

La relazione terapeutica: quando una relazione diventa veicolo di cambiamento?



Vittorio Lingiardi*, Giuseppe Di Cicilia*

[Ricevuto il 7 settembre 2019

Accettato il 5 dicembre 2019]

«In principio è la relazione».

Martin Buber

Riassunto

Cosa fa di una “relazione” una relazione che cura? La ricerca sul funzionamento e l’efficacia della psicoterapia, in termini sia clinici (*effectiveness*) sia statistici (*efficacy*), continua a rappresentare uno dei temi principali della letteratura scientifica. Inizialmente studiata solo in ambito psicoanalitico, negli ultimi anni la relazione terapeutica è stata approfondita anche da altre prospettive teoriche. *Alleanza terapeutica, azione terapeutica, relazione reale, transfert, risposte emotive del terapeuta, caratteristiche del paziente, caratteristiche del terapeuta, attaccamento, sistemi motivazionali interpersonali*: sono questi alcuni degli ingredienti attivi della situazione clinica. Oggi tutti concordano nell’affermare che la relazione terapeutica è il prodotto dell’incontro tra due soggettività, quella del paziente e quella del terapeuta. La diade terapeutica si ritrova costantemente a co-costruire lo spazio della cura in un’ottica bi-personale. In questo contributo verranno presentati e discussi gli aspetti principali che caratterizzano la relazione terapeutica in una prospettiva d’integrazione tra ricerca empirica e pratica clinica.

Parole chiave: relazione terapeutica, alleanza terapeutica, psicoterapia, diagnosi.

* Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma, Via dei Marsi 78, 00185 Roma. e-mail: vittorio.lingiardi@uniroma1.it

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

Vittorio Lingiardi, Giuseppe Di Cicilia

Abstract

Therapeutic relationship: when does a relationship become a vehicle for change?

What makes a “relationship” a healing relationship? Research on the functioning and effectiveness of psychotherapy, in both clinical (effectiveness) and statistical (efficacy) terms, has always been one of the central topics in the scientific literature. Initially studied only in the psychoanalytical field, in recent years the therapeutic relationship has also been examined from other theoretical perspectives. *Therapeutic alliance, therapeutic action, real relationship, transference, therapist emotional responses, characteristics of the patient and characteristics of the therapist, attachment, interpersonal motivational systems*: these are some of the active ingredients of the clinical setting. Today everyone agrees that the therapeutic relationship is the product of the encounter between two subjectivities, that of the patient and that of the therapist. The therapeutic dyad constantly finds itself co-constructing the space of the cure in a bi-personal perspective. This paper presents and discusses the main aspects that characterize the therapeutic relationship in a perspective that integrates empirical research and clinical practice.

Key words: therapeutic relationship, working alliance, psychotherapy, diagnosis.

Introduzione

Clinici e ricercatori si sono sempre interrogati sui fattori responsabili del cambiamento in psicoterapia, indagando le variabili che potrebbero rappresentare i predittori più affidabili dell'efficacia di un trattamento. Non può che essere l'efficacia del metodo, infatti, l'oggetto principale della ricerca per la messa a punto dei modelli di intervento. Tuttavia, già nel 1936 lo psicologo statunitense Saul Rosenzweig (1936) ipotizzava che tutte le forme di psicoterapia fossero ugualmente efficaci grazie a una serie di fattori specifici comuni a tutti gli orientamenti teorici. Meno incoraggiante era invece la visione di Hans Eysenck (1952) che affermava provocatoriamente l'inefficacia di ogni trattamento psicoterapeutico e attribuiva i risultati positivi a remissioni spontanee dei sintomi, cioè al mero passaggio del tempo. Furono le ricerche degli anni '70 e '80, i cui risultati furono sintetizzati nel celebre “verdetto di Dodo” o “paradosso dell'equivalenza”, a sancire l'efficacia di *tutte* le psicoterapie e non la superiorità di un modello rispetto a un altro (Luborsky *et al.*, 1975; Smith e Glass, 1977). Queste ricerche portarono ad affermare, su base empirica, che tutte le psicoterapie funzionano grazie alla presenza di *fattori comuni*, individuando nella *relazione terapeutica* – o meno genericamente nell'*alleanza terapeutica* – il fattore comune per eccellenza. Coerentemente, si osservò che i trattamenti con esito insoddisfacente evidenziavano una maggior presenza di processi

*La relazione terapeutica:
quando una relazione diventa veicolo di cambiamento?*

interpersonali negativi come, per esempio, interazioni ostili tra terapeuta e paziente (Henry *et al.*, 1986, 1990; Coady, 1991; Kiesler e Watkins, 1989; Binder e Strupp, 1997; Lingiardi, 2002). Potremmo quindi affermare che studiare l'alleanza terapeutica significa studiare che cosa fa di una relazione una "relazione che cura".

La ricerca sul funzionamento e l'efficacia della psicoterapia, in termini sia clinici (*effectiveness*, cioè la capacità di un intervento di produrre gli effetti benefici desiderati nella pratica clinica corrente) sia sperimentali (*efficacy*, cioè la capacità di un intervento di produrre gli effetti benefici desiderati, valutata attraverso studi sperimentali, in condizioni che consentono il controllo della maggior parte, idealmente di tutte, le variabili in causa), continua a essere uno degli argomenti centrali della letteratura scientifica di riferimento. Studi più recenti hanno mostrato che il "verdetto di Dodo" potrebbe essere, almeno in parte, un artefatto delle procedure e degli strumenti utilizzati per valutare l'esito, positivo o negativo, di una terapia (Chambless, 2002; Horvath, 2018). Come possiamo quindi misurare in modo attendibile gli effetti curativi della relazione terapeutica? Quando si studia la relazione terapeutica, uno dei primi problemi da affrontare è quello di doversi muovere in una letteratura vasta ed eterogenea in cui è difficile poter contare su definizioni univoche e dai confini concettuali sufficientemente nitidi e condivisi. Non si può parlare infatti di relazione terapeutica senza far riferimento alle sue diverse dimensioni. *Alleanza terapeutica, azione terapeutica, relazione reale, transfert, risposte emotive del terapeuta (controtransfert), caratteristiche del paziente, caratteristiche del terapeuta, attaccamento, sistemi motivazionali interpersonali*: tutti questi elementi entrano in gioco nelle stanze dei terapeuti e rappresentano gli ingredienti attivi della relazione di cura.

Inizialmente studiata soprattutto in psicoanalisi, negli ultimi anni la relazione terapeutica è stata approfondita da altre prospettive teoriche: cognitiva, cognitivo-evoluzionista, interpersonale, sistemica. Sono soprattutto i metodi della ricerca empirica e la costruzione di strumenti di valutazione specifici a fare da sfondo alle indagini attuali sulle dimensioni fondamentali della relazione terapeutica e il loro rapporto con il processo e l'esito delle psicoterapie (Gelso, 2014; Horvath, 2018; Norcross e Lambert, 2019). Decenni di ricerca in psicoterapia hanno attestato che il paziente, il terapeuta, la loro relazione, il metodo di trattamento e il contesto contribuiscono *insieme* al successo (o al fallimento) del trattamento (Norcross e Lambert, 2018). Ma la domanda che ogni buon clinico e/o ricercatore deve porsi è la seguente: sono i trattamenti che guariscono i

Vittorio Lingiardi, Giuseppe Di Cicilia

disturbi o sono le “relazioni” che curano le persone? In altre parole, non dobbiamo perdere di vista che, come tutte le relazioni, anche quella terapeutica si fonda sull’incontro unico e peculiare di *due* soggettività. Il metodo e il rigore della ricerca empirica dovrebbero dunque spingerci a considerare sia il ruolo del terapeuta nel processo di cura (Bohart e Wade, 2013) sia il fondamentale contributo del paziente all’esito del trattamento (Lambert, 2011, 2013; Wampold e Imel, 2015). Al campo della relazione terapeutica appartengono il funzionamento psichico del paziente tanto quello del clinico, entrambi operazionalizzabili in variabili come *organizzazione e stili di personalità, pattern di attaccamento, modalità difensive, capacità di mentalizzazione* ecc. Sarà il loro matching a determinare gli esiti del processo di cura. Per questo motivo, non è pensabile condurre ricerche in psicoterapia senza possedere un punto di vista clinico oltre che sperimentale.

Inquadramento storico e concettuale della relazione terapeutica

L’importanza della relazione tra paziente e clinico è riconosciuta fin dall’antichità. Fu Ippocrate il primo a sottolineare la necessità del rispetto per il paziente e di un’attitudine positiva nei suoi riguardi, arrivando ad affermare, come recita l’ormai celebre adagio, che talvolta è più importante sapere quale paziente ha una malattia piuttosto che quale malattia ha un paziente. Tuttavia, una concettualizzazione della relazione tra paziente e clinico appare piuttosto tardivamente e comunque successivamente alle nozioni di malattia e di cura (Foucault, 1988). Il merito di un’esplorazione sistematica e approfondita della relazione paziente-terapeuta e del suo ruolo nel processo di cura appartiene a Sigmund Freud. È lui uno dei primi a costruire un sistema teorico che mette il clinico nella condizione di “leggere” i fenomeni che caratterizzano la sua relazione con il paziente. Caposaldo della sua teoria è il concetto di *transfert*, inteso a quel tempo (oggi non è più così) come la ri-sperimentazione inconscia, nel rapporto con il terapeuta, di desideri, conflitti o esperienze del passato, reali o fantasticate. Se da un lato l’azione del transfert nel contesto analitico può operare una distorsione della relazione terapeutica “reale” – e quindi ostacolare il processo di cura – dall’altro, secondo Freud, questo fenomeno si rivela il più potente motore di cambiamento e fulcro stesso dell’indagine analitica. Accanto a una forma di transfert negativo caratterizzato da ostilità e odio nei confronti del terapeuta, Freud (1912a) rivela anche una dimensione più matura e libera da conflitti,

*La relazione terapeutica:
quando una relazione diventa veicolo di cambiamento?*

che chiama *transfert positivo irreprensibile*. Quest'ultimo permette al paziente di vivere la figura del clinico e la relazione terapeutica in modo più autentico e fiducioso, affidandosi alle cure e collaborando al processo clinico. Gettando le basi per il costrutto di alleanza terapeutica, Freud (1938) sostiene che clinico e paziente debbano «formare un partito comune» (p. 600) contro la sofferenza mentale scaturita dai conflitti inconsci.

Il modello freudiano dà un ulteriore contributo alla comprensione della relazione terapeutica attraverso l'individuazione e la teorizzazione del concetto di *controtransfert* (Freud, 1912b), a quel tempo definito (anche in questo caso oggi non è più così) come l'insieme delle reazioni emotive inconsce dell'analista verso il paziente e, in particolare, verso le sue dinamiche transferali (Laplanche e Pontalis, 1967). Sebbene il controtransfert fosse inizialmente considerato un potenziale elemento di disturbo del lavoro clinico da tenere sotto controllo e auspicabilmente neutralizzare attraverso l'analisi personale (Freud, 1912b), riflessioni successive hanno portato a riconsiderare le risposte emotive del terapeuta nella relazione con il paziente come un importante strumento e fonte di informazioni la cui lettura, se adeguatamente operazionalizzata, può essere di grande utilità per la diagnosi e la terapia (Kernberg, 1965).

A partire dalla visione freudiana della relazione terapeutica si sono sviluppati numerosi modelli e concettualizzazioni, non solo di matrice psicodinamica, che hanno introdotto e approfondito nuovi costrutti, primo tra tutti quello di *alleanza terapeutica*. Diversi autori (Ferenczi e Rank, 1925; Sterba, 1934; Sullivan, 1938; Zetzel, 1956; Greenson, 1965, 1990) hanno osservato che la relazione tra paziente e clinico non viene esperita solo attraverso il transfert, ma intervengono anche modalità più "oggettive" e meno vincolate al passato conflittuale e relazionale del soggetto. Vengono riconosciuti quindi gli aspetti consci e positivi del legame che unisce la diade terapeutica, esplorando il rapporto di collaborazione/cooperazione e fiducia nel lavoro clinico. In quest'ottica, la parte sana e autonoma dell'Io del paziente si pone come "Io osservante" (Sterba, 1934) rispetto al processo di cura e in questo modo «l'analista entra nel processo analitico come persona reale e non solo come un oggetto di traslazione» (Zetzel, 1958, p. 357).

Secondo questa prospettiva, l'alleanza tra paziente e terapeuta poggia le basi sulla capacità intrinseca dell'essere umano di instaurare e coltivare relazioni significative, in questo caso con la figura del clinico. A tal proposito, Ralph Greenson (1965, 1967, 1990) arricchisce la comprensione della relazione terapeutica individuando accanto alle configurazioni transferali una dimensione più reale e priva di pulsioni. La possibilità di

Vittorio Lingiardi, Giuseppe Di Cicilia

esperire una *relazione reale* è caratteristica di un Io maturo e flessibile e si fonda sulla reciproca e mutua corrispondenza umana tra paziente e clinico.

Dalle prospettive fin qui delineate è possibile rintracciare gli elementi costitutivi della relazione terapeutica che, come teorizzato da Charles Gelso (2014), si configurano in un “modello tripartito” composto da *transfert/controtransfert, alleanza terapeutica e relazione reale*.

A partire dagli anni '70, il concetto di alleanza terapeutica si è diffuso in altre tradizioni teoriche e cliniche (Safran e Muran, 2000), divenendo presto una delle variabili più indagate nel campo della ricerca empirica (Horvath, 2018). L'autore che più di tutti ha contribuito al superamento dei confini tra le diverse impostazioni teoriche è Edward Bordin (1979), che attraverso una definizione “panteorica” del concetto di alleanza ha promosso il superamento del modello psicoanalitico. Secondo Bordin, l'alleanza è un fattore comune a tutte le forme di psicoterapia e può essere definita come «un reciproco accordo riguardo agli Obiettivi (Goals) del cambiamento e ai Compiti (Task) necessari per raggiungere tali obiettivi, insieme allo stabilirsi di un Legame (Bond) che mantiene la collaborazione tra i partecipanti al lavoro terapeutico» (1979, p. 16).

Senza perdere il suo rilievo clinico, negli ultimi anni il costrutto di alleanza terapeutica ha visto espandere i propri confini concettuali fino a includere molti elementi che caratterizzano la relazione terapeutica e le sue dinamiche operative. L'alleanza terapeutica è oggi considerata un fenomeno dinamico che vede la “co-partecipazione” di paziente e terapeuta e può essere suscettibile di cambiamento nel corso del trattamento. In uno spazio interattivo la diade terapeutica negozia *rottture e riparazioni* dell'alleanza (Safran *et al.*, 1990), rottture che non vengono più considerate solo in termini di impasse e/o resistenze. In tale processo di negoziazione, le mancate sintonizzazioni, fisiologiche in qualsiasi psicoterapia, diventano delle “finestre relazionali” sul funzionamento psichico del paziente e quindi strumenti preziosi per promuovere il cambiamento. La situazione clinica diventa quindi il teatro dello scambio dinamico tra l'esperienza soggettiva del terapeuta e quella del paziente.

Relazione terapeutica, diagnosi e personalità

Il graduale passaggio a una visione bipersonale del lavoro clinico ha favorito una riconsiderazione della relazione terapeutica, ora intesa in un'ottica contestuale, co-creata e ri-creata nel corso del trattamento (Frank e

*La relazione terapeutica:
quando una relazione diventa veicolo di cambiamento?*

Bernstein, 2012). Alla luce di questo cambio di prospettiva, una buona alleanza terapeutica non può prescindere da una buona *alleanza diagnostica*. Il processo diagnostico si configura infatti come uno spazio relazionale in cui le dinamiche attive nel qui e ora della situazione clinica informano non solo dello stato attuale della relazione, ma anche delle caratteristiche peculiari di funzionamento sia del paziente sia del terapeuta (Lingiardi e McWilliams, 2017). Questo approccio alla relazione terapeutica come strumento diagnostico si fonda sul principio che i pattern relazionali e il profilo del funzionamento mentale del paziente, poiché pervasivi e tendenzialmente stabili, si presentano anche nel contesto della relazione con il clinico. Se la relazione interpersonale è il campo di osservazione privilegiato per lo studio della personalità e la fonte principale di informazioni per il clinico (Sullivan, 1938), le risposte emotive del terapeuta all'interno del setting di cura possono essere un potente veicolo di conoscenza dello stile personologico del paziente e delle sue modalità peculiari di adattamento ai contesti ambientali.

Quando considera la relazione terapeutica come strumento diagnostico, il clinico non deve perdere di vista la necessaria tensione tra la dimensione *idiografica* e quella *nomotetica* implicite in ogni atto diagnostico (Lingiardi, 2018). È fondamentale infatti riconoscere sia gli aspetti unici e irripetibili (prospettiva idiografica) che emergono nel qui e ora dell'incontro di due soggettività, sia i pattern relazionali che tendono a ripetersi e presentarsi in forma stabile in tutte le situazioni interpersonali e possono accomunare individui diversi (prospettiva nomotetica). In altri termini, studiare il rapporto tra psicopatologia e relazione terapeutica adottando una prospettiva nomotetica, oltre a quella idiografica, consente di descrivere i modelli relazionali associati a specifici stili di personalità e quadri psicopatologici. Sulla base di queste riflessioni, risulta possibile individuare e descrivere alcuni *pattern interpersonali mediamente prevedibili* in relazione a determinate popolazioni cliniche, dal momento che il transfert, il controtransfert e l'alleanza terapeutica si declinano in maniera diversa anche a seconda della personalità e delle caratteristiche sintomatologiche dei pazienti.

A questo proposito, la ricerca empirica ha dimostrato che i pazienti con disturbi di personalità manifestano difficoltà a più livelli nell'instaurare e/o mantenere un'alleanza terapeutica per via dei pattern relazionali disfunzionali che tali disturbi comportano (Bender, 2005; Lingiardi, 2002; Lingiardi, Filippucci e Baiocco, 2005). Anche le risposte emotive del clinico variano a seconda delle configurazioni personologiche del paziente (Colli *et al.*,

2014; Lingiardi, Tanzilli e Colli, 2015; Tanzilli *et al.*, 2017; Tanzilli *et al.*, in press). In particolare, lo studio di Colli e collaboratori (2014) ha messo in evidenza che le risposte emotive dei terapeuti [misurate con il *Therapist Response Questionnaire* (Zittel Conklin e Westen, 2003)] a determinate tipologie di personalità presentano caratteristiche che possono ripetersi in modo clinicamente coerente, prevedibile e indipendente dall'orientamento teorico dei clinici. In generale, le risposte dei clinici sono caratterizzate da sentimenti negativi più intensi nel trattamento di pazienti che presentano bassi livelli di funzionamento della personalità. Coerentemente, i pattern relazionali transferali di questi pazienti sono caratterizzati da una mancanza di fiducia nei loro terapeuti e da marcate difficoltà nel comunicare esperienze emotivamente significative (Tanzilli *et al.*, 2018). Nello specifico, lo studio di Tanzilli e collaboratori (2018) suggerisce che ogni stile o disturbo della personalità presenti un pattern transferale peculiare e tendenzialmente stabile. Per esempio, le personalità paranoidi e antisociali risultano associate a un'alleanza terapeutica negativa con sentimenti ostili e/o provocatori e/o sprezzanti nei confronti del clinico, espressi sia in maniera esplicita attraverso esplosioni di rabbia o aggressioni, sia in forma implicita attraverso un atteggiamento critico e svalutante. Le personalità borderline sono invece caratterizzate dalla paura del rifiuto o della disapprovazione del terapeuta, così come da atteggiamenti ostili e provocatori e da eccessive richieste di approvazione e attenzione. La richiesta di attenzioni e il bisogno di essere considerati speciali caratterizzano anche le personalità narcisistiche. Le personalità istrioniche sono principalmente associate a una carente alleanza terapeutica e possono assumere atteggiamenti ipersessualizzati nei confronti del clinico. Infine, le personalità dipendenti, evitanti e ossessivo-compulsive mostrano sia atteggiamenti ansioso/preoccupati sia la tendenza a evitare situazioni che richiedono una vicinanza emotiva.

Rispetto alla qualità dell'alleanza terapeutica, si è osservato che i pazienti con disturbi della personalità tendono a manifestare distorsioni dell'alleanza [misurate con la *Collaborative Interaction Scale-revised version* (Colli *et al.*, 2019)] in forma più esplicita, diretta e aggressiva rispetto a pazienti con un funzionamento della personalità più sano, che tendono invece a condividere le loro emozioni e a mostrarsi più collaborativi nei momenti di rottura.

Non solo gli stili e i disturbi della personalità, ma anche la gravità e l'intensità dei pattern sintomatologici suscitano nei clinici risposte emotive negative, come la sensazione di essere sopraffatti, insieme a vissuti di

*La relazione terapeutica:
quando una relazione diventa veicolo di cambiamento?*

disorganizzazione, impotenza e frustrazione (Lingiardi, Tanzilli e Colli, 2015). Sembrerebbe infatti che i pazienti che presentano gravi condizioni psichiatriche evocano nei terapeuti risposte emotive di inadeguatezza, provocando diversi problemi nella gestione della relazione clinica.

In conclusione, si può affermare che la possibilità per il terapeuta di ragionare in termini di “pattern relazionali tipici” di determinate popolazioni cliniche può fornire un importante contributo alla pianificazione e all’esito del trattamento, suggerendo possibili strategie di intervento nel caso di eventuali peggioramenti nella qualità della relazione con il paziente (per esempio, nei momenti di rottura/riparazione dell’alleanza) al fine di arginare il rischio di interruzioni improvvise e unilaterali del trattamento (drop-out). La messa a fuoco dei pattern transferali e controtransferali rappresenta una valida opportunità per la comprensione diagnostica del funzionamento psicologico e della personalità del paziente; allo stesso tempo informa, implementandola, la pratica clinica.

La ricerca empirica in psicoterapia

A partire dal già citato “verdetto di Dodo”, all’indagine empirica sulla relazione terapeutica è stata rivolta sempre più attenzione. Esaminando i fattori specifici, i ricercatori si sono dapprima concentrati sullo studio dell’alleanza terapeutica (Horvath, 2018) e in un secondo momento del transfert (Bradley, Heim e Westen, 2005) e del controtransfert (Colli *et al.*, 2014; Lingiardi, Tanzilli e Colli, 2015; Tanzilli *et al.*, 2017; Tanzilli *et al.*, in press). Un’esaustiva sintesi degli studi empirici sulla relazione terapeutica è consultabile nelle rassegne meta-analitiche raccolte nei quattro volumi ricavati dalle ricerche sulle cosiddette *empirically supported relationship* (Norcross e Lambert, 2019; Norcross e Wampold, 2019). Coordinate dall’American Psychological Association (APA), queste meta-analisi hanno messo in evidenza diversi elementi costitutivi della relazione terapeutica da tenere in considerazione ai fini della promozione di una relazione “su misura” per ogni tipo di situazione clinica. Tali elementi interagiscono tra loro e contribuiscono, ognuno con il proprio grado di fondamento empirico (numero di ricerche e loro risultati), alla qualità e all’esito dei trattamenti. Tra le *variabili empiricamente efficaci* sono riportate l’alleanza terapeutica, l’empatia percepita dal paziente e la capacità del terapeuta di raccogliere e restituire i feedback dei pazienti. Le *variabili probabilmente efficaci* sono rappresentate da un atteggiamento improntato alla genuina collaborazione;

dalla capacità del terapeuta di promuovere nel paziente una fiducia sul trattamento; dalla possibilità per il paziente di esprimere liberamente i propri vissuti emotivi e coltivare aspettative positive; dalla gestione del controtransfert e delle rotture/riparazioni dell'alleanza. Infine, le *variabili promettenti ma che necessitano di ulteriori ricerche* raccolgono la tempestività degli interventi e le rivelazioni di reazioni emotive e di elementi controtransferali da parte dei terapeuti (self-disclosure).

Le numerose ricerche sui fattori terapeutici confermano l'importanza dei fattori aspecifici che, nel loro insieme, sono responsabili di circa il 30% del buon esito dei trattamenti, con una percentuale di varianza spiegata superiore a quella fornita dai fattori specifici/tecnici (15%), mentre il restante 55% del miglioramento clinico è dovuto a fattori extraterapeutici (remissioni spontanee, supporto sociale o eventi fortuiti) e all'effetto placebo (Norcross e Lambert, 2019). Osservando, invece, i soli fattori terapeutici che giocano un ruolo fondamentale nel determinare l'esito di una psicoterapia, emerge un quadro ancora più complesso: le variabili legate al paziente (compresa la motivazione al trattamento e la gravità del disturbo) rappresentano circa il 30% della varianza totale, la relazione terapeutica il 15%, il metodo di trattamento specifico il 10%, e infine le variabili legate alla soggettività del terapeuta (quando non confuse con gli effetti del trattamento) spiegano il 7% della varianza (Norcross e Lambert, 2019). Ne deriva che circa il 35% della varianza totale risulta non associato ad alcun fattore specifico. Come suggeriscono gli autori, «la ricerca in psicoterapia – e la ricerca in qualsiasi attività umana complessa – non può spiegare con successo tutta la varianza» (Norcross e Lambert, 2019, p. 12).

Caratteristiche personali del terapeuta

Nonostante siano spesso ignorate dalle linee guida dei trattamenti psicoterapeutici, le caratteristiche individuali e soggettive del terapeuta giocano un ruolo essenziale nella relazione clinica e nella riuscita dell'intervento (Castonguay e Hill, 2017). Numerosi studi indicano che la persona dello psicoterapeuta è inestricabilmente legata all'esito della psicoterapia (Norcross e Lambert, 2019; Zimmermann *et al.*, 2017; Saxon *et al.*, 2017; Lingiardi *et al.*, 2018). Studi recenti hanno mostrato un impatto significativo delle caratteristiche del clinico sul buon esito della psicoterapia, che è stimato in un range che va dal 5% all'8% (Baldwin e Imel, 2013; Barkham *et al.*, 2017; Johns *et al.*, 2019).

*La relazione terapeutica:
quando una relazione diventa veicolo di cambiamento?*

In generale, la capacità di investire nella relazione clinica, mostrando atteggiamenti empatici e di autentica apertura che favoriscano le comunicazioni emotive del paziente; la tendenza ad assumere un ruolo collaborativo e accogliente nel dialogo con il paziente; l'esperienza professionale; l'accuratezza e la tempistica nelle interpretazioni unite a comunicazioni fluide e genuine, sono tutte caratteristiche del terapeuta che contribuiscono a instaurare una buona alleanza (Ackerman e Hilsenroth, 2003). Al contrario, un atteggiamento rigido, incerto, distante, teso e distratto, insieme a un uso eccessivo e/o improprio delle self-disclosure, del silenzio e delle interpretazioni ostacolano la costruzione e il mantenimento dell'alleanza (Ackerman e Hilsenroth, 2001).

Una recente *review* (Lingiardi *et al.*, 2018) ha infine dimostrato che alcune variabili soggettive del terapeuta influenzano la risposta del paziente alla psicoterapia psicodinamica. In particolare, è emerso che la capacità dei clinici di costruire uno scambio interpersonale positivo con i pazienti favorisce un clima terapeutico caldo, accogliente e di sostegno che facilita la riuscita del trattamento. Le variabili del clinico che sembrano avere un effetto sull'incontro terapeutico sono gli stili di attaccamento, le esperienze relazionali con i caregivers e la rappresentazione di sé (un'autorappresentazione relativamente stabile che viene appresa nelle precoci relazioni interpersonali). Queste variabili possono avere un effetto sull'outcome delle psicoterapie attraverso l'interazione con altri costrutti, quali per esempio i fattori tecnici del trattamento, le caratteristiche psicopatologiche dei pazienti e la qualità dell'alleanza terapeutica. Nello specifico, uno stile di attaccamento sicuro del terapeuta, una storia di relazioni significative sufficientemente buone e adattive, unite a un'autostima relativamente positiva, sembrano predire la qualità dell'alleanza e il miglioramento sintomatologico nel corso di una terapia.

Strumenti di valutazione

L'evoluzione delle ricerche empiriche sulla relazione terapeutica si muove di pari passo con la costruzione di strumenti di valutazione affidabili. Iniziano a essere numerosi gli strumenti messi a punto per misurare le dimensioni della relazione terapeutica, pensati in forme diverse per permettere la valutazione da tutti i vertici osservativi (paziente, terapeuta e osservatori esterni). Non è possibile in questo contributo passare in rassegna tutti gli strumenti di valutazione designati a cogliere i vari aspetti dell'interazione clinica. La discussione sarà dunque limitata agli strumenti

che col nostro gruppo impieghiamo nelle ricerche sulle componenti principali della relazione terapeutica.

Lo *Psychotherapy Relationship Questionnaire* (PRQ; Westen, 2000; Bradley, Heim e Westen, 2005) è un utile strumento per la valutazione del transfert. Si tratta di un questionario clinician-report composto da 90 item, da valutare su una scala Likert a 5 punti, che misura un ampio spettro di pensieri, sentimenti, motivazioni, conflitti e comportamenti espressi dai pazienti verso i loro terapeuti nel corso di una psicoterapia. In un studio esplorativo Bradley, Heim e Westen (2005) hanno somministrato il PRQ a un campione di 181 clinici, identificando una struttura a cinque fattori che descrivono le seguenti dimensioni transferali: *arrabbiato/rivendicativo/recriminativo; ansioso/preoccupato; evitante/contro-dipendente; sicuro/impegnato; sessualizzato*. Con Tanzilli e collaboratori (2018) abbiamo in parte confermato la validità e la struttura fattoriale del PRQ, individuando sei dimensioni transferali: *ostile; positivo/alleanza terapeutica; speciale/entitled; ansioso/preoccupato; evitante/attaccamento distanziante; sessualizzato* (per una descrizione dettagliata dello strumento e dei differenti pattern transferali si rimanda il lettore all'articolo citato).

Un valido strumento per la valutazione delle risposte emotive del clinico è il *Therapist Response Questionnaire* (TRQ; Zittel Conklin e Westen, 2003). Si tratta di un questionario clinician-report composto da 79 item che misurano, su una scala Likert a 5 punti, un'ampia gamma di pensieri, sensazioni e comportamenti che il terapeuta prova o mette in atto nei riguardi del paziente. In una prima analisi fattoriale Betan e colleghi (2005) hanno rilevato una struttura composta da otto fattori: *sopraffatto/disorganizzato; impotente/inadeguato; positivo; speciale/ipercoinvolto; sessualizzato; distaccato; genitoriale/protettivo; criticato/maltrattato*. Anche in questo caso, con Tanzilli e collaboratori (2016) abbiamo replicato i risultati, individuando nove dimensioni controtransferali: *impotente/inadeguato; sopraffatto/disorganizzato; positivo/soddisfatto; ostile/arrabbiato; criticato/svalutato; genitoriale/protettivo; speciale/ipercoinvolto; sessualizzato; distaccato*. Questi nuovi fattori confermano quelli della versione originale di Betan e colleghi (2005), a eccezione del pattern "criticato/maltrattato" che nel nostro studio confluisce in due nuove dimensioni: "criticato/svalutato" e "ostile/arrabbiato". Una versione per adolescenti dello strumento (TRQ-A) è stata recentemente sviluppata (Tanzilli *et al.*, in press) estendendo i dati preliminari raccolti su campioni di adolescenti con disturbi alimentari (Satir *et al.*, 2009). Anche il TRQ-A mostra una struttura fattoriale dei pattern controtransferali associati alle

*La relazione terapeutica:
quando una relazione diventa veicolo di cambiamento?*

diverse personalità adolescenziali clinicamente valida e prevedibile. Per una descrizione dettagliata degli strumenti (TRQ e TRQ-A) e delle diverse dimensioni controtransferali si rimanda il lettore alle pubblicazioni citate.

Infine, un utile strumento per la valutazione dei processi di rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica è rappresentato dalla *Collaborative Interaction Scale* (CIS; Colli e Lingiardi, 2009), ora in versione *revised* (CIS-R; Colli *et al.*, 2019). Basato sull'analisi di trascritti o registrazioni audio/video di sedute, il CIS-R valuta separatamente i contributi positivi e negativi alla costruzione dell'alleanza terapeutica di paziente e clinico. I contributi del paziente sono suddivisi in processi di rottura di tipo diretto (espliciti e ostili) e indiretto (impliciti e passivo/aggressivi) e processi di collaborazione diretti e indiretti. I contributi del clinico sono suddivisi in interventi positivi e interventi negativi rispetto alla qualità dell'alleanza terapeutica.

Considerazioni conclusive

Nel corso degli anni lo studio della relazione terapeutica è stato sostenuto da differenti concettualizzazioni: risulta pertanto difficile considerare in modo univoco tutti i cambiamenti di prospettiva. Da una visione monoperonale, centrata sulla figura del terapeuta come depositario neutrale del sapere clinico, si è passati a una concezione della relazione terapeutica come prodotto dell'incontro di due soggettività. Lo spazio intersoggettivo della situazione clinica viene costantemente co-costruito da paziente e terapeuta: si tratta di un *work in progress* in cui entrambi sono attori trasformativi. La relazione terapeutica si viene così a realizzare entro diversi e coesistenti "livelli di realtà": gli elementi reali della relazione, le dimensioni dell'alleanza terapeutica e le dinamiche transferali/controtransferali. Sta al clinico esperto saper distinguere a quale livello dell'esperienza si sta rivolgendo con un dato intervento e, di conseguenza, quali livelli sta mettendo in secondo piano.

Per molti anni clinici e ricercatori hanno operato una scissione netta tra fattori tecnici dell'intervento e fattori relazionali della cura. Il dibattito si è poi trasformato in una diatriba tra i sostenitori degli *empirically supported treatments* (Nathan e Gorman, 2015), che prevedono la validazione empirica dei trattamenti e delle loro tecniche, e i sostenitori delle *empirically supported relationships* (Norcross e Lambert, 2019; Norcross e Wampold, 2019), che invece prediligono lo studio della relazione terapeutica e delle sue diverse componenti. Il pensiero clinico più attuale contraddice queste polarizzazioni, sostenendo un rapporto interattivo e di mutua influenza tra

fattori tecnici e relazionali. Fattori che andrebbero sempre inquadrati in un'ottica di interdipendenza e compresi per mezzo di uno sguardo binoculare sulle dimensioni relazionali e sugli aspetti tecnici dell'intervento. Solo attraverso l'integrazione, nella ricerca come nella pratica clinica, delle dinamiche relazionali e delle competenze tecniche, una relazione di cura può diventare veicolo di cambiamento.

BIBLIOGRAFIA

- Ackerman S., Hilsenroth M. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy*, 38: 171-185. doi: 10.1037/0033-3204.38.2.171
- Ackerman S., Hilsenroth M. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23: 1-33. doi: 10.1016/S0272-7358(02)00146-0
- Baldwin S.A., Imel Z.E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In: Lambert M.J. (ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed). New York: Wiley.
- Barkham M., Lutz W., Lambert M.J., Saxton D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. In: Castonquay L., Hill C. (eds.), *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects*. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 13-36.
- Bender D.S. (2005). The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 11(2): 73-87. doi: 10.1097/00131746-200503000-00002
- Betan E., Heim A.K., Zittel Conklin C., Westen D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *The American Journal of Psychiatry*, 162: 890-898. doi: 10.1176/appi.ajp.162.5.890
- Binder J. Strupp H. (1997). "Negative Process": A Recurrently Discovered and Underestimated Facet of Therapeutic Process and Outcome in the Individual Psychotherapy of Adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 4: 121-139. doi: 10.1111/j.1468-2850.1997.tb00105.x
- Bohart A.C., Wade A.G. (2013). The client in psychotherapy. In: Lambert M.J. (ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy & behavior change* (6th ed.). New York: Wiley, pp. 219-257.
- Bordin E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16: 252-60. doi: 10.1037/h0085885
- Bradley B., Heim A., Westen D. (2005). Transference patterns in the psychotherapy

- of personality disorders: Empirical investigation. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 186: 342-9. doi: 10.1192/bjp.186.4.342
- Castonguay L., Hill C.E. (eds.) (2017). *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Chambless D.L. (2002). Beware the dodo bird: The dangers of overgeneralization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1): 13-16. doi: 10.1093/clipsy.9.1.13
- Coady N.F. (1991). The Association Between Client and Therapist Interpersonal Processes and Outcomes in Psychodynamic Psychotherapy. *Research on Social Work Practice*, 1(2): 122-138. doi: 10.1177/104973159100100202
- Colli A., Gentile D., Condino V., Lingiard V. (2019). Assessing alliance ruptures and resolutions: reliability and validity of the Collaborative Interactions Scale-Revised version. *Psychotherapy Research*, 29(3): 279-292. doi: 10.1080/10503307.2017.1414331
- Colli A., Lingiard V. (2009). The Collaborative Interactions Scale: A new transcript-based method for the assessment of therapeutic alliance ruptures and resolutions in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19(6): 718-734. doi: 10.1080/10503300903121098
- Colli A., Tanzilli A., Dimaggio G., Lingiard V. (2014). Patient personality and therapist response: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 171(1): 102-108. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.13020224
- Eysenck H.J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5): 319-324. doi: 10.1037/h0063633
- Ferenczi S., Rank O. (1925). The reciprocal effect of theory and practice. In: Ferenczi S., Rank O., *The development of psychoanalysis*. New York and Washington: Nervous and Mental Disease Publishing Co., pp. 45-53.
- Foucault M. (1988). *Tecnologie del sé* (trad. it.: Torino: Bollati Boringhieri, 1992).
- Frank K.A., Bernstein K. (2012). Therapeutic action: An introduction and overview. *Psychoanalytic Perspectives*, 9: 1-19. doi: 10.1080/1551806X.2012.662085
- Freud S. (1912a). La dinamica della traslazione (trad. it. in: *Opere di Sigmund Freud*, vol. 6. Torino: Bollati Boringhieri, 1985).
- Freud S. (1912b). Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico (trad. it. in: *Opere di Sigmund Freud*, vol. 6. Torino: Bollati Boringhieri, 1985).
- Freud S. (1938). *Compendio di psicoanalisi* (trad. it. Torino: Bollati Boringhieri, 1980).
- Gelso C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: theory, research, and practice. *Psychotherapy Research*, 24(2): 117-131. doi: 10.1080/10503307.2013.845920
- Greenson R.R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 34(2): 155-179. doi: 10.1002/j.2167-4086.2008.tb00334.x

Vittorio Lingiardi, Giuseppe Di Cicilia

- Greenson R.R. (1967). *Tecnica e Pratica Psicoanalitica* (trad. it.: Milano: Feltrinelli, 1972).
- Greenson R.R. (1990). The working alliance and the transference neurosis. In: Esman A.H., Esman A.H. (eds.), *Essential papers on transference*. New York: New York University Press, pp. 150-171.
- Henry W.P., Schacht T.E., Strupp H.H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1): 27-31. doi: 10.1037/0022-006X.54.1.27
- Henry W.P., Schacht T.E., Strupp H.H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(6): 768-774. doi: 10.1037/0022-006X.58.6.768
- Horvath A.O. (2018). Research on the alliance: Knowledge in search of a theory. *Psychotherapy Research*, 28(4): 499-516. doi: 10.1080/10503307.2017.1373204
- Johns R.G., Barkham M., Kellet S., Saxon D. (2019). A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to Baldwin and Imel's (2013) review. *Clinical Psychology Review*, 67: 78-93. doi: 10.1016/j.cpr.2018.08.004
- Kernberg O. (1965) Notes on countertransference. *Journal of American Psychoanalytical Association*, 13: 38-56. doi: 10.1177/000306516501300102
- Kiesler D.J., Watkins L.M. (1989). Interpersonal complementarity and the therapeutic alliance: A study of relationship in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26(2): 183-194. doi: 10.1037/h0085418
- Lambert M.J. (2011). Psychotherapy research and its achievements. In: Norcross J.C., VandenBos G.R., Freedheim D.K. (eds.), *History of psychotherapy* (2nd ed). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lambert M.J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert M.J. (ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.), New York: Wiley, pp. 169-218.
- Lambert M.J., Whipple J.L., Kleinstäuber M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring, *Psychotherapy*, 55(4): 520-537. doi: 10.1037/pst0000167
- Laplanche J., Pontalis J.B. (1967). *Enciclopedia della psicoanalisi* (trad. it.: Roma-Bari: Laterza, 1990).
- Lingiardi V. (2002). *L'alleanza terapeutica. Teoria, clinica, ricerca*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lingiardi V. (2018). *Diagnosi e destino*. Torino: Einaudi.
- Lingiardi V., Filippucci L., Baiocco R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15: 45-53. doi: 10.1080/10503300512x331327047

- Lingiardi V., McWilliams N. (2017). *Manuale Diagnostico Psicodinamico, seconda edizione* (trad. it.: Milano: Raffaello Cortina, 2018).
- Lingiardi V., Muzi L., Tanzilli A., Carone N. (2018). Do therapists' subjective variables impact on psychodynamic psychotherapy outcomes? A systematic literature review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25: 85-101. doi: 10.1002/cpp.2131
- Lingiardi V., Tanzilli A., Colli A. (2015). Does the severity of psychopathological symptoms mediate the relationship between patient personality and therapist response? *Psychotherapy*, 52: 228-237. doi: 10.1037/a0037919
- Luborsky L., Singer B., Luborsky L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "everyone has won and all must have prizes?". *Archives of General Psychiatry*, 32(8): 995-1008. doi: 10.1001/archpsyc.1975.01760260059004
- Nathan P.E., Gorman J.M. (eds.) (2015). *A guide to treatments that work* (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- Norcross J.C., Lambert M.J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4): 303-315. doi: 10.1037/pst0000193
- Norcross J.C., Lambert M.J. (eds.) (2019). *Psychotherapy relationships that work* (3rd ed., Vol. 1). New York: Oxford University Press.
- Norcross J.C., Wampold B.E. (eds.) (2019). *Psychotherapy relationships that work* (3rd ed., Vol. 2). New York: Oxford University Press.
- Rosenzweig S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3): 412-415. doi: 10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x
- Safran J., Crocker P., McMain S., Murray P. (1990). Therapeutic alliance rupture as therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27: 154-165. doi: 10.1037/0033-3204.27.2.154
- Safran J.D., Muran J.C. (2000). *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica* (trad. it.: Roma-Bari: Laterza, 2003).
- Satir D.A., Thompson-Brenner H., Boisseau C.L., Crisafulli M.A. (2009). Countertransference reactions to adolescents with eating disorders: Relationships to clinician and patient factors. *International Journal of Eating Disorders*, 42(6): 511-521. doi: 10.1002/eat.20650
- Saxon D., Barkham M., Foster A., Parry G. (2017). The contribution of therapist effects to patient dropout and deterioration in the psychological therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(3): 575-588. doi: 10.1002/cpp.2028
- Smith M.L., Glass G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32: 752-60. doi: 10.1037//0003-066x.32.9.752
- Sterba R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 15: 117-126. doi: 10.1177/000306519404200310
- Sullivan H.S. (1938). Psychiatry: Introduction to the Study of Interpersonal Relations. *Psychiatry*, 1, 1: 121-134. doi: 10.1080/00332747.1938.11022177
- Tanzilli A., Colli A., Del Corno F., Lingiardi V. (2016). Factor structure, reliability,

Vittorio Lingiardi, Giuseppe Di Cicilia

- and validity of the Therapist Response Questionnaire. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7: 147-158. doi: 10.1037/per0000146
- Tanzilli A., Colli A., Gualco I., Lingiardi V. (2018). Patient personality and relational patterns in psychotherapy: factor structure, reliability, and validity of the psychotherapy relationship questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 100(1): 96-106. doi: 10.1080/00223891.2017.1312174
- Tanzilli A., Gualco I., Baiocco R., Lingiardi V. (in press). Clinician reactions when working with adolescent patients: the Therapist Response Questionnaire for Adolescents. *Journal of Personality Assessment*. doi: 10.1080/00223891.2019.1674318
- Tanzilli A., Muzi L., Ronningstam E., Lingiardi V. (2017). Countertransference when working with narcissistic personality disorder: An empirical investigation. *Psychotherapy*, 54: 184-194. doi: 10.1037/pst0000111
- Wampold B.E., Imel Z. (2015). *The great psychotherapy debate* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Westen D. (2000). *Psychotherapy Relationship Questionnaire* (PRQ) manual. Departments of Psychology and Psychiatry and Behavioral Sciences, Emory University, Atlanta, GA.
- Zetzel E.R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37: 369-376. doi: 10.4324/9780429475931-8
- Zetzel E.R. (1958). *Psichiatria psicoanalitica* (trad. it.: Torino: Bollati Boringhieri, 1976).
- Zimmermann D., Rubel J., Page A.C., Lutz W. (2017). Therapist effects on and predictors of non-consensual dropout in psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(2): 312-321. doi: 10.1002/cpp.2022
- Zittel Conklin C., Westen D. (2003). *The therapist response questionnaire*. Atlanta, GA: Departments of Psychology and Psychiatry and Behavioral Sciences, Emory University.