

La Relazione Terapeutica

prof. **Giuseppe Sacco**

Clinical Psychologist and Labour

formerly Professor of Psychology, University of Study of Siena

President Libra Scientific Association, Rome, Italy

www.librapsicologia.it

E.mail: saccogiuseppe@libero.it

Tel. 0039+ 339.3813129

CONCETTI DI BASE

- 1. Teoria dei SDNL**
- 2. Teoria dei Sistemi Motivazionali Interpersonali**
- 3. Teoria degli Schemi Interpersonali**



IL TERAPEUTA COME «PERTURBATORE STRATEGICAMENTE ORIENTATO»

- Metafora sull'analogia tra un sistema cognitivo complesso e un organismo biologico
- **Piaget** (1967) è stato il primo a postulare l'isomorfismo tra processi cognitivi e biologici
- Successivamente **Maturana & Varela** (1980) e **Guidano** (1988) hanno sottolineato l'identità fra il modo con cui un organismo vivente mantiene la propria organizzazione biologica attraverso i processi di autoproduzione dei propri componenti e il modo con cui un sistema cognitivo complesso mantiene la propria identità trasformando le perturbazioni provenienti dall'esterno



IL TERAPEUTA COME «PERTURBATORE STRATEGICAMENTE ORIENTATO»

- Secondo **Guidano** (1988), il mantenimento del senso di individualità e unicità personale durante tutto il ciclo vitale è espressione dell'attività autopoietica individuale che è caratterizzata da un processo continuo di autorinnovamento col quale le perturbazioni provenienti dal mondo esterno sono trasformate in livelli sempre più complessi e integrati di identità personale e di consapevolezza di sé



IL TERAPEUTA COME «PERTURBATORE STRATEGICAMENTE ORIENTATO»

- Una conseguenza di ciò è che il terapeuta non può introdurre nel paziente alcuna informazione «pura» perché ogni informazione deve passare attraverso i «*processi auto-generativi di rinnovamento*» del paziente stesso che pertanto riveste un ruolo centrale nel processo terapeutico

Da qui la definizione del terapeuta come «***perturbatore strategicamente orientato***»:

1. «Perturbatore» , in quanto può introdurre delle fluttuazioni nell'ordine sistemico del paziente
2. «Strategicamente orientato», in quanto il terapeuta si muove secondo una strategia terapeutica



SDNL

- Partendo da quanto sopra accennato possiamo introdurre il discorso dei SDNL
- Le **perturbazioni complementari** prodotte dalla interazione dell'organismo "*mentecorpo*" in costante interazione complementare con l'ambiente di riferimento (nicchia ambientale-relazionale) conducono il sistema attraverso una serie di "**stati dinamici**", corrispondenti a fasi della vita di durata variabile, in continua oscillazione all'interno di un certo *range* individuale, contraddistinto da una condizione di stabilità dinamica temporanea (**stato dinamico 1**).
- Quando le **oscillazioni biopsicosociali** vanno fuori *range* permanendoci un tempo sufficiente a "scompensare" il sistema, quest'ultimo passa in uno stato dinamico seguente, corrispondente a una successiva fase della vita, caratterizzato da non-linearità, disagio, turbolenza emotiva, maggiore incoerenza cognitiva e instabilità (**stato dinamico 2**).



SDNL

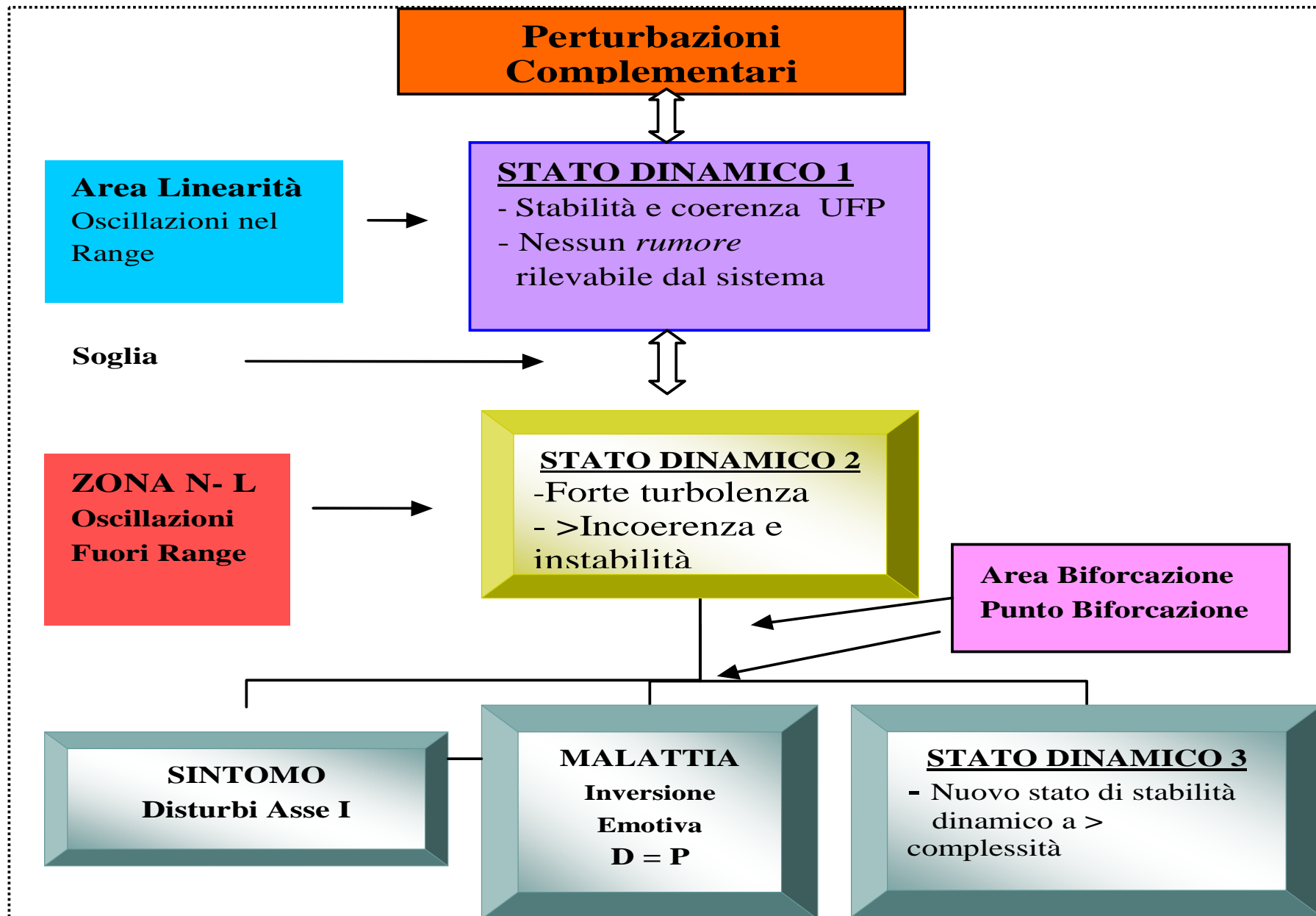
- In seguito, il sistema entra **nell'area di biforcazione** e quando arriva al **punto di biforcazione** (punto di non-ritorno) può produrre un sintomo che funziona da “parafulmine” verso la patologia grave, cioè **l'inversione emotiva** e la produzione del paradosso, dove, come abbiamo visto nel testo, il dolore diventa indistinto dal piacere.
- **L'inversione emotiva** si presenta quando il sintomo non è più riconosciuto come tale e pertanto si stabilisce il circolo vizioso **D=P** che viene continuamente rinforzato dalla reiterazione del comportamento patologico.



SDNL

- Tra le **patologie gravi**, oltre le psicosi che possono comportare la disgregazione della personalità bisogna considerare anche i disturbi di personalità che costituiscono un esempio significativo del meccanismo di inversione emotiva.
- La possibilità di transitare nello **stato dinamico 3**, contraddistinto da una maggiore complessità acquisita dal sistema è in funzione di un lavoro di elaborazione, apprendimento e costruzione di nuove connessioni neurofisiologiche e cognitive che a volte (raramente) può verificarsi attraverso particolari esperienze di vita. In altri casi, può essere il risultato di un arduo lavoro psicoterapeutico.

DINAMICA DEI SDNL



SISTEMI MOTIVAZIONALI INTERPERSONALI (SMI)

- Gli studi di psicologia dello sviluppo, dell'etologia e della teoria evoluzionistica ci forniscono una valida teoria motivazionale
- I **SMI** sono disposizioni universalmente innate e pre-programmate presenti negli esseri umani
- Sono i **principi organizzatori** delle interazioni sociali, rappresentano insiemi di regole interne che guidano il comportamento
- Sono orientati a una meta
- Sono attivati da segnali specifici

SISTEMI MOTIVAZIONALI INTERPERSONALI (SMI)

1. Sistema Attaccamento
2. Sistema Accudimento
3. Sistema Agonistico
4. Sistema Sessuale
5. Sistema Cooperativo

SISTEMI MOTIVAZIONALI INTERPERSONALI (SMI)

1. SISTEMA ATTACCAMENTO

Obiettivo: Conseguimento vicinanza protettiva di un *caregiver*, disponibile a fornire supporto e protezione

Valore biologico: sopravvivenza

Attivazione:

- I) fatica, dolore, solitudine
- II) Percezione di vulnerabilità, di non essere in grado di soddisfare da soli i bisogni di sopravvivenza

Disattivazione:

- I) Conseguimento vicinanza protettiva di una persona
- II) Protratta impossibilità di conseguire l'obiettivo

SISTEMI MOTIVAZIONALI INTERPERSONALI (SMI)

2. SISTEMA ACCUDIMENTO

Obiettivo: Offrire vicinanza protettiva a un soggetto momentaneamente più debole

Valore biologico: favorire la possibilità di difesa e sostentamento degli altri individui della propria popolazione

Attivazione:

- I) Segnali richiesta protezione
- II) Percezione di difficoltà/fragilità

Disattivazione:

- I) Segnali di sollievo e sicurezza della persona accudita

SISTEMI MOTIVAZIONALI INTERPERSONALI (SMI)

3. SISTEMA AGONISTICO

Obiettivo: Definire il rango di dominanza e sottomissione, proteggere le proprie risorse

Valore biologico: la definizione dei ranghi sociali diminuisce le lotte e i litigi, l'efficienza del gruppo è superiore, aumenta la sopravvivenza

Attivazione:

- I) Percezione limitatezza risorse
- II) Segnali da un co-specifico interpretati come una sfida

Disattivazione:

- I) Segnali di resa e sottomissione dell'antagonista
- II) Attivazione

SISTEMI MOTIVAZIONALI INTERPERSONALI (SMI)

4. SISTEMA SESSUALE

Obiettivo: Raggiungimento piacere

Valore biologico: Assicura la prosecuzione della specie

Attivazione:

- I) Livelli ormonali periodicamente variabili
- II) Segnali comportamentali un co-specifico (seduzione)
- III) Stimoli sensoriali (immagini, foto, profumi, forme, ecc.)

Disattivazione:

- I) Raggiungimento orgasmo
- II) Attivazione altri SM antagonisti

SISTEMI MOTIVAZIONALI INTERPERSONALI (SMI)

5. SISTEMA COOPERATIVO

Obiettivo: Raggiungimento obiettivo comune e condiviso

Valore biologico: Efficienza superiore

Attivazione:

- I) Percezione obiettivo comune
- II) Segnali di rassicurazione (assenza di percezione di minaccia agonistica)

Disattivazione:

- I) Conseguimento obiettivo
- II) Attivazione altri SM antagonisti

Emozioni e sistemi motivazionali

	Emozioni che segnalano ostacoli	Emozioni dentro al SM
SM accudimento	Ansiosa sollecitudine Compassione Colpa	Tenerenza protettiva Gioia
SM attaccamento	Paura (da separazione) Collera (protesta) Tristezza (da perdita) Disperazione Distacco emozionale	Fiducia Conforto Gioia Sicurezza
SM antagonista	Paura (da giudizio) Vergogna Umiliazione Tristezza (da sconfitta) Invidia	Collera (da sfida) Trionfo Potenza Orgoglio Disprezzo Superiorità
SM cooperativo	Colpa Rimorso Isolamento Sfiducia Odio	Empatia Lealtà reciproca Condivisione Fiducia Gioia
SM Sessuale	Gelosia, Competitività	Desiderio, Passione

SCHEMI INTERPERSONALI (o RELAZIONALI)

- Ciascun individuo possiede in memoria delle **strutture mentali prototipiche** che organizzano l'esperienza della relazione, guidano l'elaborazione dell'informazione e del comportamento e generano rappresentazioni o aspettative su di sé e l'altro in reciproca relazione.
- Tali strutture sono state chiamate «**schemi interpersonali**» (**SI**) o **relazionali**
- Uno **SI** può essere dunque definito come una rappresentazione generica di interazione tra sé e l'altro ricavata dall'esperienza interpersonale (passata e attuale)

SCHEMI INTERPERSONALI (o RELAZIONALI)

Tali **SI** strutturano le nostre relazioni con gli altri in molteplici modalità, tra cui:

1. Gli individui agiscono coerentemente e rigidamente con la definizione dettata dai loro **SI** per rapportarsi con gli altri
2. Il comportamento degli individui è spesso in risposta al comportamento degli altri che essi anticipano ed elicitano
3. La rigida adesione a una visione di sé nella relazione può condurre a una «**dissociazione**» di aspetti dell'esperienza coerente con tale visione
4. Quando alcuni individui percepiscono pensieri o stati emotivi che possono insidiare una relazione possono mettere in atto strategie comportamentali di «**protezione**» che possono però produrre effetti contrari

Valutazione della relazione terapeutica

1. LIVELLO SINTETICO

A. Prima valutazione alleanza terapeutica

- Accordo sugli scopi della psicoterapia
- Accordo sui compiti
- Clima interpersonale positivo (stima e fiducia reciproca)

Valutazione della relazione terapeutica

B. Cicli interpersonali

- Un **CI** disadattivo o problematico è un processo interpersonale in cui le previsioni negative sul comportamento dell'altro si autodeterminano e auto-confermano inducendo nell'altro il tipo di comportamenti previsti
- Particolarmente rilevanti i **CI prevalenti** per i pazienti più gravi. Nei nevrotici spesso la relazione tende a stabilizzarsi su alcuni aspetti collaborativi alternati da momenti di «attaccamento-accudimento»

Valutazione della relazione terapeutica

- Un CI prevalente è costituito invece da una dinamica relazionale che si presenta costantemente per un gran numero di sedute e agisce negativamente sul trattamento
- La valutazione dei **CI prevalenti** quindi prevede *in primis* il chiedersi se il terapeuta impiega dei comportamenti problematici simili in ogni seduta (fare domande tanto per far passare il tempo, pensare ad altro durante la seduta, ecc.)
- Se questo si verifica allora è probabile che ci si trovi di fronte a un **CI prevalente** negativo

Valutazione della relazione terapeutica

- In tal caso il terapeuta dovrebbe **analizzare e ricostruire** il proprio stato problematico e comprendere come questo influisca sulla sua visione del paziente. Per far ciò si può applicare il modello ABC
- Una volta che il terapeuta è diventato consapevole delle componenti del proprio stato, per valutare il **CI prevalente**, bisogna chiedersi quale comportamento del paziente può rinforzarne l'insorgenza e cosa può indurre nel paziente la percezione, anche inconsapevole, dello stato del terapeuta

Valutazione della relazione terapeutica

2. LIVELLO ANALITICO

A. Testing: definizione

- Processo secondo cui il paziente confronta le proprie **convinzioni disfunzionali** inconsapevoli con il comportamento del terapeuta per poterle disconfermare
- Applicazione sul terapeuta di un **Schema Interpersonale** nel tentativo di disconfermare le previsioni negative in esso contenute

Valutazione della relazione terapeutica

Testing: Valutazione 7 indicatori (indici di testing) **dalla parte del paziente** (di possibili momenti di rottura dell'alleanza terapeutica)

1. Il paziente comunica direttamente sentimenti negativi o di scetticismo
2. Li comunica indirettamente col sarcasmo
3. Il paziente allude a problemi nella RT parlando di relazioni simili

Valutazione della relazione terapeutica

4. Il paziente e il terapeuta non si trovano d'accordo su obiettivi e compiti
5. Il paziente si mostra compiacente ed acquiescente
6. Il paziente non risponde ad un intervento
7. Il paziente attiva operazioni di "sicurezza"

Valutazione della relazione terapeutica

Testing: Valutazione 3 indicatori dalla parte del terapeuta (indici di testing in atto)

1. Senso di confusione rispetto a ciò che accade in seduta e incomprensione verso il paziente
 2. Sentirsi impotente e frustrato rispetto alle richieste del paziente
 3. Provare irritazione o sentimenti negativi verso il paziente
- *Una regola pratica spesso utile è quella di ritenere un test in atto quando vi è una congruenza tematica tra ciò che esprime il paziente e i pensieri e sentimenti del terapeuta*

Valutazione della relazione terapeutica

A. CONDIVISIONE DI UNO STATO MENTALE

- Per «condivisione» s'intende il fatto che i partecipanti alla relazione, in un dato momento, condividono in parte o totalmente uno stato mentale simile
- La percezione di uno stato di condivisione si accompagna a una sensazione di agio, di fluidità nel rapporto interpersonale
- Al contrario, la percezione di non-condivisione si accompagna a una sensazione di impaccio e imbarazzo
- Con i pazienti meno disturbati il senso di condivisione generalmente cresce in modo abbastanza lineare all'aumentare della conoscenza se la terapia va avanti
- I pazienti più gravi invece spesso vivono in un mondo mentale autarchico che rende difficile la condivisione

Valutazione della relazione terapeutica

- Per percepire uno stato di condivisione sono necessarie le seguenti operazioni:
 - I. Formarsi una rappresentazione dello stato mentale dell'altro
 - II. Disporre di una meta-rappresentazione del proprio stato mentale
 - III. Compararle per cogliere le dimensioni comuni

Valutazione della relazione terapeutica

4 Livelli di Condivisione:

1. **Emotiva diretta:** quando i partecipanti condividono lo stesso tono emotivo di base (più con forme non-verbali e comprensione inconsapevole di atteggiamenti espressivi)
2. **Emotiva complementare:** i partecipanti non provano le stesse emozioni ma l'attitudine emotiva di uno suscita nell'altro un'attitudine positiva complementare

Valutazione della relazione terapeutica

3. **Cognitiva:** si realizza quando i partecipanti si interessano dello stesso oggetto o argomenti e ne discutono con reciproco interesse e in modo coordinato
4. **Empatica:** si realizza quando almeno uno dei partecipanti alla relazione comprende la rappresentazione di sé e del mondo propria dell'altro, tanto da poter operare un consapevole esperimento di simulazione applicando a sé stesso tale rappresentazione. La condivisione empatica include la comprensione delle ragioni alla base delle disposizioni dell'altro ed è pertanto incompatibile con la presenza di sentimenti negativi

REGOLAZIONE della RELAZIONE TERAPEUTICA

32

1. Empirismo collaborativo
2. Costruzione e segnalazione della condivisione di contenuti terapeutici
3. Modulazione e supporto nei passaggi fra stati dinamici diacronici

Bibliografia

- Liotti G. (1994). La dimensione interpersonale della coscienza. La Nuova Italia Scientifica:Roma
- Sacco G. (2011). Psicoterapia e sistemi dinamici. Andromeda: Bologna
- Sacco G., Testa D. (2009). Psicossomatica integrata complessa. FrancoAngeli: Milano
- Safran J.D, Segal Z. (1990). Interpersonal process in cognitive therapy. Basic Books: New York
- Semerari A. (1991). I processi cognitivi nella relazione terapeutica. La Nuova Italia Scientifica:Roma
- Semerari A. (2000). Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva. Laterza:Bari