutto inscindibile (Semerari, 2000). Tecnica e relazione sono due elementi ugualmente necessari e indispensabili per il processo che paziente e terapeuta intraprendono insieme, rappresentano i principali elementi di cura, costantemente presenti ed integrati (Safran & Segal, 1990).

### 1.5 Rotture e riparazioni dell'alleanza terapeutica

Safran e Muran hanno condotto delle ricerche (Safran, 1990; Safran & Muran, 1995, 1996, 1998, 2000a, b) cercando di collocare le teorizzazioni sul concetto di alleanza all'interno del contesto clinico ed empirico. Questi studi nascono all'interno dell'approccio della psicologia interpersonale ma trovano applicazione nelle varie psicoterapie. L'alleanza viene definita da questi autori come un processo di negoziazione intersoggettiva continua dei bisogni del paziente e del terapeuta, l'alleanza non è vista come qualcosa di statico che può essere presente o assente nella terapia, ma come qualcosa di dinamico e variabile che durante tutto il percorso del trattamento subisce varie modificazioni. L'esperienza relazionale costruttiva con il terapeuta è uno dei fattori più importanti per il processo di cambiamento e di sviluppo che si svolge nel corso della terapia; l'essenza stessa del cambiamento si basa sullo sviluppo dell'alleanza, sulle sue rotture e ricomposizioni. Le rotture dell'alleanza terapeutica vengono definite come disaccordi circa i compiti o gli obiettivi della terapia o come problemi nella dimensione del legame e possono variare di intensità, durata e frequenza. Spesso hanno luogo quando il terapeuta, senza volerlo, partecipa a un ciclo interpersonale disfunzionale che

rappresenta le caratteristiche delle altre interazioni del paziente confermando le sue aspettative su sé e il mondo e le sue rappresentazioni generali delle interazioni con gli altri. Il comportamento del terapeuta può confermare la visione del paziente perpetuando così un circolo vizioso. Le rotture, quindi, sono viste non come un malfunzionamento della terapia ma, come punto da cui partire per sviluppare una nuova consapevolezza del paziente e del terapeuta; la loro esplorazione, la loro comprensione e la loro risoluzione, possono portare alla modifica degli schemi interpersonali maladattivi del paziente. Le rotture possono essere affrontate tramite interventi diretti o indiretti. Quando il disaccordo è sui compiti o gli obiettivi, l'intervento diretto consiste nel ribadire la logica che è alla base del trattamento o chiarire eventuali incomprensioni. In certe situazioni, il processo di chiarimento dei fattori che portano a un disaccordo circa i compiti o gli obiettivi conduce all'esplorazione dei temi relazionali fondamentali del paziente e dei suoi schemi interpersonali. Gli interventi indiretti, invece, vertono sulla riformulazione dei compiti e delle mete in termini che siano accettabili per il paziente, oppure sulla modifica di questi per renderli più coerenti con quelli del paziente per aumentare in lui la motivazione ad impegnarsi. Se, al contrario, i problemi riguardano il legame, gli interventi diretti possono focalizzarsi sul chiarimento delle incomprensioni sorte nel qui e ora della terapia, oppure, possono essere diretti all'esplorazione dei temi interpersonali centrali. In questo tipo di esplorazione, la risoluzione della rottura dell'alleanza costituisce il vero e proprio compito terapeutico piuttosto che la necessaria preconditione dello svolgimento efficace di altri compiti. Gli interventi indiretti sul legame si distinguono nella alleanza con la resistenza, che aiuta il paziente ad accedere ad aspetti evitati dell'esperienza, e nella nuova esperienza relazionale correttiva, in cui il modo di relazionarsi del terapeuta disconferma lo schema interpersonale disfunzionale del paziente (Safran & Muran, 1996, 2000a, b). Sulla base delle evidenze empiriche emerse dai loro studi, Safran e Muran hanno costruito due modelli esplicativi della ricomposizione delle rotture dell'alleanza. Il primo modello è quello del ritiro (rotture withdrawal) che si caratterizza per la presenza di segni di rottura da parte del paziente più sfumati e poco espliciti, e il secondo è quello della confrontazione (rotture confrontation) che si caratterizza invece per modalità più esplicite e di confronto aperto con il terapeuta (Safran, 2000a, b). I pazienti possono presentare una predominanza di un tipo di rottura rispetto all'altro, riflettendo differenti stili di coping o adattamento, oppure lo stesso paziente può presentare, durante il trattamento, entrambi i tipi di rottura in momenti diversi o addirittura contemporaneamente. Il terapeuta deve essere sensibile alle caratteristiche particolari della rottura, e non restare bloccato in una definizione del paziente come appartenente esclusivamente o alla tipologia del confronto o a

quella del ritiro. Le varie fasi dei modelli possono essere concettualizzate sia come compiti differenti fondamentali, perché il paziente possa affrontare i diversi momenti del processo di risoluzione, sia negli interventi facilitanti del terapeuta. I compiti del paziente non sono costituiti da azioni intenzionali ma da complesse operazioni intrapsichiche. Il compito del terapeuta è quello di dimostrare una certa volontà di restare vicini al paziente e di lavorare per comprendere quanto sta accadendo tra di loro (Safran & Muran, 2000a, b). Il terapeuta deve essere sensibile ad ogni segnale di possibile rottura e pronto a spostare l'attenzione sulla relazione attuale, sul qui e ora, per indagare tali rotture e le loro motivazioni, intervenendo dal vivo sugli schemi maladattivi del paziente e approfondendone le cause. Il terapeuta, per facilitare nel paziente la comprensione di quanto sta accadendo nella relazione terapeutica e delle cause che hanno portato alla rottura dell'alleanza, si serve della metacomunicazione. Questa tecnica consiste nel tentativo di uscire dal circolo relazionale vizioso considerandolo come punto focale di un'esplorazione collaborativa. Gli autori sottolineano anche l'importanza che il terapeuta riconosca le proprie responsabilità per evitare che i partecipanti al processo terapeutico s'irrigidiscano in posizioni ostili e difensive (Safran & Muran, 2000a, b).

## 2. L'alleanza terapeutica nella teoria dei sistemi motivazionali interpersonali

Come precedentemente illustrato, base fondamentale per un buon lavoro terapeutico è una adeguata sintonia intersoggettiva tra paziente e psicoterapeuta. Questo perché sono ormai numerosi gli studi che descrivono come la qualità della relazione giochi un ruolo decisivo nello sviluppo delle capacità cognitive. Molti sostengono che esista uno stretto rapporto tra stile di attaccamento sicuro e lo sviluppo ottimale delle competenze metacognitive (Fonagy et al. 2003; Main, 1991; Meins, 1997) al contrario, esperienze favorevoli di attaccamento sembrano coinvolte nel causare problemi nello sviluppo meta cognitivo e disregolazione delle emozioni (Bateman Fonagy, 2004; Fonagy et al., 2003; Lyons – Ruth, 2003; Schore 2003). Oltre allo stile di attaccamento, fondamentali nello sviluppo delle abilità metacognitive sono i Sistemi Motivazionali Interpersonali (SMI). Il concetto di sistema motivazionale indica il processo mentale che regola un particolare genere di condotta e i relativi stati interni (emozioni o sensazioni corporee) in vista di una specifica meta (Lichtenberg 1989). Gli SMI sono fondati su potenti tendenze innate, frutto dell'evoluzione darwiniana, e regolano comportamento e emozioni in vista di specifiche mete. Non sono rigidi e inflessibili come gli istinti perché sono plasmati dalle memorie di quanto è precedentemente accaduto durante il loro esercizio. Tuttavia il loro funzionamento acquisisce caratteristiche varianti individuali

dovute all'effetto di elementi appresi (Bowlby, 1969). Le conoscenze accumulate finora sull'evoluzione del cervello, del comportamento e della mente nei vertebrati sostengono la validità di una prospettiva gerarchica dei sistemi motivazionali in cui i sistemi superiori si costruiscono a partire da quelli inferiori. Nel livello più basso si trovano i sistemi motivazionali che regolano la condotta degli organismo nei confronti dell'ambiente non sociale. Tale livello di base è rappresentato dal lavoro svolto dai neuroni localizzati nel cervello rettiliano (tronco encefalico, ipotalamo, talamo, nuclei della base) che controlla i comportamenti e le funzioni fisiologiche necessarie per il mantenimento dell'omeostasi corporea (alimentazione, respirazione, termoregolazione, sonno, eliminazione urine e feci). Insieme a questi sistemi fisiologici troviamo a questo livello altri sistemi finalizzati a: proteggere l'organismo dai pericoli ambientali tramite i comportamenti di attacco/fuga, immobilizzazione o finta morte; esplorare l'ambiente rispetto ai propri bisogni alimentari e riproduttivi; procacciare cibo; regolare l'accoppiamento sessuale. Le motivazioni rettiliane regolano quindi il movimento attivo dell'organismo nell'ambiente al fine di soddisfare i bisogni metabolico – riproduttivi. Su queste strutture e processi arcaici poggiano i sistemi psicobiologici, evolutivamente più recenti, che controllano l'interazione sociale, caratteristica degli uccelli e soprattutto dei mammiferi, di cui l'amigdala, ippocampo, e il giro del cingolo formano i centri più importanti. I sistemi motivazionali regolati da questo livello comprendono la richiesta di cura e di vicinanza protettiva, l'offerta di cura e le condotte aggressive ritualizzate che mediano la competizione per il rango sociale (dominanza – subordinazione). Il sistema motivazionale che regola la richiesta di cura corrisponde al sistema che Bowlby ha chiamato di attaccamento (Bowlby, 1969). Tali sistemi possono essere assicurati con certezza a livello limbico, essendo presenti in tutte le specie di mammiferi. Un ulteriore comportamento imputabile all'attivazione di tale sistema motivazionale è la collaborazione paritetica intesa come quel comportamento in cui due individui raggiungono un comune obiettivo tramite un reciproco contributo; tale collaborazione cessa al raggiungimento dell'obiettivo. Il cervello limbico regola quindi il comportamento teso a soddisfare i valori interindividuali diadici. A livelli gerarchicamente superiori (cervello neocorticale) è possibile trovare, in alcune specie di mammiferi, ed in particolare nell'uomo, un sistema motivazionale che regola le condotte tese a soddisfare i valori sovraindividuali. Per comprendere tale modello è fondamentale aggiungere che il funzionamento di questi sistemi motivazionale è caratterizzato da una funzione regolatrice dei sistemi più elevati su quelli inferiori e che ci sia un funzionamento bidirezionale del sistema (top- down – bottom-up). Inoltre, l'operare degli SMI consiste nell'emissione reciproca di segnali comunicativi non

verbali, non subordinati ad alcune forme di conoscenza esplicita, ma mediata dal sistema dei neuroni mirrors (neuroni specchio). Ogni gesto, ogni espressione emozionale conseguente all'attivazione di uno SMI viene percepito dal sistema mirror, che riproduce nel percipiente gli schemi motori coinvolti nel gesto dell'altro. Diviene così nota al percipiente a livello implicito l'intenzione finale del gesto. Dal momento che l'intenzione del gesto non è consapevole neanche a chi lo compie, la sintonizzazione degli SMI tra due individui che interagiscono, non richiede dunque alcun coinvolgimento della coscienza.

## 2.1 Sistema motivazionale cooperativo e metacognizione

Per metacognizione si intende l'insieme delle conoscenze e delle abilità, sviluppandosi nel corso dell'infanzia, permettono ad ogni essere umano di comprendere i fenomeni mentali e di riflettere su di essi con finalità adattive (Liotti, Monticelli; 2014). Possedere una competenza metacognitiva vuol dire possedere una teoria della mente (Baron- Cohen, 1995), ovvero la capacità di rappresentarsi eventi mentali, di attribuire a se e agli altri stati mentali e di prevedere e spiegare il comportamento sulla base di queste rappresentazioni. Le abilità metacognitive non sono una funzione unitaria e monolitica, ma un insieme di funzioni o meglio una funzione sovraordinata composta da diverse sottofunzioni. Tale abilità viene acquisita durante lo sviluppo con delle tappe ben precise. L'attenzione condivisa intorno ai 9 mesi, la condivisione delle intenzioni e finalità verso il primo anno di vita, il gioco di finzione verso i due anni ed un iniziale accesso agli stati mentali attorno ai quattro anni, in cui il bambino è in grado di prevedere le azioni degli altri sulla base delle informazioni che sa essere in possesso dell'altro, rappresentano le fondamenta su cui in seguito si svilupperanno le più elevate funzioni metacognitive. L'interazione con l'adulto, però, è la condizione fondamentale per lo sviluppo delle funzioni metacognitive in quanto permette la condivisione che produce nel bambino la fluidità e la continuità della coscienza che si accompagna da un lato alla consapevolezza dell'obiettivo che si persegue e dall'altro alla consapevolezza dell'individuo che partecipa al raggiungimento dello scopo. Esiste quindi un parallelismo tra lo sviluppo delle funzioni metacognitive nel bambino e il progressivo sviluppo di una coscienza unitaria (grazie all'interazione con l'altro) e la costruzione dell'alleanza terapeutica e lo sviluppo di abilità riflessive nella terapia. Così come nello sviluppo del bambino è fondamentale il progressivo sviluppo della coscienza e della sua unitarietà (grazie all'interazione con l'altro diverso da sé) affinché si possa esercitare la funzione autoriflessiva tipica della metacognizione, allo stesso modo accade nella costruzione dell'alleanza terapeutica. L'esperienza cosciente si costruisce a partire dalle emozioni, specifiche per ogni

livello gerarchico, che costituiscono quella che Edelman (1999) chiama coscienza primaria e Damasio coscienza nucleare (1989). L'esperienza emotiva rende cosciente in entrambi gli individui che interagiscono, a un livello pre riflessivo, l'aspetto immediato (non mediato dal linguaggio, né dal pensiero discorsivo) dell'incontro e dei motivi sottesi. Quindi l'esperienza emotiva costituisce il primo motore del pensiero simbolico non verbale (Bucci, 1997) e il materiale di partenza su cui questo, e in seguito il linguaggio e il pensiero discorsivo operano. Le strutture di significato costruite dalla memoria ed elaborate dal linguaggio e dal pensiero sono dunque ricche di esperienza emozionale, di percezione interpersonale e di motivazione che sottendono l'incontro tra sé e l'altro. La coscienza è quindi un processo riflessivo che consente l'autoregolazione (modulazione) del comportamento. Nelle relazioni diadiche la qualità della coscienza varia a seconda del tipo di rapporto in atto (attaccamento / accudimento; agonismo, cooperazione). Se si pensa all'attivazione dei sistemi motivazionali interpersonali che sostengono l'attaccamento/ accudimento e agonismo obbligatoriamente si penserà alla relazione interpersonale come costituente sia dello strumento, che del fine dell'azione intersoggettiva. Tale relazione, sottesa all'attivazione del cervello limbico è di conseguenza caratterizzata da una scarsa differenziazione sé – altro (contagio emotivo) ed a un basso livello di coscienza (ridotta riflessività e aumento dei comportamenti automatici) nei partecipanti alla relazione. Se pensiamo invece all'attivazione dei sistemi motivazionali interpersonali che sottendono la cooperazione, in cui la relazione interpersonale costituisce lo strumento per il raggiungimento del fine condiviso esterno alla relazione interpersonale, questo permette l'attivazione delle strutture neo corticali e la relazione sarà caratterizzata da un'alta differenziazione sé – altro (teoria della mente) e di conseguenza da un alto livello di coscienza (alta riflessività e modulazione dell'attività connessa all'attaccamento, accudimento, agonismo). Solo con l'attivazione di tale sistema è possibile osservare l'agire delle funzioni metacognitive in quanto sottese da un elevato livello di autocosciende. Se si pensa al dialogo clinico questo permette di capire meglio l'importanza dell'alleanza terapeutica intesa come quota di rapporto di tipo cooperativo presente nella relazione terapeutica. Il prevalere del sistema cooperativo in entrambi i membri della diade terapeutica implica la condivisione dell'intenzionalità di base (obiettivo comune) e la percezione interpersonale di pariteticità ne consegue che, la diretta conseguenza è l'esplicazione delle funzioni cognitive autoriflessive della terapia. La relazione terapeutica, come tutte le relazioni professionali si fonda però sulla non- pariteticità dei ruoli delle competenza tra professionista e utente. Considerando la conquista di un buon funzionamento meta cognitivo, uno dei principali obiettivi da perseguire in qualsiasi processo psicoterapeutico, consegue che

la relazione terapeutica deve tenere il più possibile alla pariteticità e quindi all'attivazione del sistema cooperativo in entrambi i componenti della diade. Tale attivazione è cercata fin dai primi incontri di una psicoterapia cognitiva, quando è concordato esplicitamente l'obiettivo che la coppia terapeuta / paziente si prepara ad avviare e definire il rapporto terapeutico in termini di cooperazione e reciproco impegno. Quando i due partecipanti condividono l'attenzione consapevole sull'idea che la loro relazione sarà guidata da un obiettivo comune, è molto probabile che in quel momento sia attivo il sistema cooperativo paritetico al di là dei diversi ruoli relazionali "terapeuta e paziente". La capacità da parte del paziente di accedere a stati mentali tipici dell'attivazione del sistema cooperativo durante il dialogo clinico, diventa una misura indiretta delle abilità metacognitive alla collaborazione tra pari. Le funzioni mentali e cerebrali connesse all'attivazione di tale sistema sono molto complesse e comprendono: - Il riconoscimento delle intenzioni dell'altro; - Una memoria di lavoro più ampia di quella richiesta per l'esercizio degli SMI che richiedono la comunicazione "faccia a faccia" (le intenzioni dell'altro devono essere ricordate anche quando non sono rivelate direttamente dall'osservazione immediata); - La capacità di mantenere a lungo la condivisione dell'attenzione verso lo stesso scopo; - L'abilità di modulare e integrare strategie comportamentali, emozioni e schemi cognitivi tipici degli altri SMI. L'attivazione del sistema cooperativo paritetico suggerisce l'esistenza di profili di funzionamento cognitivo del tutto diversi da quelli che sembrano caratterizzare le motivazioni di attaccamento e di rango. Il sistema cooperativo è correlato a funzioni metacognitive più articolate e complesse. Tali capacità metacognitive si esprimono attraverso la capacità del soggetto di cogliere relazioni tra le diverse componenti dell'esperienza e di utilizzarle in una descrizione degli eventi completa, articolata e coerente. Contrariamente a quanto riscontrato nelle attivazioni del sistema di rango, con l'attivazione del sistema cooperativo si assiste al successo delle funzioni di decentramento e delle capacità di elaborare strategie efficienti per gestire il disagio. Con l'attivazione del sistema di rango, il deficit cognitivo caratteristico che emerge durante il dialogo clinico è proprio quello di decentramento, ossia la capacità di prescindere dalla propria prospettiva nella valutazione degli eventi. Questo produce la descrizione di un mondo intersoggettivo stereotipato, in cui gli altri sembrano impegnati unicamente in attività che comportano l'attenzione esclusiva alle azioni del parlante (giudizio, danno, inganno, ammirazione). Poiché l'interazione di rango comporta la rapida identificazione dei segnali di aggressione provenienti dall'antagonista, e l'altrettanto rapida valutazione degli effetti della propria aggressione sull'altro, questo funzionamento cognitivo appare compatibile con l'organizzazione di pensiero e delle condotte necessaria ad una competizione efficiente.



L'elaborazione delle informazioni durante le interazioni di rango deve, infatti, essere rapida rigida e inflessibile e dunque poco compatibile con la lenta, maggiormente riflessiva e flessibile funzione di decentramento (Liotti 1994/2005, 2001). Tali rilievi sono la diretta conseguenza del funzionamento dell'attivazione di un livello di attivazione gerarchico relativamente basso (limbico) e le cui caratteristiche fanno riferimento ad un'alta connotazione emotiva, piuttosto che ad abilità di pensiero elevate, e caratterizzate da funzioni cognitive quali memoria episodica, scarse capacità di narrazione ed emozioni semplici; ne consegue che le abilità riflessive, così come con l'attivazione del sistema di attaccamento/accudimento, siano scarse e lasciano il posto ad un maggior contagio emotivo tra i due partecipanti della relazione. Ancora, se si pensa alla stretta correlazione tra sistema di attaccamento e sviluppo delle funzioni metacognitive è inevitabile pensare alla stretta correlazione tra attaccamento disorganizzato e psicopatologia, ulteriore conferma della correlazione positiva tra attivazione del sistema cooperativo e l'aumento delle funzioni metacognitive. Il comportamento di attaccamento disorganizzato è caratterizzato da atteggiamenti contraddittori simultanei o che si susseguono in rapide sequenze. Facendo riferimento alla strange situation procedure (SSP; Ainsworth, Bleahr, Water set. al., 1978) il bambino protesta al momento della separazione segnalando di volere la presenza della figura di attaccamento, ma questa segnalazione appare incongrua e contraddittoria con quanto il bambino fa nel momento del ricongiungimento, cioè evita attivamente la figura di attaccamento come se non tenesse alla sua vicinanza o ne avesse paura, oppure interrompe bruscamente l'avvicinamento cambiando direzione, restando come congelato (freezing) o collassando a terra. In età adulta la disorganizzazione dà stati mentali caratterizzati da profonda impotenza o ostilità nel dar cura e rappresentazioni multiple e non integrate di sé, dell'altro e della relazione di attaccamento. Chiara è la definizione che ne dà Liotti (1994/2005) con la metafora del "triangolo drammatico" in cui sé e l'altro vengono costruiti secondo i ruoli del salvatore, della vittima e del persecutore, oscillando continuamente tra tutte le possibilità combi nazionali. Considerazioni relative alle condotte di bambini con attaccamento disorganizzato - come il freezing (Attili, 2007) - suggeriscono che nella relazione di attaccamento siano implicati i sistemi motivazionali arcaici (predazione e difesa) tipici del cervello rettiliano, insieme ai sistemi interpersonali di attaccamento e di accudimento rappresentati nel sistema limbico. I pazienti presentano inevitabilmente nella relazioni terapeutica le proprie aspettative sui prevedibili comportamenti delle figure di attaccamento, figura rappresentata dal terapeuta nello scambio clinico. Queste aspettative possono essere assimilate a credenze (beliefs) che a loro volta possono essere

esperienzialmente confutate o confermate dalle risposte del terapeuta. Quando le credenze negative collegate all'attaccamento insicuro sono confutate dalla condotta del terapeuta il paziente guadagna in sicurezza all'interno dello scambio clinico. Questo aumento di sicurezza è connesso ad un incremento delle capacità riflessive. Questo è possibile solo con un costante monitoraggio da parte del terapeuta del registro motivazionale prevalente durante lo scambio clinico e con la prevalenza del sistema cooperativo sugli altri sistemi. Quindi diversi sono gli indizi che suggeriscono come, l'attivazione del sistema cooperativo favorisca la presenza di maggiori capacità metacognitive e che la ricerca da parte del terapeuta di un assetto motivazionale cooperativo nel dialogo clinico favorisca nel paziente la riflessione, la mentalizzazione, e la soluzione di problemi per cui viene avviata una psicoterapia. Di regola la sofferenza per la quale e con la quale i pazienti affrontano la terapia implica la frequente attivazione dell'attaccamento; si può quindi immaginare il fluire del dialogo terapeutico come un alternarsi di momenti in cui il paziente esprime il suo disagio con momenti in cui si afferma la collaborazione con il terapeuta, che permette una riflessione più ampia e la ricerca di possibili soluzioni alternative al disagio. Se si pensa che gli SMI organizzano e finalizzano, senza che la loro attività sia necessariamente oggetto di attenzione e di coscienza riflessiva, tanto la condotta interpersonale quanto l'esperienza emotiva e il pensiero discorsivo che la accompagnano e che in ogni narrazione di eventi rivela le motivazioni interpersonali soggiacenti allo scambio interpersonale di cui parla l'attenzione dello psicoterapeuta si deve concentrare su un duplice livello motivazionale: quello diacronico dell'evento narrato e quello sincronico del motivo, spesso implicato, con il quale il paziente lo interpella attraverso quella particolare narrazione scelta per il dialogo in quel particolare momento. I due livelli possono essere caratterizzati dall'attivazione di un solo SMI, oppure da SMI diversi. Tale discriminazione è di fondamentale importanza in quanto è verosimile che SMI diversi abbiano effetti diversi sulle funzioni riflessive (Liotti 1994/2005). Ad esempio se il sistema sottostante allo scambio clinico è quello dell'attaccamento si può risalire alle strutture di memoria e aspettativa formatesi nell'infanzia e che guidano il comportamento nelle relazioni di cura anche nell'età adulta. La relazione terapeutica può offrire al paziente di formulare ipotesi sugli stati mentali del terapeuta e se quest'ultimo incoraggia il paziente a esprimere liberamente tale ipotesi diventa allora possibile confrontare direttamente il vissuto del terapeuta. Esplorare congiuntamente stati d'animo del terapeuta e del paziente permette di acquisire un punto di vista obiettivo e autentico nel corso dello scambio. L'esportazione congiunta può rappresentare, quindi, per il paziente un'esperienza evolutiva e nuova che accresce le capacità di perspective taking ( assumere la prospettiva dell'altro), conosciuta

come terapia della mente. L'incremento della capacità metacognitiva permette la riflessione critica sui propri contenuti mentali, ossia il principale fattore di una cura in psicoterapia. Tutto questo è possibile grazie all'attivazione del sistema cooperativo mediato dalla condivisione dell'attenzione per lo stesso oggetto, gli stati mentali di entrambi. Tale obiettivo è ciò che permette l'attivazione di un sistema motivazionale tipico di una condizione sovra individuale ma all'interno di una relazione diadica: il terzo elemento della relazione diventa quindi lo stato mentale dei due partecipanti. Ne consegue che il terapeuta dovrebbe mirare a sostenere e sviluppare dialogo clinico, l'attività sincronica che più favorisce l'esercizio delle capacità metacognitive. Per concludere si può riassumere dicendo che la presenza dell'alleanza terapeutica coincide con la prevalente attivazione del sistema cooperativo che comporta la modulazione dell'attivazione emotiva propria dei sistemi motivazionali inferiori (cervello limbico) e l'uso ottimale delle capacità riflessive metacognitive, tipiche del cervello neocorticale. Con una flessione dell'alleanza terapeutica si assiste ad una flessione delle capacità riflessive ed all'aumento delle intensità delle emozioni. In questa esiste una correlazione diretta tra psicoterapeuticità e alleanza terapeutica, per cui l'estensione e la qualità della prima sono legate con l'estensione e la qualità della seconda.

## BIBLIOGRAFIA

Adler, G. (1980). Transference, real relationship and alliance. *International Journal of Psychoanalysis*, 61, 547-558.

Adler, G. (2000). The alliance and the more disturbed patient. In S. T. Levy (Ed.), *The Therapeutic Alliance* (pp. 75-93). Workshop series of the American psychoanalytic association, Monograph nine. Madison, CT: International Universities Press.

Adler, J. (1988). *A study of the working alliance in psychotherapy*. Unpublished doctoral dissertation, University of British Columbia, Canada.

Ainsworth, M.D.S. (1978), Patterns of attachment: a psychological study of the Strange Situation, Erlbaum Assoc., Hillsdale.

Attili G. (2001), *Ansia da separazione e misura dell'attaccamento normale e patologico*, Unicopoli, Milano.

Beck, A. T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford (trad. it. *Terapia cognitiva nei disturbi di personalità*, Mediserve, Milano, 1993).

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press (trad. it. *Principi di terapia cognitiva*, Astrolabio, Roma, 1984).

Bordin, E. S. (1975). *The working alliance: Basis for a general theory of psychotherapy*. Paper presented at the meeting of the Society for Psychotherapy Research, Washington, DC.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252- 260.

Bordin, E. S. (1989). *Building therapeutic alliances: The base for integration*. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Berkley, CA.

Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New direction. In A. O. Horwath & L. S. Greenberg (Eds.), *The Working Alliance: Theory, research and practice* (pp. 13-37). New York: Wiley & Sons.

Bowlby, J. (1988). *A secure base*. New York: Basic Boock (trad. it. *Una base sicura*, Cortina, Milano, 1988).

Bowlby J. (1969), Attachment and loss. I: Attachment, Hogarth Press, London (tr. it. Attaccamento e perdita. Vol. I: Attaccamento alla madre, Boringhieri, Torino, 1972).

Bowlby J. (1973), Attachment and loss. II: Anxiety and Anger, Hogarth Press, London (trad.it. La separazione dalla madre, Boringhieri, Torino, 1975).

Bowlby J. (1980), Attachment and loss. III: Loss, Sadness and Depression, Hogarth Press, London (tr. it. Attaccamento e perdita. Vol. III: La perdita della madre, Boringhieri, Torino, 1983).

Brenner, C. (1979). *Working alliance, therapeutic alliance and transference*. Journal of American Psychoanalytic Association.

Bretherton I. (1992), “*Modelli operativi interni e trasmissione intergenerazionale dei modelli di attaccamento*”. In M. Ammaniti, D.N. Stern (a cura di) Attaccamento e Psicoanalisi, Laterza, Roma-Bari, 21-46. Cionini, L. (1998). *Psicoterapie: Modelli a confronto*. Roma: Carocci.

Ceccarelli, M., Liotti, G., Monticelli F. (2014) *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica. Una prospettiva cognitivo evolutivista*. Raffaello Cortina Editore.

Cionini, L., & Mattei, D. M. (1991). La relazione terapeutica. In L. Cionini (Ed.), *Psicoterapia cognitiva: Teoria e metodo dell'intervento terapeutico* (pp. 135- 162). Roma: La Nuova Italia Scientifica.

Colli, A., & Lingardi, V. (2001a). *Una proposta di valutazione dell'alleanza terapeutica a partire dai trascritti delle sedute: Il sistema IVAT*. Relazione presentata al Convegno nazionale della Society for Psychotherapy Research, sezione italiana. Abstract book, 87-88. Palermo.

Colli, A., & Lingardi, V. (2003). Alleanza terapeutica: Rotture e riparazioni. *Quaderni di psicologia, analisi transizionale e scienze umane*, 38, 1-18.

Del Corno, F., & Lang, M. (1995). *Modelli di colloquio in psicologia clinica*. Milano: FrancoAngeli.

Dunkle, J. H., & Frielander, M. L. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 456-460.

Emiliani, F., Simonelli, A. (1997), “Psicopatologia evolutiva e maltrattamento infantile, Psicologia clinica dello sviluppo.

Fonagy P., Steele H., Steele M. (1991a), "Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age", *Child Development*, 62, 891-905.

Freud, S. (1912a). *Dinamica della traslazione*. In *Opere* (Vol.6). Torino: Boringhieri.

Galeazzi, A. Meazzini, P.(2004) *Mente e comportamento. Trattato Italiano di Psicoterapia Cognitivo- Comportamentale*. Giunti Editore.

Greenberg (Eds.). *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: Wiley & Sons.

Greenberg, L. S., & Adler, J. (1989). *The working alliance and outcome: A client report study*. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Toronto, CA.

Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1987). *Emotion in Psychotherapy: Affect Cognition and the Process of Change*. New York: Guilford.

Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155-181.

Horvath, A. O., Gaston, L., & Luborsky, L. (1993). The therapeutic alliance and its measures. In N. Miller, L. Luborsky, J. Barber, & J. Docherty (Eds.), *Handbook of psychodynamic psychotherapy: Theory and research* (pp. 247- 273). New York: Basic Books.

Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica: Teoria, clinica, ricerca*. Milano: Raffaello Cortina.

Lingiardi, V., Croce, D., Fossati, A., Vanzulli, L., & Maffei, C. (2000). La valutazione dell'alleanza terapeutica nella psicoterapia dei pazienti con disturbi di personalità. *Ricerca in Psicoterapia*, 4, 63-80. 137

Lingiardi, V., & Filippucci, L. (2002). Working Alliance Inventory. In V. Lingiardi (Ed.), *L'alleanza terapeutica: Teoria, clinica, ricerca* (pp. 191-200). Milano: Raffaello Cortina.

Liotti, G. (1994/2005) *La dimensione interpersonale della coscienza*. Nis,Roma (2° ed. rivista Carocci, Roma 2005)

Liotti, G. (2001) *Le opere della coscienza: psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo- evolucionista*. Raffaello Cortina, Milano.

Liotti, G. e Monticelli, F. (2008) *Sistemi motivazionali nel dialogo clinico*. Raffaello cortina editore.

Luborsky, L. (1976a). Helping alliance in psychotherapy. In J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful Psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunnel/Mazel.

Luborsky, L. (1990). *Therapeutic alliance measures as predictors of future benefits of psychotherapy*. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Wintergreen, VA.

Monticelli F.(2014) *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica. Una prospettiva cognitivo evolucionista*. Raffaello Cortina Editore.

Muran, J.C e Barber, J.P (2012) *L'alleanza terapeutica- una guida evidence based per la pratica clinica*. Soveri Ed.

Ponsi, M. (2002). Paradigma relazionale e alleanza terapeutica. In V. Lingiardi (Ed.), *L'alleanza terapeutica: Teoria, clinica e ricerca* (pp. 63-85). Milano: Raffaello Cortina.

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin (trad. it. La terapia centrata sul cliente, Martinelli, Firenze, 1970).

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.

Safran, J. D., & Muran, C. J. (1998). *The therapeutic alliance in brief psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association Books (trad. it. L'alleanza in psicoterapia a breve termine, ASPIC Edizioni Scientifiche, Roma, 2001).

Safran, J. D., & Muran, C. J. (2000a). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guildford (trad. it. Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica, Laterza, Bari, 2003).

Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books (trad. it. Il processo interpersonale nella terapia cognitiva, Feltrinelli, Milano, 1993).

Semerari, A (1999). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*. Milano: Raffaello Cortina.

Semerari, A. (1991). *I processi cognitivi nella relazione terapeutica*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.

Semerari, A. (2000). *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Bari: Laterza.

Stern D.N. (1985), *The Interpersonal world of the infant*, Basic Books, New York, (trad.it. D.N. Stern, *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987).

Tani, F. (2004), “Contesti familiari e trasmissione intergenerazionale del rischio: gli esiti evolutivi dell’ansia genitoriale”, *Psicologia dell’educazione e della formazione*, 1, 73-88.

Tani, F. (2007), *Normalità e patologia dello sviluppo*, Firenze, Giunti.

Tani, F., Vaccaro R. (1999), “Aspetti psicopatologici dei genitori e sviluppo del bambino nella prima infanzia”, XIII Congresso nazionale della sezione di Psicologia dello Sviluppo, Parma, 4-6 novembre.