

Collana diretta da Camillo Lorio

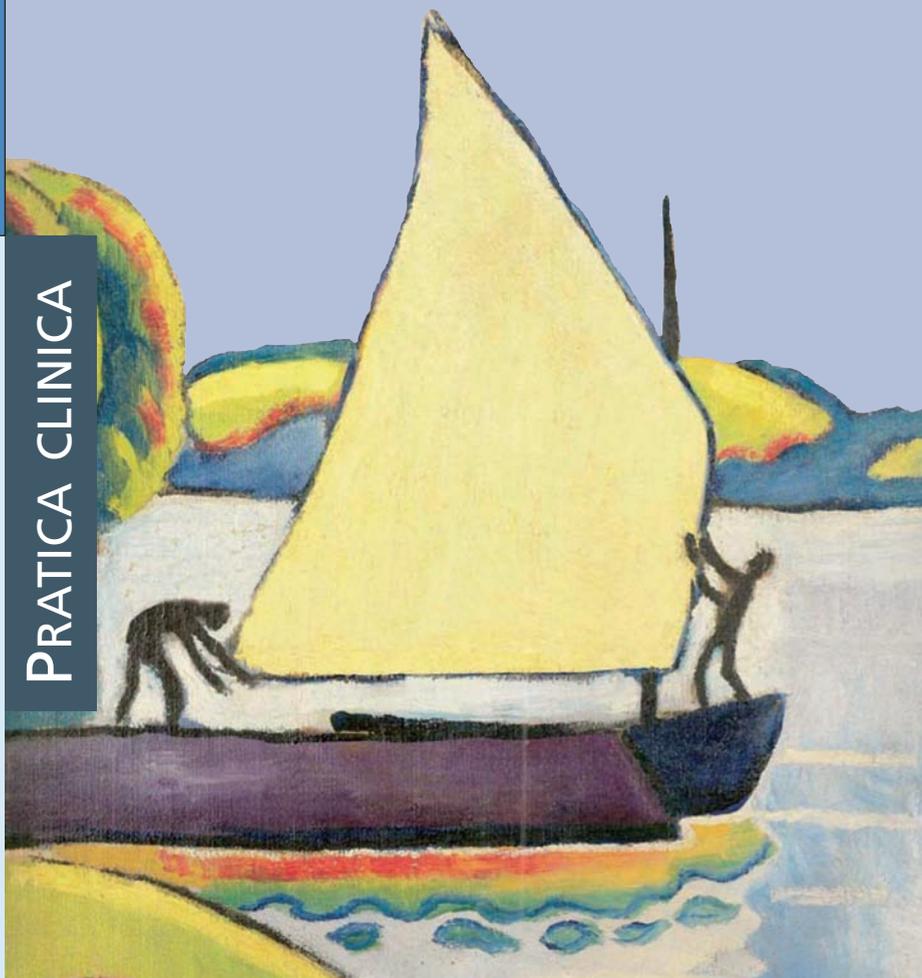
Dimensioni cliniche e modelli teorici della relazione terapeutica

a cura di Camillo Lorio
e Patrizia Moselli

Scritti di G. Buti Zaccagnini, G. Carzedda, E. Del Castello,
A. Ferrara, R. Filoni, M. Grasso, C. Lorio, M.L. Manca,
P. Moselli, A. Puleggio, M. Scialpi, M. Semeraro, S. Sostegni,
M. Spagnuolo Lobb, A.G. Tallerini, R. Zerbetto

FrancoAngeli

PRATICA CLINICA



1143. Pratica clinica diretta da Camillo Lorio

In testi agili, scritti da qualificati esperti (italiani e non), i problemi che più frequentemente si incontrano nella pratica clinica.

Nati dall'esperienza degli autori, affondati nella realtà del setting psicoterapeutico, i volumi che prenderanno in esame di volta in volta una sindrome o un problema clinico, indagandone:

- * gli aspetti nosografici e transnosografici;
- * gli aspetti diagnostici;
- * gli aspetti eziopatogenici;
- * le possibilità e le metodiche terapeutiche.

Verrà posta particolare enfasi sui problemi che si incontrano nella pratica clinica e i rappresentanti delle varie scuole racconteranno e spiegheranno, mediante la descrizione concreta dell'operatività seguita nei casi clinici, "come fanno" e "perché lo fanno", offrendo così una panoramica completa – oltre che altamente qualificata – a chiunque lavori o voglia lavorare nel mondo della malattia mentale.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Dimensioni cliniche e modelli teorici della relazione terapeutica

a cura di Camillo Lorio
e Patrizia Moselli

Scritti di G. Buti Zaccagnini, G. Carzedda, E. Del Castello,
A. Ferrara, R. Filoni, M. Grasso, C. Lorio, M.L. Manca,
P. Moselli, A. Puleggio, M. Scialpi, M. Semeraro, S. Sostegni,
M. Spagnuolo Lobb, A.G. Tallerini, R. Zerbetto

FrancoAngeli

PRATICA CLINICA

In copertina: August Macke, Segelboot am Morgen, 1910

Copyright © 2009 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni specificate nel sito www.francoangeli.it

Indice

Prefazione , di <i>Patrizia Moselli</i>	pag. 9
1. La costruzione dell'alleanza terapeutica e la self-disclosure del terapeuta , di <i>Camillo Loriedo e Maria Grasso</i>	» 13
1. Il problema della definizione	» 14
2. La costruzione dell'alleanza terapeutica e la self-disclosure	» 15
2.1. Relazione sana, rapporto maturo	» 15
2.2. La comunicazione funzionale	» 16
2.3. Definizione della self-disclosure	» 18
2.4. Tipi di self-disclosure	» 19
2.5. Verso la piena accettazione della self-disclosure in psicoterapia	» 22
3. Criteri per l'utilizzazione della self-disclosure del terapeuta	» 23
3.1. Il terapeuta	» 24
3.2. Il paziente	» 27
3.3. Il setting	» 28
3.4. Le fasi della terapia	» 30
Bibliografia	» 33
2. Relazioni affettive e processi corporei in analisi bioenergetica , di <i>Gabriella Buti Zaccagnini</i>	» 35

Bibliografia	pag. 38
3. Variazioni della “distanza” nella relazione terapeutica: l’esempio del trattamento dell’agorafobia, di Emanuele Del Castello	» 39
1. Agorafobia e attaccamento	» 39
1.1. Possibilità terapeutiche	» 40
2. Una psicoterapia su misura del paziente	» 41
2.1. L’assessment	» 41
2.2. La psicoterapia individuale	» 42
2.3. L’esposizione in vivo	» 43
2.4. L’ipnosi	» 43
2.5. La terapia di coppia o familiare	» 44
2.6. La supervisione	» 45
3. Conclusioni	» 45
Bibliografia	» 46
4. Gestalt integrativa: l’incontro terapeutico, di Antonio Ferrara	» 48
1. Premessa	» 48
2. L’incontro terapeutico	» 50
3. Interazioni sottili	» 52
4. Relazione e soggettività	» 52
5. Struttura e copione	» 54
6. Gli strumenti del terapeuta e l’alleanza	» 55
7. L’importanza del setting	» 60
8. L’interruzione dell’alleanza: fenomeni transferali	» 61
9. La nuova Gestalt: la psicologia degli enneatipi	» 65
10. Continuo di consapevolezza e la relazione Io-Tu. I tre amori	» 70
Bibliografia	» 74
Appendice	» 75
5. Formazione dei tratti caratteriali e controtransfert oggettivo e soggettivo, di Rosaria Filoni e Maria Luisa Manca	» 79

Bibliografia	pag. 87
6. Il corpo nella relazione , di <i>Patrizia Moselli</i>	» 90
Bibliografia	» 98
7. La percezione di Sé nel terapeuta nell'interazione con la famiglia , di <i>Antonio Puleggio e Sandra Sostegni</i>	» 99
Bibliografia	» 109
8. Vissuto di sofferenza iniziale del paziente e relazione terapeutica , di <i>Massimo Scialpi</i>	» 111
Bibliografia	» 116
9. L'esperienza di relazione nel trattamento della bulimia nervosa con approccio bioenergetico , di <i>Margherita Semeraro</i>	» 117
Bibliografia	» 122
10. La relazione terapeutica in psicosintesi , di <i>Antonio Giovanni Talerini</i>	» 123
Bibliografia	» 135
11. La relazione terapeutica nelle strutture psichiatriche: il modello della psicoterapia della Gestalt , di <i>Margherita Spagnuolo Lobb</i>	» 136
1. La relazione terapeutica nelle strutture psichiatriche	» 136
1.1. Quale relazione psicoterapeutica nelle strutture psichiatriche?	» 138
1.2. Meta-commento	» 141
2. Il modello della psicoterapia della Gestalt in strutture psichiatriche	» 143
2.1. Necessità di un'evoluzione	» 143
2.2. Le dimensioni del modello gestaltico	» 145
3. L'evoluzione dell'ambiente relazionale: obiettivi terapeutici	» 149
3.1. Obiettivo n. 1: l'ambiente terapeutico	» 149
3.2. Obiettivo n. 2: la differenziazione del Sé dall'ambiente	» 150

3.3. Obiettivo n. 3: l'orientamento e il ritmo del Sé	pag. 152
3.4. Obiettivo n. 4: la differenziazione dei propri bisogni	» 153
4. Conclusioni	» 154
Bibliografia	» 155
12. Il “bravo paziente” in psicoterapia: considerazioni dal punto di vista dell’approccio psicocorporeo dell’anali- si bioenergetica, di <i>Giuseppe Carzedda</i>	» 157
Bibliografia	» 165
13. Il Virgilio dantesco e altri antecedenti dello psico- terapeuta, di <i>Riccardo Zerbetto</i>	» 167
1. Il complesso sciamanico	» 170
2. Il tripode delfico	» 172
3. La discesa agli inferi nel mondo classico	» 173
4. Il percorso iniziatico dei misteri	» 175
5. L’Enea virgiliano del VI canto	» 177
6. Antecedenti islamici del poema dantesco	» 179
7. Analogia strutturale tra il poema dantesco e la pratica psicoterapeutica	» 179
8. La dimensione figurale	» 181
9. Virgilio nei diversi aspetti della sua funzione di ac- compagnatore	» 181
Bibliografia	» 193
Appendice – Codice di etica e di deontologia profes- sionale della Federazione italiana delle associazioni di psicoterapia (Fiap) e del Coordinamento nazionale delle scuole private di psicoterapia (Cnsp)	» 194
Gli autori	» 199

Prefazione

di Patrizia Moselli

L'idea di questo libro è nata durante il Convegno “La relazione terapeutica”, svoltosi a Sorrento a fine novembre del 2000¹, il primo meeting nazionale della Federazione italiana associazioni di psicoterapia-Fiap.

In realtà quell'incontro non ha soltanto dato l'impulso alle idee contenute in questo volume, ma ha anche avviato lo sviluppo di un ampio movimento culturale che ha catalizzato gli scambi e le interazioni che da allora in poi hanno iniziato ad avere luogo all'interno e all'esterno della stessa Fiap.

Da quel momento in poi, l'isolamento culturale che aveva prevalso per molte delle prospettive psicoterapeutiche si è trasformato in *relazione*, i contatti, le connessioni si sono moltiplicati, e le occasioni di incontro e di confronto sono diventate sempre più frequenti, fino al punto che oggi sembra impensabile apprendere e insegnare un solo approccio psicoterapeutico senza tener conto degli altri.

Certamente, quei primi passi sono stati particolarmente difficili, frenati dalla diffidenza e dai timori di contaminazione e poi dal dubbio che si stesse tentando per l'ennesima volta un avvicinamento che sarebbe fallito, perché qualcuno avrebbe tentato di imporre agli altri la propria egemonia culturale, o perché sarebbero insorti insanabili contrasti di principio.

Lo stimolo iniziale fu quello di Riccardo Zerbetto, e venne raccolto da Camillo Loriedo che divenne il primo presidente dell'associazione. Insieme a pochi altri, dotati di un forte senso dell'avventura, si pensò che si poteva avviare un dialogo non tanto legato a motivi di organizzazione o alle necessità di protezione dei diritti degli psicoterapeuti, ma piuttosto alla finalità comune di far progredire, congiuntamente, le basi scientifiche della psicoterapia, attraverso l'emergere tanto del *common ground*

¹ Congresso Fiap, Sorrento, 29 novembre-3 dicembre 2000.

che accomunava i differenti approcci, quanto delle differenze che li distinguevano.

In quel dicembre 2000, eravamo in pochi, appena un centinaio di partecipanti, ma un numero così ristretto che poteva apparire motivo di delusione rispetto a un progetto così ambizioso, si dimostrò in realtà una grande prova di interesse. Tutti i rappresentanti degli orientamenti che avevano aderito erano presenti, anche se mancavano i loro allievi, prudentemente tenuti lontani da quella prima delicata occasione di confronto.

Ricordo che, spinto dal mio entusiasmo che mi faceva sperare che con qualche aggiustamento organizzativo dell'ultimo momento, si potesse ancora ottenere un'elevata numerosità di partecipanti, chiesi a Camillo Loredio se sarebbe stato opportuno invogliare gli allievi delle scuole, magari offrendo loro una partecipazione gratuita o altri speciali benefici. Anche a Camillo l'idea di avere gli allievi e di aumentare il numero non dispiaceva, ma dopo averci pensato un po' mi rispose che sicuramente ci sarebbero state molte altre occasioni e nuovi spazi per coinvolgere gli allievi gratuitamente o a costi molto contenuti – in linea con quella che sarebbe stata la *mission* della Fiap – ma che in quella prima occasione sarebbe stato determinante scegliere di partire da un piccolo numero, la cui forza trainante sarebbe stata garantita dalla motivazione e dal coraggio.

Mi disse che era preferibile “partire non da un'*illusione* sulla partecipazione delle persone, ma dalla realtà del nostro movimento”.

La sua risposta mi sembrò in piena sintonia con la filosofia dell'Eap e della Fiap: diffondere nel mondo la cultura della psicoterapia, il cui sforzo principale è accorciare il divario tra le illusioni e il reale. Quelle poche prime persone, rappresentavano in effetti “la realtà” del movimento culturale e sono riuscite a diffondere la motivazione e il coraggio che ha permesso alla Fiap di sopravvivere e di crescere, negli anni.

È lecito chiedersi quale sia stato il fattore determinante della coesione che venne costruita in quel preciso momento critico e che ha influito favorevolmente sull'accelerazione di crescita della psicoterapia italiana. Pensandoci oggi, perché allora non ce ne rendemmo conto consapevolmente, questo fattore va probabilmente individuato nella stessa scelta del tema “la relazione”, un tema che accomuna e avvicina, e che ha consentito un incontro, che al di là delle differenze, ha permesso il superamento delle frammentazioni e delle contrapposizioni di principio.

Tuttavia, ci sembra importante oggi, che ne abbiamo compreso il valore fondante, riconnetterci a quel momento critico per riprenderne il tema centrale che ha creato un contesto favorevole per lo sviluppo culturale presente

e che mantiene tutta la sua rilevanza teorica e clinica al centro di ogni forma di psicoterapia.

Infatti, lo stesso tema (la relazione terapeutica), è stato poi ripreso in un importante volume² curato da Piero Petrini (Commissione per la psicoterapia del ministero dell'Università e della ricerca-Miur) e Alberto Zucconi (Coordinamento nazionale scuole private di psicoterapia-Cnsp).

Da quel dicembre del 2000, credo che la Fiap abbia fatto molta strada; basti ricordare il ricco Expert Meeting di Firenze nel 2001, organizzato da Lorenzo Cionini, il convegno di Siracusa del 2005³, organizzato da Margherita Spagnuolo Lobb, pieno di stimoli teorici importanti, che ha visto la partecipazione di Daniel Stern, fino ai 1200 partecipanti giunti a Firenze da tutta l'Europa per interrogarsi sulla stimolante provocazione dell'umorismo in psicoterapia, nel congresso del 2007⁴, organizzato da Rodolfo De Bernard.

Il percorso non è stato sempre facile, ma siamo riusciti a superare ostacoli che prima ci allontanavano e che, con il tempo, si sono invece trasformati in stima reciproca e in curiosità per le altrui differenze.

È in quest'ottica di continuo scambio ed evoluzione che siamo riusciti a pubblicare una serie di lavori ispirati al convegno di Sorrento del 2000 che sono convinta possano essere uno stimolo sia per il professionista affermato, sia per chi si accinge a iniziare la pratica terapeutica.

Molti sono i temi trattati, dall'alleanza terapeutica come *condivisione* di esperienze, descritta da Camillo Loredano e Maria Grasso, al ruolo del corpo nelle relazioni affettive, della compianta Gabriella Buti Zaccagnini, agli interessanti esempi di trattamento dell'agorafobia illustrati da Emanuela Del Castello. E ancora, si parla delle modalità di lavoro e delle implicazioni della Psicoterapia della Gestalt con Antonio Ferrara; del controtransfert come fenomeno anche energetico e del suo legame con i tratti caratteriali del terapeuta grazie al contributo di Rosaria Filoni e Maria Luisa Manca; della centralità del corpo nella relazione terapeutica, con il mio scritto. Antonio Puleggio e Sandra Sostegni esplorano la complessità della figura del terapeuta nell'interazione con la famiglia; Massimo Scialpi si interroga sul vissuto di sofferenza del paziente come punto di partenza per un'ipotesi psicodiagnostica; Margherita Semeraro affronta il tema della bulimia nervosa attraverso il modello dell'analisi bioenergetica. Nel volume troviamo inoltre i testi di Antonio Giovanni Tallerini sulla relazione terapeutica vista

² Petrini P., Zucconi A. (2008), *La relazione che cura*, E. Alpes Italia, Roma.

³ "L'implicito e l'esplicito in psicoterapia", Siracusa, 21-24 aprile 2005.

⁴ "Umorismo e altre strategie per sopravvivere alle crisi emozionali", Firenze, 14-17 giugno 2007.

nell'ottica della psicosintesi, e di Margherita Spagnuolo Lobb che indaga la relazione tra lo psicoterapeuta e i pazienti gravi all'interno delle strutture psichiatriche. Giuseppe Carzedda nel suo intervento ci fa riflettere sulle trappole controtransferali che può riservarci il "bravo paziente". Riccardo Zerbetto, infine, ci conduce in un singolare viaggio che esplora le radici della professione di psicoterapeuta dalla tradizione sciamanica fino al Virgilio dantesco.

È evidente, dunque, l'ampio respiro dei contributi presenti in questo volume. È per questo motivo che mi auguro che questo testo possa rappresentare un orientamento per tutti coloro che trattano di psicoterapia.

1. La costruzione dell'alleanza terapeutica e la self-disclosure del terapeuta

di Camillo Lorigo e Maria Grasso

*La speranza nasce quando scopriamo
di poter condividere sentimenti
quali delusione e disperazione
con un altro essere umano...*
H.F. Searls

Una serie di considerazioni teoriche, seguite a breve distanza da osservazioni empiriche, ha condotto in un breve volgere di tempo a considerare l'*alleanza terapeutica* come il fattore di maggiore importanza comune ai differenti approcci psicoterapeutici.

Nel giro di pochi anni l'esplorazione dell'alleanza terapeutica ha assunto un ruolo preminente nello studio delle psicoterapie e nella valutazione della loro efficacia e, al tempo stesso, il concetto ha ottenuto una significativa diffusione a livello della letteratura scientifica, superiore a quello di qualsiasi altro concetto relativo alla psicoterapia.

Partendo dalla frase di Harold Searles che abbiamo sopra riportato, riteniamo che la costruzione dell'alleanza si fondi soprattutto sulla possibilità di *condividere* esperienze, emozioni e stati d'animo nella relazione terapeutica. E da questo deriva che non si può prescindere dalla disponibilità del terapeuta a concedere almeno parte di se stesso, se si vuole costruire una vera alleanza terapeutica. L'idea di *condivisione* ci obbliga, quindi a interrogarci sulla self-disclosure del terapeuta.

Per comprendere quale sia il senso della self-disclosure e individuarne i limiti e l'importanza ai fini di costruire una valida *alleanza terapeutica*, sarà opportuno in primo luogo dedicare attenzione a quest'ultimo concetto.

Sebbene si tratti di un tipo di relazione terapeutica che riveste un indiscutibile ruolo di primo piano e interessa trasversalmente i più disparati modelli psicoterapeutici, la definizione stessa di *alleanza terapeutica* appare non di rado elusiva e sfuggente.

1. Il problema della definizione

Non è facile offrire una definizione esauriente di cosa sia un rapporto di *alleanza* e, a maggior ragione, individuare i fattori che rendono tale *alleanza terapeutica*. Vediamo, in primo luogo, il concetto di *alleanza*.

La derivazione latina del termine non è certamente in discussione, mentre non sembra definitivamente risolta l'origine etimologica che rimane in sospeso tra tre differenti verbi: il verbo "allegare", il verbo "allegere" e il più probabile "alligare".

"Allegare" ha dalla sua un participio passato, "allegatum", che sembra più vicino degli altri al termine attuale *alleato*, ma ha tra i suoi significati di maggior rilievo *inviare*, ma anche *delegare* e, soprattutto *affidare*, che sembra certamente interessante, ma poco indicativo della reciprocità relazionale implicita nel concetto di *alleanza*.

Non meno suggestivi appaiono i significati di "allegere", che sono *scegliere* e *aggregare*, ma il participio passato del verbo "allicium" appare troppo lontano dalle attuali espressioni linguistiche correlate al termine *alleanza*.

Infine, "alligare" ha un verosimile participio passato, "alligatum", e un significato legare, obbligare, assicurare molto vicino all'uso moderno del termine che, nei suoi attuali dizione e significato, appare per la prima volta nel francese "allier" nel 1100 e, circa un secolo dopo, nell'italiano "allearsi".

In ogni caso, il termine *alleanza* nasce dalla radice "ligare", che indica con ogni certezza l'instaurarsi di un legame a cui il suffisso "a" aggiunge il senso di una finalità. *Alleanza*, sarebbe dunque legame finalizzato al raggiungimento di uno specifico scopo, a cui si possono aggiungere nelle sfumature più marginali i concetti di *delega* e *affidamento* (allegare), di *scelta* e di *aggregazione* e *affidamento* (allegere), ma soprattutto *di patto che vincola per il raggiungimento di un determinato scopo* ("ligare pacta" = stabilire un patto).

Anche semplicemente rimanendo al senso di questa definizione, indubbiamente complessa, dovremmo concludere fin da ora che ciascuno dei significati semplici, di cui la parola "alleanza" è composta, non può prescindere da un grado significativo di conoscenza reciproca. Partendo dalle sue stesse componenti, non è possibile, se non ricorrendo a sottili astrazioni, concepire un vero rapporto di *alleanza* con uno sconosciuto.

Tuttavia, al momento, ci limitiamo a osservare che la difficoltà nel definire l'*alleanza* deriva dalla ricchezza di sfumature che il termine contiene e dalla sua struttura complessa che non può esaurirsi in uno solo o in numero molto limitato di significati possibili.

L'aggiunta dell'aggettivo terapeutico rende naturalmente ancora più complesso il senso del concetto, non solo per la miriade di significati che la parola "terapeutico" contiene in sé, ma anche e soprattutto per il gran numero di fattori che vengono ritenuti terapeutici, in base ai differenti modelli psicoterapeutici esistenti.

2. La costruzione dell'alleanza terapeutica e la self-disclosure

2.1. Relazione sana, rapporto maturo

Il primo a sottolineare l'importanza (e l'esistenza) di una relazione appropriata e matura fu Freud (1912) per distinguere tale forma di relazione dal transfert di natura nevrotica che legava il paziente al suo analista. Nella descrizione del *transfert maturo irreprensibile* Freud distingue una traslazione positiva da quella negativa, cogliendo anche la possibilità di ambivalenza caratterizzata dalla contemporanea presenza di stati d'animo contrapposti.

Solo una parte del transfert positivo, quella non soggetta a rimozione, è matura e irreprensibile, ed "è in psicoanalisi portatrice di successo".

Per Freud, dunque, la relazione matura del paziente con il suo analista è essenzialmente legata alla presenza di sentimenti positivi e alla consapevolezza di tali sentimenti che non vengono, pertanto assoggettati alle forze della repressione.

Ridimensionando il potere della resistenza al trattamento, in questo breve saggio Freud descrive per la prima volta la presenza di un rapporto di alleanza del terapeuta con il paziente o, almeno, con una parte di esso.

Naturalmente, Freud sembra percepire l'alleanza soltanto nella direzione paziente-terapeuta, e non prende neanche in considerazione l'ipotesi che possa esistere una direzione del vettore di relazione che proceda in senso opposto, dal terapeuta al paziente.

Possiamo tuttavia utilizzare le idee di Freud per giungere all'idea di una relazione sana e matura, all'interno della quale la self-disclosure può trovare la propria legittimazione.

Se si vuole esaminare la relazione terapeutica da un punto di vista relazionale-sistemico, i concetti di "sano" e "maturo" corrispondono al termine "funzionale", certamente più coerente con il linguaggio della teoria della comunicazione e della teoria generale dei sistemi.

Il significato del termine *funzionale* contiene in sé una serie di differenti aspetti che riguardano soprattutto l'area comunicativa. Non è difficile co-

gliere, in questi aspetti, alcune indicazioni che ci consentono di verificare prontamente quando la self-disclosure abbia o meno valore nel costruire e consolidare l'alleanza terapeutica.

2.2. La comunicazione funzionale

La visione attuale di una comunicazione funzionale prevede almeno tre aspetti fondamentali: i canali comunicativi pervi, il valore informativo della comunicazione e la pertinenza comunicativa.

Canali comunicativi pervi. La capacità di mantenere aperti i canali comunicativi disponibili e *in tutte le direzioni* è condizione indispensabile per poter considerare sana una determinata relazione. Ma la semplice pervietà dei canali, che distingue i cosiddetti *confini distinti* descritti da Minuchin (1977), fornisce una descrizione esclusivamente quantitativa dello scambio comunicativo e non permette di valutarne i contenuti.

In un'alleanza terapeutica ben funzionante si deve poter accedere alle varie aree di comportamento disponibili, nonché alle componenti emozionali e agli aspetti della storia che hanno rilievo per la terapia in corso.

Inoltre, se la terapia riguarda un sistema familiare nel suo complesso la pervietà dei canali accessibili comporterà la partecipazione attiva alla terapia di tutti i suoi componenti (verso il terapeuta e viceversa) e la possibilità di scambi interattivi all'interno di tutte le relazioni esistenti nel sistema.

Valore informativo. Un'analisi qualitativa della comunicazione deve esplorare il valore dei contenuti che vengono trasferiti dall'emittente al ricevente e vice versa. La qualità dei contenuti scambiati dipende dal loro *valore informativo*. Si dice che la comunicazione ha valore informativo, quando riesce ad aggiungere *informazione*, vale a dire a produrre un cambiamento significativo dello stato in cui si trova il ricevente prima di riceverla. Per dirla con Bateson (1984), è informativa *una differenza che produce una differenza*. Si può dunque comunicare (talvolta anche a lungo) senza informare. Naturalmente, una relazione terapeutica che non riesce a produrre informazione non può produrre gli elementi di novità necessari per costruire l'alleanza e, ancora di più, per produrre il cambiamento.

In termini di una buona alleanza terapeutica questo vuol dire che gli scambi tra terapeuta e paziente non possono essere limitati alla semplice

comunicazione, ma devono essere dotati di valore informativo. Si potrebbe anzi affermare che la qualità di una relazione terapeutica dipende in larga misura dal numero di informazioni scambiate in proporzione al numero di atti comunicativi. Pertanto, una *self-disclosure*, da parte del terapeuta ha valore solo in quanto non si limita a proporre solo comunicazione, ma riesce a produrre vera e propria informazione.

Pertinenza comunicativa. Il fatto che la comunicazione sia potenzialmente in grado di produrre informazione, ci indica la presenza di livelli qualitativamente elevati raggiunti dallo scambio comunicativo, quindi la possibilità che si verifichi un cambiamento dello stato precedente, ma non ci chiarisce quanto questo configuri il determinarsi di un *cambiamento costruttivo* (alleanza terapeutica) piuttosto che una modificazione disfunzionale.

Per essere funzionale e per contribuire allo stabilirsi di una vera relazione collaborativa, il contenuto dovrà essere *pertinente* rispetto alla relazione nella quale ha luogo. La presenza di comunicazioni non pertinenti, in quantità significativa, segnala, comunque, la presenza di una disfunzionalità comunicativa.

La pertinenza riguarderà una serie di aspetti di non trascurabile importanza:

- la fase di sviluppo;
- il tipo di relazione esistente;
- i soggetti interessati;
- il contesto;
- gli obiettivi concordati.

Saranno le comunicazioni, e soprattutto le informazioni pertinenti scambiate nel corso della relazione a indicarci non solo la qualità, ma anche la validità dell'alleanza terapeutica in corso.

I concetti appena esposti ci permettono di comprendere fin da ora che l'esperienza di comunicazione reciproca (o se si vuole, *self-disclosure*) fra terapeuta e paziente, per dimostrarsi terapeuticamente valida e per dar luogo a una vera alleanza, deve poggiare su tre fattori fondamentali:

- la reciprocità;
- il valore informativo dello scambio;
- la pertinenza rispetto ai differenti aspetti che caratterizzano la relazione in corso.

2.3. Definizione della self-disclosure

Trattandosi di una parola composta, nel tentativo di comprendere nel miglior modo possibile il suo significato, la si può provvisoriamente scomporre nei due termini che contribuiscono a formarla.

La prima evidente osservazione consiste nel rilevare la notevole disomogeneità tra i due concetti.

Infatti, la parola “disclosure” è facilmente traducibile come rivelazione di un pensiero, di uno stato d’animo, di una fantasia ecc., e si può utilizzare altrettanto bene per indicare la *scoperta di un tesoro nascosto*, una *divulgazione* o la *rivelazione di un segreto*.

Invece, come è stato notato, il termine “Sé”, acquista il suo significato a partire dall’orientamento teorico che ne dispone l’impiego e ne decide l’uso. Per questo motivo si tratta di un concetto di difficile definizione e, l’approfondimento di tale concetto, per quanto importante, esula dagli scopi di questo scritto. Tuttavia, l’originaria distinzione che ne fece William James si dimostra un utile punto di partenza per comprendere il complesso significato della self-disclosure e per proporre una descrizione dei tipi di self-disclosure utilizzati nella pratica clinica.

James distinse tre costituenti del Sé: “materiale”, che deriva dalla coscienza del proprio corpo, del proprio ambiente e dei propri beni; il Sé “sociale”, costituito da una parte delle percezioni o immagini che ciascuno presume gli altri abbiano di lui, e dall’altra dalle norme e dai valori sociali che fanno parte della visione comune del mondo; e il Sé “spirituale”, che è l’autoconsapevolezza che ciascuno ha di sé e della propria esistenza.

In considerazione del molto tempo trascorso dall’iniziale formulazione dell’autore, nel presente lavoro ci permetteremo di tradurre il “Sé spirituale” di William James come “Sé emozionale”, e questa modificazione ci consentirà una più precisa distinzione delle istanze di cui ci occupiamo.

Per quanto la struttura del concetto appaia sostanzialmente più complessa di quanto una semplice definizione possa permettere, possiamo intanto definire la self-disclosure come “auto-rivelazione”, ma meglio si potrebbe dire come “rivelare qualcosa di se stessi”, o lasciar trapelare qualcosa di sé che prima non era conosciuto dall’altro.

Una migliore comprensione del costrutto si può dedurre dalle diverse classificazioni esistenti in letteratura, alcune delle quali abbiamo ritenuto opportuno riportare in questo lavoro, compresa quella che abbiamo derivato dalla distinzione del Sé proposta da William James e che conduce a un’ulteriore definizione, da noi maggiormente condivisa, vale a dire: “rivelazione del proprio Sé e dei suoi diversi aspetti, a un altro”.

2.4. *Tipi di self-disclosure*

Il *criterio della consapevolezza* con cui si rivela costituisce l'asse portante della classificazione suggerita da Pizer (1995) che distingue tre tipi di self-disclosure: *inevitabile*, *inconsapevole* e *deliberata*.

La self-disclosure *inevitabile* si verifica quando eventi reali del terapeuta hanno effetti sulla terapia (per esempio, la gravidanza) e non possono essere tenuti nascosti. La self-disclosure *inconsapevole*, invece è legata ai concetti di transfert e controtransfert e comprende, in pratica, tutta la comunicazione non verbale prodotta senza intenzionalità, inclusi il tono della voce e le espressioni di empatia. Infine, la forma che può aver maggiore rilevanza terapeutica è quella della self-disclosure *deliberata* che, se utilizzata correttamente dal terapeuta, può contribuire ad aprire uno spazio intersoggettivo che si sviluppa tra paziente e terapeuta, e che può promuovere un processo di crescita.

Da parte loro, Gutheil e Gabbard (1993) ritengono opportuno considerare soprattutto il tipo di relazione terapeutica che può derivarne: infatti, mentre alcune forme di self-disclosure possono contribuire a formare e consolidare un buon rapporto terapeutico, altre possono indurre a travisarne la natura, e se usate in maniera eccessiva, tendono a favorire coinvolgimenti inopportuni che possono giungere a superare il limite di quanto è lecito tra paziente e terapeuta.

Per gli autori la distinzione tra self-disclosure *appropriata* e *inappropriata* risiede soprattutto nella *motivazione* del terapeuta, che può essere ritenuta valida solo quando è mossa esclusivamente e rigorosamente dal fine di perseguire l'interesse del paziente.

Un'altra modalità di classificazione proposta dalla Linehan (1993) riguarda il *tipo di partecipazione personale del terapeuta*. Secondo questa classificazione, quando il terapeuta rivela informazioni che lo riguardano personalmente si parla di *personal self-disclosing*, mentre se si condividono con il paziente soltanto le proprie reazioni al suo comportamento, allora è più corretto parlare di una partecipazione personale di tipo *self-involving*.

Andersen e Anderson (1989) preferiscono adottare un *criterio di contenuto* e, conseguentemente, distinguono quattro categorie di self-disclosure, in base alle informazioni rivelate che possono riguardare l'*identità*, le *esperienze personali*, le *risposte emotive* e le *esperienze professionali* del terapeuta.

Anche Knox e Hill (2003) adottano il criterio del contenuto, ma individuano almeno sette tipi di self-disclosure: