

# POSSIBILITÀ E LIMITI DEL CONCORDAR REGOLE IN PSICOTERAPIA

**Giovanni Liotti, Cecilia La Rosa**

Associazione per la Ricerca sulla Psicopatologia dell'Attaccamento e dello Sviluppo (A.R.P.A.S.) – Piazza Tuscolo,5 – 00183, Roma.

*Riassunto. La tendenza a considerare con particolare attenzione gli aspetti di pariteticità (rispetto a quelli di differenza di ruolo) fra i partecipanti alla relazione terapeutica, è correlabile, nella prospettiva terapeutica cognitivista, alla tendenza a concordare col paziente, nei limiti del possibile, le regole del setting. In pratica, questa tendenza a concordare le regole del setting prende forma con l'adesione del terapeuta alle richieste di modifica di tali regole che il paziente possa avanzare, e che non contrastino con il fine fondamentale e concordato della relazione terapeutica. Vengono qui discusse le situazioni più comuni in cui le proposte di modifica delle regole del setting avanzate dal paziente possono essere accettate dal terapeuta, allo scopo di facilitare il riconoscimento, da parte del paziente, della sostanziale pariteticità del contributo che terapeuta e paziente danno al lavoro psicoterapeutico.*

**N**ella prospettiva cognitivista, l'agire e il sentire umani appaiono come processi coordinati da regole, chiamate schemi o costrutti, che vanno intese come strutture psichiche di diversa complessità, dal livello senso-motorio al livello delle aspettative e delle complesse attribuzioni di significato agli eventi. Le regole che coordinano il sentire e l'agire umani possono essere più o meno ben rappresentate nelle strutture proposizionali del pensiero a seconda del grado di consapevolezza riflessiva e sviluppo cognitivo raggiunti. La psicoterapia ha tra i suoi fini quello di facilitare lo sviluppo della consapevolezza riflessiva delle regole che guidano il proprio comportamento e il comportamento delle persone con cui si intrattengono rapporti significativi.

Questa premessa lascia intuire come la prospettiva cognitivista inviti a studiare il *setting* psicoterapeutico come un datore di regole che coordineranno una parte più o meno ampia del sentire e dell'agire di tutti i partecipanti all'incontro psicoterapeutico. Se il *setting* della psicoterapia è visto come un datore di regole, si pone immediatamente la questione di chi sia a dettare queste regole. Il fatto che sia lo psicoterapeuta a dettare le regole del *setting* pone problemi non trascurabili per ogni tipo di psicoterapia che, come quella cognitivista, abbia bisogno di una relazione terapeutica quanto più possibile collaborativa e paritetica per operare efficacemente. Per comprendere

come si ponga il problema del *setting* nella psicoterapia cognitiva, è quindi necessaria una breve digressione sull'idea di una relazione terapeutica collaborativa e paritetica (per i vari modi di concettualizzare i molteplici aspetti della relazione terapeutica nella letteratura cognitivista, si vedano: Castelli, Isola, Morganti e Pallini, 1990; Cionini, 1991; Liotti, in stampa; Safran e Segal, 1990; Semerari, in stampa).

Specifichiamo subito che ci riferiremo, nel seguito di questo articolo, sempre ad una relazione terapeutica duale, dato che *setting* di gruppo e familiari sono relativamente inconsueti nella prassi terapeutica cognitivista di cui abbiamo diretta esperienza.

## La relazione terapeutica nella psicoterapia cognitivista

Una delle prime metafore proposte per definire la relazione terapeutica nella psicoterapia cognitivista è stata quella dei due scienziati impegnati nel compito di esaminare criticamente il valore e la generalizzabilità delle proprie teorie scientifiche (cfr. il corrispondente concetto di empirismo collaborativo, *collaborative empiricism*, in Beck e Emery, 1985). Nella metafora, le teorie scientifiche stanno per le strutture cognitive con cui si attribuisce significato e causalità alle proprie esperienze di vita (incluse, e in primo luogo, le proprie esperienze emozionali e le proprie transazioni interpersonali). L'immagine metaforica di due scienziati, egualmente attivi nel loro dialogare e confrontarsi (e quindi ben diversa da quella del medico attivo e del paziente - come l'etimo stesso della parola indica - passivo), sottolinea una sorta di fondamentale pariteticità che si suppone operare nel lavoro congiunto fatto dai due contraenti della relazione terapeutica. Entrambi, impegnati nel compito continuo di dar senso alle proprie vite e di definire la propria identità, si scambiano informazioni, le valutano e le assimilano (nel senso Piagetiano del termine: cfr. Flavell, 1971).

Naturalmente, questa pariteticità metaforizzata nell'immagine dei due scienziati non è ignara della differenza del ruolo di terapeuta e di paziente. Questa differenza è però valutata come qualcosa di transitorio, legata, appunto, a ruoli. I ruoli non definiscono l'identità essenziale dei partecipanti alla relazione, né costituiscono contrassegni di una ipotetica diversa qualità essenziale del contributo che ciascuno dei collaboranti dà al lavoro terapeutico. Il lavoro psicoterapeutico è visto anzi come un particolare lavoro congiunto, che i ruoli asimmetrici di paziente e di terapeuta si limitano a consentire nelle sue fasi iniziali, ma non determinano nella sua essenza. I ruoli di terapeuta e di paziente sono funzionali a determinare l'incontro fra un sofferente nelle emozioni ed un esperto della sofferenza emotiva umana. Una volta che quell'incontro si sia determinato, il confronto di ragionamenti, opinioni ed esperienze opera ad un livello essenzialmente paritetico. Il problema, spesso, sta nel tempo che i contraenti della relazione impiegano per arrivare a riconoscere l'esistenza di questo livello di essenziale pariteticità del loro operare, e ad accettarne il valore fondamentale, al di là dei ruoli. Può benissimo darsi che gli interlocutori della relazione terapeutica non lo riconoscano mai o non lo accettino mai, questo livello. E' stato argomentato che entrambi gli interlocutori della relazione psicoterapeutica sarebbero più felici, o meno infelici, se lo riconoscessero e lo accettassero. Questa argomentazione, ad esempio, ci sembra essere alla base del bel libro di Lai "La Conversazione felice" (Lai, 1985).

## Dettare o proporre le regole del setting?

Se consideriamo desiderabile giungere, nel corso della terapia, a riconoscere la natura essenzialmente paritetica, al di là dell'*accidens* dei ruoli, della relazione terapeutica, allora dobbiamo vedere in una duplice prospettiva il fatto che sia il terapeuta a dettare le regole del *setting*: come una necessità ineludibile e come un ostacolo al buon operare della terapia.

Necessità ineludibile, perché connessa a ciò che rende possibile l'incontro (i ruoli, appunto, di terapeuta e di paziente, socialmente definiti e validati con tutti i loro corollari di onorari richiedibili, titoli accademici certificanti le capacità tecniche acquisite, norme di etica professionale, aspettative circa chi dovrà dare aiuto e chi riceverlo, etc.). Ostacolo potenziale al buon procedere della psicoterapia, perché il fatto che sia uno solo dei partecipanti alla relazione a dettare le regole degli incontri non facilita il desiderabile riconoscimento della fondamentale natura paritetica del rapporto. Il vettore risultante da questa duplice prospettiva sembrerebbe consistere in una notevole potenziale apertura, da parte del terapeuta che ha proposto le regole del *setting*, alle eventuali controproposte del paziente volte a ottenere *ragionevoli* modificazioni di tali regole.

Premettiamo subito che ci rendiamo perfettamente conto delle perplessità che suscita l'idea, certamente eterodossa rispetto all'ortodossia della maggior parte delle pratiche psicoterapeutiche correnti, che sia desiderabile una potenziale disponibilità del terapeuta alla modifica delle regole del *setting* in funzione di ragionevoli richieste del paziente: a parte la difficoltà di definire cosa debba intendersi per "ragionevoli", subito si intravedono spazi per manipolazioni, improvvide fuoriuscite dal necessario ruolo professionale, paradossi, contraddizioni, possibili gravi fraintendimenti. Ci affrettiamo quindi a chiarire che gli spazi per manipolazioni, paradossi, o fuoriuscite dai ruoli si riducono prontamente se si ricorda che la relazione terapeutica ha dei fini ineludibili: aumentare la conoscenza che si ha di sé e degli altri, e migliorare la capacità di modulare le emozioni penose che il vivere umano sembra necessariamente comportare. In vista di questi fini, tutta una serie di proposte di modifica del *setting* che eventualmente vengano dal paziente possono e debbono venir considerate "non ragionevoli", ed essere rifiutate dal terapeuta. Non ragionevoli saranno tutte le proposte di modifica del *setting* che contrastino ovviamente con il "contratto" terapeutico - contratto che nella terapia cognitivista viene di solito esplicitamente concordato fra terapeuta e paziente nei primi incontri, e che si fonda sugli obiettivi dichiarati del paziente e sulla conoscenza del terapeuta del suddetto fine fondamentale della psicoterapia (Liotti, 1987). Il rifiuto di tali proposte irragionevoli, appunto perché motivato dal fatto che esse contraddicono il contratto esplicitamente concordato per il lavoro congiunto da fare in psicoterapia, non comporta ostacoli al riconoscimento della natura fundamentalmente paritetica della relazione terapeutica. Altre proposte del paziente, alla luce del modo con cui nella terapia cognitivista si cerca di perseguire il suddetto fine fondamentale della relazione terapeutica, possono invece essere accolte, e il fatto di non accoglierle potrebbe recar serio pregiudizio al riconoscimento della natura paritetica della relazione terapeutica.

Nel prosieguo di questo scritto abbozzeremo una sorta di casistica, che non va ritenuta

esautiva ma certamente sufficientemente ampia ad ogni fine pratico, delle proposte di modifica del *setting* che possono essere accettate e di quelle che dovrebbero essere invece rifiutate per perseguire il fine fondamentale della relazione terapeutica. Prima di aprire tale discorso pratico, vogliamo però riassumere e insieme rendere più esplicito il discorso fin qui fatto: il terapeuta non *detta* le regole del *setting*, ma si limita a *proporle*, ed è disponibile ad accettare, o quantomeno a prendere in seria considerazione, tutte le controproposte che vengano dal paziente e che non siano ovviamente pregiudizievoli del fine fondamentale della relazione terapeutica, né delle norme etiche che governano la professione. Così, le regole della psicoterapia tendono a venire, almeno entro certi limiti, *concordate* esplicitamente fra i due partecipanti al rapporto.

### **Aspetti del setting non suscettibili di cambiamento**

Il contatto corporeo col paziente, al di là della stretta di mano, non è previsto dal contratto che sta alla base della relazione terapeutica, ed è quanto meno dubbio che possa facilitare, in *qualsiasi caso*, il perseguimento delle finalità della terapia. Il terapeuta ha ovvi buoni motivi per considerare che il paziente accetti come regola *tacita* del *setting* psicoterapeutico l'assenza di contatti corporei al di là della stretta di mano. Se il paziente proponesse di infrangere questa regola, il semplice chiedersi in *quale senso* l'accettazione di questa proposta potrebbe facilitare il fine della terapia (sviluppo della conoscenza di sé, aumento della capacità di modulare le proprie emozioni) dovrebbe mostrare la inaccettabilità della proposta stessa.

E' di solito anche necessario rifiutare richieste volte a modificare l'ambiente dove si svolge la terapia che, per regola di solito tacitamente accettata fin dal primo incontro, ha luogo nella maggioranza dei casi in uno studio professionale privato. I motivi qui sono diversi da quelli che suggeriscono di rifiutare proposte volte a modificare il livello di intimità fisica permesso dalla relazione terapeutica. Dal punto di vista cognitivista, non ci sono valide ragioni per ritenere che il dialogo psicoterapeutico sarebbe necessariamente meno utile ai fini dello sviluppo della conoscenza di sé qualora si svolgesse in un ambiente diverso dallo studio del terapeuta. E' però certo che per il terapeuta è di regola assai più comodo che gli incontri professionali si svolgano nel proprio studio. Per "comodità" qui va inteso sia il vantaggio logistico di non dover affrontare continui spostamenti, che il vantaggio di risparmiare alla propria attenzione, già provata dal doversi concentrare sui diversi "mondi interni" di diversi pazienti successivi, lo sforzo ulteriore di adattarsi a "mondi esterni" mutevoli. Rifiutare l'eventuale proposta del paziente di spostare la sede della terapia nel proprio domicilio, o in altri luoghi, non comporta la negazione della natura sostanzialmente paritetica della relazione. Il problema è pratico, non relazionale. Il terapeuta non ha di solito la possibilità pratica di recarsi al domicilio dei suoi pazienti. Esercitare una professione che comporta l'incontrare più persone nella stessa giornata rende necessario l'uso del proprio studio professionale. Si noti anche come una qualsivoglia necessità pratica ed ineludibile del terapeuta, che lo spinga a rifiutare una proposta di modifica del *setting*, non implica che il terapeuta neghi il diritto del paziente a contrattare le regole del *setting*.

## Cambiamenti di setting in funzione di richieste del paziente

L'onorario percepito dal terapeuta è certamente suscettibile di cambiamenti se il paziente lo richiede con valide ragioni, e se il terapeuta ritiene accettabile una riduzione del proprio reddito. Ci è capitato di accettare che un paziente, venutosi a trovare in impreviste e serie difficoltà economiche a terapia già iniziata, continuasse la terapia al patto che avrebbe pagato le sedute non appena avesse potuto di nuovo permetterselo, anche se questo fosse avvenuto a distanza di anni. Questa decisione non comportò il benché minimo pregiudizio all'efficacia della terapia - né la aumentò, per quanto ci fu possibile vedere valutando l'andamento del processo terapeutico. Non ci sono ragioni, né prove documentate, a nostro avviso, che inducano a credere che il versamento di un onorario all'interno della relazione terapeutica renda più facile lo sviluppo della conoscenza di sé o l'acquisizione di una migliore capacità di modulare le proprie emozioni. I soli fatti che rendono necessario l'onorario della psicoterapia riguardano la necessità del terapeuta di provvedere al proprio sostentamento, e di evitare che la relazione terapeutica appaia un atto esclusivamente oblativo, il che, fra l'altro, comporterebbe ovviamente una negazione del carattere paritetico della relazione stessa. L'entità dell'onorario può però essere commisurata ad eventuali mutate disponibilità economiche del paziente, su richiesta di quest'ultimo.

Anche la frequenza delle sedute (che di regola è di una ogni settimana nella psicoterapia cognitivista), la loro durata (un'ora) e la loro collocazione nell'agenda del terapeuta possono essere mutate in funzione di motivate proposte del paziente.

Un'ora ogni settimana dedicata all'esplorazione delle strutture cognitivo-emotivo-comportamentali del paziente rappresenta quanto è di solito necessario per il buon andamento del processo della terapia cognitivista. Ci è però capitato di accogliere la richiesta di aumentare a due o tre incontri in una settimana la frequenza delle sedute, quando questa venne avanzata da pazienti particolarmente ansiosi, depressi o disorientati. L'accettazione di questa proposta di modifica del *setting* da parte del paziente fu però sempre accompagnata dall'intenzione concordata di tornare alla frequenza di un incontro alla settimana non appena l'intensità del disagio emotivo attuale si fosse ridotta. In tal modo, diveniva chiaro il ruolo momentaneo e strumentale della variazione di frequenza: il terapeuta non si arroga stabilmente il ruolo di "figura di attaccamento" capace di confortare il disagio emotivo acuto del paziente, ma accetta momentaneamente tale ruolo quando il paziente lo richiama. Nell'accettare questo ruolo, il terapeuta rende esplicita la sua convinzione che la forma assunta dalla relazione terapeutica è di natura momentanea e contingente. Ad esempio, il terapeuta può dichiarare: «Ora che il suo disagio è tanto acuto, capisco che abbia necessità di parlarne più spesso. Torneremo a vederci con la solita frequenza non appena sentirà che le nostre riflessioni congiunte, fatte qui insieme, possono tornare a costituire lo spunto per sue riflessioni personali lungo l'arco di tutta una settimana anziché di un paio di giorni». Con motivazioni e modalità analoghe a queste, il terapeuta può anche accettare la richiesta di qualche conversazione telefonica fra una seduta e l'altra. L'intento del terapeuta che accetti tali richieste del paziente è quello di facilitare esperienze emozionali correttive, all'interno della relazione terapeutica, di precedenti infelici esperienze di attaccamento (Bowlby, 1988). La considerazione che

processi di attaccamento entrino nella relazione terapeutica e possano essere costruttivamente riconosciuti ed utilizzati non significa però che la relazione terapeutica si identifichi totalmente e stabilmente con una relazione di attaccamento. L'attaccamento, in altre parole, è solo una delle componenti della relazione terapeutica. Altre componenti sono quella competitiva, talora quella sessuale (che, ovviamente, non va agita per quanto affermato nel paragrafo precedente) quella collaborativa e quella esplorativa. Queste due ultime componenti vanno privilegiate sempre più man mano che la relazione terapeutica procede verso l'esplicito riconoscimento, da parte dei partecipanti, della sua natura sostanzialmente paritetica.

Accettabile è anche, quando sia ben motivata, la richiesta del paziente di ridurre la frequenza delle sedute, o il momento della settimana in cui si verifica l'incontro. Il caso più semplice che rende ragionevole ed accettabile una tale richiesta è il trasferimento del paziente in altra città, o ad un diverso impiego lavorativo, per cui non sia possibile recarsi allo studio del terapeuta che due volte in un mese, e in un preciso giorno della settimana. Se un tale trasferimento avviene quando la terapia è ben avviata, è talora possibile proseguire il lavoro terapeutico anche con la frequenza ridotta di un incontro ogni due settimane. In queste circostanze, può essere utile aumentare il tempo della seduta fino ad arrivare a due ore circa di colloquio per ogni incontro. Quando un inevitabile trasferimento ad altra città o ad altra attività lavorativa la imponga, questa modificazione del *setting* viene presa in considerazione in relazione alla qualità del lavoro terapeutico precedentemente svolto e alle caratteristiche dei problemi psicopatologici residui del paziente, con una attenta valutazione dei vantaggi e degli svantaggi che comporterebbe la possibilità alternativa di una nuova psicoterapia nella nuova città di residenza.

La partecipazione di terze persone, saltuariamente, alle sedute terapeutiche può talora essere proposta dal paziente, o da un membro della sua famiglia. Se è il paziente a proporre questa momentanea modificazione dell'usuale *setting* duale, essa può essere accettata se non contrasta con la finalità fondamentale della psicoterapia (aumento delle capacità conoscitive relativamente a sé e agli altri significativi). Naturalmente, deve trattarsi di una partecipazione episodica e finalizzata ad uno scopo chiaro e circoscritto, altrimenti si porrebbe la necessità eventuale di iniziare un diverso tipo di psicoterapia (una terapia relazionale, di coppia o familiare) dopo aver sospeso quella individuale o in parallelo ad essa. Esempi di questa possibilità si sono dati, nella nostra esperienza, nel caso di pazienti adolescenti i cui genitori premevano per un ricovero in Casa di Cura Psichiatrica o per un trattamento psicofarmacologico in occasione di una crisi emotiva acuta del figlio, mentre il paziente - a nostro parere il più delle volte con buoni motivi - preferiva evitare la soluzione proposta dai genitori e continuare con la psicoterapia. Il/la paziente (nella maggior parte dei casi, nella nostra esperienza, una adolescente anoressica) ci chiedeva un aiuto nello sbrogliare un nodo comunicativo con i propri genitori, riguardante la cura più opportuna per lui o lei in quel momento. Una o due sedute congiunte, con i genitori ed il paziente, possono in tali circostanze consentire la formulazione di un progetto accettabile per tutti di rinvio della possibilità del ricovero o della cura psicofarmacologica, e di prosecuzione del trattamento psicoterapeutico. A volte, per i genitori, una seduta congiunta di questo tipo costituisce la prima occasione per essere informati sulla natura e sui

limiti della psicoterapia che il figlio ancora convivente ha intrapreso. Nel corso di tali sedute congiunte effettuate in momenti di crisi, è inoltre spesso possibile per il terapeuta cogliere nella loro immediatezza alcune dinamiche comunicative familiari di cui il paziente potrebbe essere riuscito a dare solo confusi e frammentari cenni nelle precedenti sedute individuali. Con la ripresa delle sedute individuali, queste informazioni acquisite dal terapeuta per diretta osservazione delle dinamiche comunicative familiari possono diventare oggetto di utili riflessioni e commenti all'interno del dialogo col paziente. E' quindi evidente come la momentanea modifica del *setting* da duale a familiare non contrasta con la finalità fondamentale della relazione terapeutica, consistente nell'aumentare le capacità conoscitive di sé e degli altri significativi. Considerazioni analoghe a quelle qui presentate stanno alla base della procedura utilizzata e descritta da Hilde Bruch (1988), di effettuare dei colloqui di routine con i familiari di pazienti anoressiche prima di iniziare il trattamento individuale vero e proprio della paziente.

Più complessi, e non qui riassumibili, sono i motivi che ci hanno talora indotto ad accettare la richiesta di un paziente volta a far partecipare il coniuge ad una o più delle sedute psicoterapeutiche. Vale comunque anche in questi casi il principio fondamentale che la richiesta non contrasti con il fine dichiarato della psicoterapia né con il "contratto" esplicitato all'inizio della relazione terapeutica, e che l'accettarla comporti un aumento e non una riduzione della possibilità, *sia per il paziente che per il coniuge*, di giungere ad un riconoscimento della natura sostanzialmente paritetica e collaborativa della relazione terapeutica.

Quando invece siano i familiari del paziente a proporre una momentanea modificazione delle regole del *setting*, attraverso una loro richiesta di conversazioni dirette o telefoniche col terapeuta, la regola che seguiamo è di invocare immediatamente il segreto professionale, e di render noto che la natura della psicoterapia ci induce ad informare subito il paziente, qualora già non ne sia al corrente, della richiesta che ci è pervenuta da uno dei suoi familiari. Se il paziente, da noi messo al corrente dell'accaduto, dichiara di consentire a comunicazioni saltuarie fra il terapeuta ed uno o più dei suoi familiari, procediamo dichiarando che tali comunicazioni devono avvenire nella trasparenza più assoluta, e preferibilmente attraverso uno o più incontri congiunti, in cui qualunque richiesta di chiarimenti o offerta di informazioni da parte dei familiari al terapeuta avvenga in presenza del paziente stesso. Di nuovo, l'obiettivo che perseguiamo accettando questa modificazione del *setting* è di ridurre le ingerenze dei familiari nella terapia del paziente senza però far sentire ai familiari stessi il peso di una aprioristica e per loro incomprensibile esclusione da una cura in cui il loro congiunto è impegnato. Nello stesso tempo, cerchiamo l'occasione per alcune, potenzialmente preziose, osservazioni dirette delle forme di interazione fra il paziente ed i suoi familiari. Infine, ci proponiamo di cogliere una occasione potenzialmente confondente per l'itinerario psicoterapeutico e di trasformarla in una occasione per rinsaldare l'alleanza terapeutica col paziente.

Una regola del *setting* terapeutico che non di rado viene sottoposta a critica da parte dei pazienti è quella della relativa unilateralità nel fornire informazioni sulla propria vita, per cui l'apertura al dialogo sulle proprie esperienze è richiesta al paziente e quasi proibita al terapeuta.

Naturalmente, il lavoro terapeutico concordato fin dall'inizio della relazione rende necessario che le cose procedano così. Un famoso aforisma psicoterapeutico ricorda che il medico acquista il permesso di parlare dei fatti della propria vita privata durante la psicoterapia solo quando acquista la possibilità di pagare il proprio onorario a tutti i propri pazienti... E' però possibile, dal punto di vista della terapia cognitivista, che il terapeuta accetti di rispondere brevemente a qualche domanda del paziente sulla propria vita privata, quando la sua risposta valga a stimolare il lavoro di riflessione congiunta sulle strutture cognitive del paziente, e quando serva a segnalare al paziente la percezione che il terapeuta ha della sostanziale equivalenza o pariteticità, nel lavoro terapeutico, fra le proprie operazioni mentali e quelle del paziente.

Un ultimo problema ci resta da sfiorare per completare questa disamina delle proposte di modificazione di setting che non vanno respinte *a priori*. Si tratta della posizione reciproca del terapeuta e del paziente durante le sedute. In terapia cognitiva si usa la posizione faccia a faccia, e la tendenza a riconoscere la pariteticità della relazione terapeutica non consiglia, come è ovvio, posizioni diverse da questa, proprio perché tutte le altre tendono a sottolineare invece una asimmetria nella relazione. Possono, tuttavia, darsi situazioni in cui appaia consigliabile utilizzare la capacità mentale umana di elaborare informazioni nel codice prevalentemente immaginativo della *reverie* o della visualizzazione di particolari situazioni di vita (cfr. le tecniche di *coping imagery* e di desensibilizzazione sistematica nell'immaginazione, per esempio in Sacco, 1990). In queste circostanze, la posizione faccia a faccia è di impedimento, in quanto distoglie l'attenzione del paziente dal concentrarsi sulle immagini mentali. Si può, allora, suggerire una momentanea sostituzione della abituale posizione nel dialogo: per il periodo in cui ci si dedicherà a un tale lavoro con le immagini mentali, il paziente potrà essere reclinato su un lettino, o stare ad occhi chiusi su una poltrona col terapeuta seduto di lato anziché di fronte. Se una tale modificazione del *setting* è accolta con difficoltà dal paziente, preferiamo pensare ad altre possibili strategie terapeutiche, che non abbiano in primo piano l'uso dell'immagine, piuttosto che forzare in alcun modo il paziente ad accettare un cambiamento di "regole" il cui scopo o le cui implicazioni possono sfuggirgli o renderlo perplesso. I cambiamenti di *setting* debbono, per quanto possibile, essere concordati tra i membri della relazione terapeutica, e la loro ragionevolezza o desiderabilità deve essere compresa da entrambi.

## Considerazioni conclusive

Il fatto che si tenda a concordare le regole del *setting* col paziente, ogni volta che questi presenti ragionevoli motivi per modificare quelle più usuali, non significa che non si esaminino attentamente le implicazioni di questi cambiamenti.

Una di tali implicazioni ha costituito il motivo conduttore di questo articolo: il desiderio del paziente di avere un certo controllo sulla relazione terapeutica che può essere uno dei moventi che, grazie ad un tale esame, trapassano in associazione ai, o ai di là dei, plausibili ragionevoli motivi inizialmente avanzati a sostegno della richiesta di cambiamento di una qualche regola del *setting*. Questo eventuale movente non è però considerato dal terapeuta cognitivista come indicazione della necessità di



mantener rigide le regole del *setting*. Anzi, la ricerca di un controllo sulla relazione terapeutica da parte del paziente può esser vista come un iniziale tentativo di riconoscimento del fatto che il proprio "potere" nella relazione non è sostanzialmente inferiore al "potere" dell'altro. Un tale tentativo, nell'ottica della terapia cognitiva, appare certamente desiderabile, e viene in genere commentato positivamente nel dialogo col paziente che lo proponga.

E' possibile qui solo accennare al fatto che l'analisi dei motivi che spingono il paziente a suggerire modifiche delle regole del *setting* costituisce una fonte preziosa di informazioni per la ricostruzione degli schemi cognitivi interpersonali (Liotti, in stampa; Safran e Segal, 1990). Tre aspetti fondamentali del lavoro terapeutico appaiono interconnessi in questo atteggiamento del terapeuta cognitivista verso il problema del *setting*: il considerare con cura i vantaggi offerti dal concordare le regole del *setting*, l'esaminare gli schemi interpersonali che sottendono il comportamento di relazione del paziente, il tendere a strutturare una relazione terapeutica che abbia il valore di fonte di esperienze emozionali correttive (Safran e Segal, 1990) e che faciliti il riconoscimento del proprio contributo paritetico al lavoro terapeutico.

Un'altra implicazione della relativa disponibilità del terapeuta cognitivista ad "accomodare" le richieste ragionevoli di cambiamento di qualche regola del *setting* che gli vengano dai suoi pazienti ha a che fare con gli effetti di questo atteggiamento di disponibilità in funzione del particolare disturbo psicopatologico presentato dal paziente. Ad esempio, è lecito ipotizzare che pazienti con un alto grado di disorganizzazione del comportamento rivolto ad una meta (si pensi, per esempio, a pazienti con disturbi *borderline* di personalità o con disturbi isterici di tipo "dissociativo") risentano negativamente di mutamenti nelle regole del *setting*: tali mutamenti potrebbero apparire al paziente come conferme della impossibilità di sottoporre il proprio comportamento a regole concordate con altri, anche quando i mutamenti delle regole della psicoterapia conseguano ad una accettazione da parte del terapeuta di ragionevoli richieste del paziente. Il terapeuta che si pone in un atteggiamento di potenziale disponibilità a concordare le regole del *setting* con ciascuno dei propri pazienti deve naturalmente tener conto di questa possibilità. Se ritiene possibile che un *setting* meno che rigido finisca per disorientare un particolare paziente, è bene che il terapeuta avanzi proprio questa motivazione per rifiutare l'eventuale proposta di modifica di una qualche regola del *setting*, peraltro ragionevole, avanzata da quel paziente particolare. «Ritengo che il nostro lavoro congiunto risulti, alla lunga, confuso e confondente se cambiamo il modo con cui lo abbiamo organizzato all'inizio», è un tipo di affermazione che non reca serio pregiudizio al riconoscimento di quel livello di pariteticità del lavoro terapeutico che prima o poi è necessario raggiungere con qualsiasi paziente, qualunque sia il disturbo psicopatologico per cui ha iniziato l'itinerario della psicoterapia cognitivista.

## Bibliografia

BECK A.T. e EMERY G., (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

- BOWLBY J., (1988). *Una base sicura*, Milano, Cortina.
- BRUCH H., (1988). *Anoressia mentale: Casi clinici*, Milano, Cortina.
- CASTELLI P., ISOLA L., MORGANTI G. E PALLINI S., (1990). "La relazione terapeutica come contesto emotivo di cambiamento", *Psicobiiettivo*, 10, 1, 9-21.
- CIONINI L., (1991). *Esplorazione e cambiamento del Sé*, Roma: NIS.
- FLAVELL J., (1971). *La mente dalla nascita all'adolescenza nel pensiero di Jean Piaget*, Roma, Astrolabio.
- LAI G., (1985). *La conversazione felice*, Milano, Il Saggiatore.
- LIOTTI G., (1987). "Modelli cognitivi e schemi emozionali: principi diagnostici nel corso del processo terapeutico". In *Psicodiagnostica e psicoterapia: Modelli diagnostici e scelte psicoterapeutiche* (a cura di C. Saraceni e P. Colamonica), Roma, Edizioni SIRPS.
- LIOTTI G., (in stampa). "Patterns of attachment and the assessment of interpersonal schemata: Understanding and changing difficult patient-therapist relationships in cognitive psychotherapy", *Journal of Cognitive Psychotherapy* (accettato per la pubblicazione).
- SACCO G., (1990). *Tecniche della terapia cognitivo-comportamentale*, Roma, Melusina.
- SAFRAN J., E SEGAL Z., (1990): *Interpersonal process in Cognitive Therapy*, New York, Basic Books.
- SEMERARI A., (in stampa). *La relazione terapeutica nelle terapie cognitive*.

Summary. To acknowledge the equal terms on which patient and therapist carry on the therapeutic work may be part of the process of cognitive psychotherapy. If the patient asks for some reasonable change of the rules of the therapeutic setting, the therapist may meet the patient's requests in order to facilitate this acknowledgement. This article explains some cases in which changes in the therapeutic setting proposed by the patient may be usefully and safely accepted by the therapist.