

**Fattori transteorici nell'efficiacia
qualitativa della relazione di
aiuto e terapeutica
a cura di Enrichetta Spalletta**

Cenni storici: dai modelli all'integrazione

- Nel corso del '900 emergono i grandi modelli (psicodinamico, comportamentista, cognitivo, umanistico-esistenziale): la tendenza è quella di cercare di dimostrare la supremazia di uno rispetto all'altro nel produrre i risultati di guarigione.
- MA...

- Già nel 1936 Saul Rosenzweig afferma che i fattori aspecifici sono i maggiori responsabili del cambiamento in psicoterapia, pertanto non c'è nessuna differenza nell'applicazione di una o dell'altra tecnica specifica, dato che ognuna può portare a risultati apprezzabili.
- Conia un modo di dire che sarà alla base di un grande dibattito in ambito psicologico, vivo ancora oggi, il "verdetto del Dodo" (dal testo di Carroll, Alice nel paese delle meraviglie), per cui
"Tutti hanno vinto e tutti meritano un premio"

- Nel 1975 Luborsky e colleghi conducono il primo studio comparativo su diversi tipi di psicoterapie, riscontrando poche differenze significative tra di esse.
- Questo lavoro ha dato origine alla conduzione di numerosi studi pro o contro il verdetto del Dodo, che si susseguono tuttora nella letteratura internazionale (Wampold, Imel, 2015; trad.it 2017).

- Frank nel 1961 pubblica *Persuasion and healing*, il primo testo pioniere circa i fattori comuni.
- 1966 Paul: “Qual è il migliore approccio per questo particolare operatore e per questo particolare utente in questa circostanza particolare, entro questo contesto specifico in questo momento temporale preciso?”.

- Jerome Frank definisce la base dei fattori comuni in grado di fornire aiuto:
- una relazione di fiducia emotivamente significativa
- un setting professionale di cura
- uno schema concettuale (un mito) che fornisce una spiegazione plausibile per i sintomi del paziente
- un rituale o una procedura che richieda la partecipazione attiva del cliente e del terapeuta

Jerome Frank e Giulia Frank (1991) hanno poi individuato sei elementi comuni ai rituali e alle procedure utilizzate da tutti gli psicoterapeuti:

1 il terapeuta combatte il senso di alienazione del cliente attraverso lo sviluppo di una relazione, mantenuta anche dopo che il cliente ha esplicitato i suoi sentimenti di demoralizzazione

2. il terapeuta mantiene le aspettative del cliente di essere aiutato mettendo in relazione la sua speranza di miglioramento con il processo della terapia

3. offre nuove esperienze di apprendimento

4. il risultato della terapia è suscitare le emozioni del cliente

5. il terapeuta rafforza il senso di padronanza o di auto-efficacia del cliente

6. il terapeuta offre opportunità pratiche (Frank, Frank, 1991 in Wampold, 2017, p. 70)

Competenze nei principi attivi della relazione terapeutica:

- tecniche comunicazionali (ascolto attivo, domande...)
- attitudine: empatia, considerazione positiva, interesse caloroso, incoraggiamento, attivazione di fiducia e speranza, rinforzo di attese favorevoli al trattamento, motivazione e collaborazione, autosvelamento, congruenza, autenticità e spontaneità, dimostrazione di credibilità professionale.
- Analisi di testo digitale/analogico e canali di rappresentazione mentale.

- Cercando di riassumere i fattori comuni che negli anni sono stati proposti da vari ricercatori si possono evidenziare i seguenti raggruppamenti:
- creazione di una relazione terapeutica e di un'alleanza di lavoro
- fattori legati al terapeuta e fattori legati al paziente

- sostegno e accrescimento della speranza e delle aspettative positive
- auto esplorazione, crescita della consapevolezza
- riferimento a uno schema esplicativo del funzionamento del paziente e delle possibilità di cambiamento
- lavoro sui sintomi e problemi (uso di tecniche e working through) e possibilità di prendere coscienza di
- pensieri, emozioni e stati corporei.
- acquisizione di nuovi apprendimenti dentro e fuori il contesto terapeutico con crescita della capacità di padroneggiare le nuove conoscenze.



NESSUNA TEORIA HA IL
MONOPOLIO DELLA
VERITÀ O DELLA
UTILITÀ:
L'APPROCCIO
AI PROBLEMI CLINICI
HA BISOGNO DI UNA
PROSPETTIVA
PLURALISTICA E
INTEGRATA

IL PLURALISMO DELLE DIVERSITÀ SCIENTIFICHE IN
UN' INTEGRAZIONE ACCOMODATIVA PERMETTE DI
REALIZZARE TRATTAMENTI INDIVIDUALIZZATI IN CUI
NUOVE COMBINAZIONI TECNICHE E TEORICHE
CONSENTONO DI RISPONDERE ALLA COMPLESSITÀ
CON EFFICACIA ED EFFICENZA

La qualità del processo di aiuto e gli esiti ottimali:
la ricerca al servizio della personalizzazione dell'intervento

FATTORI RELATIVI AL CLIENTE
Caratteristiche soggettive

Rete sociale
Eventi di vita

FATTORI RELATIVI AL COUNSELLOR

Caratteristiche personali
Competenza professionali

PRINCIPI ATTIVI RELAZIONALI
DI CAMBIAMENTO



Negli studi sugli esiti, sulla supremazia di alcune
procedure e protocolli su altri

Cosa è stato dimenticato?

La persona del terapeuta

La relazione terapeutica

Le caratteristiche (non
diagnostiche) del paziente.

Gli studi sugli esiti terapeutici dimostrano che i risultati riguardano le caratteristiche individuali del terapeuta e la relazione terapeutica emergente, al di là delle tecniche o dei modelli terapeutici. Questa è la più grande scoperta di questi anni di ricerca empirica”
(Henry, 1998)

Relazioni Terapeutiche Efficaci:

1. Identificare gli elementi della Relazione Terapeutica Efficace
2. Identificare i metodi efficaci per personalizzare la terapia per il singolo paziente

LA RELAZIONE RISULTA IL FENOMENO PIÙ POTENTE DEL PROCESSO E DEI RISULTATI NEL *COUNSELING* AL DI LÀ DELLE TECNICHE E DELLE SCUOLE.

**CURARE È DIVERSO DAL TRATTARE E
PRENDERSI CURA
NON PUÒ ESSERE SOSTITUITO DALLA
GESTIONE DEL PROBLEMA.**

SELEZIONARE I PRINCIPI ATTIVI DELLA RELAZIONE DI AIUTO PER COSTRUIRE TRATTAMENTI CONFEZIONATI SU MISURA DEL SINGOLO CLIENTE È LA NUOVA SFIDA DELLA RICERCA NEL CAMPO DELLA RELAZIONE DI AIUTO E TERAPEUTICA.

La relazione terapeutica concorre con interventi discreti, caratteristiche del paziente e situazioni cliniche, nel determinare l'efficacia del trattamento.

L'adattamento della relazione terapeutica alle caratteristiche non diagnostiche del paziente incrementa l'efficacia del trattamento.

Elementi efficaci di una relazione terapeutica

Alleanza

Coesione nella Terapia di Gruppo

Empatia

Collaborazione e Consenso sugli obiettivi

ALLEANZA

Fattore cruciale nel determinare processo ed esiti

deve mostrarsi consolidato entro le prime sedute (6-8).

La sensazione di essere compresi, supportati e di ritrovare un senso di speranza è connessa alla forza dell'alleanza nelle prime fasi della relazione.

La capacità responsiva, la sintonizzazione con l'esperienza fenomenologica del paziente, la flessibilità nella negoziazione degli interventi sono connessi sia all'alleanza che agli esiti.

Lo sviluppo dell'alleanza è più difficile per counselor principianti e non è correlata al training.

Le sensazioni di alleanza con lo psicologo, con il rituale del *setting* e con gli obiettivi giocano un ruolo significativo nell'aiutare il cliente ad aderire al trattamento e sono correlate con esiti positivi.

La capacità dello psicologo di valutare correttamente lo stato iniziale dell'alleanza del cliente e la capacità di rispondere flessibilmente è *probabilmente* correlata agli esiti. Alti livelli iniziali di alleanza possono corrispondere ad aspettative irrealistiche.

EMPATIA

Quattro i fattori potenzialmente mediatori tra empatia ed esiti

1- IL PROCESSO EMPATICO **RELAZIONALE**: SENTIRSI COMPRESI

AUMENTA LA SENSAZIONE DI SICUREZZA RELAZIONALE CHE

AUMENTA L'AUTOSVELAMENTO E LA DISPONIBILITÀ AD

APPROCCIARE AREE PERSONALI DIFFICILI.

2- EMPATIA E PROCESSO ESPERIENZIALE **EMOTIVO CORRETTIVO**: IL

CLIENTE SI SENTE DEGNO DI RISPETTO, IMPARA CHE PUÒ ESSERE

ASCOLTATO E COMPRESO

3-EMPATIA COME FATTORE FACILITANTE IL PROCESSO **COGNITIVO**

AFFETTIVO: NEL CONTESTO EMPATICO IL CLIENTE PENSA IN MODO PIÙ COSTRUTTIVO.

4- L'EMPATIA E IL POTERE ATTIVO DI **AUTOGUARIGIONE** DEL CLIENTE.

IL COINVOLGIMENTO ATTIVO DEL CLIENTE È FONDAMENTALE NEL FAR FUNZIONARE LA TERAPIA.

INTERVENTI EMPATICI (DI COMPROVATA EFFICACIA):

RISPOSTE DI *COMPRESIONE EMPATICA*

CONFERME EMPATICHE (CONVALIDANO LA PROSPETTIVA DEL CLIENTE)

EVOCAZIONI EMPATICHE (AGEVOLANO LA FORMULAZIONE DELL'ESPERIENZA CON LINGUAGGIO RICCO, EVOCATIVO, CONNOTATIVO)

INTERPRETAZIONI EMPATICHE (TENTATIVI DI COGLIERE L'IMPLICITO NELLA NARRAZIONE DEL CLIENTE: DAL TESTO AL DISCORSO)

COLLABORAZIONE PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI CONCORDATI.

COINVOLGIMENTO COLLABORATIVO = ADESIONE AL RUOLO DEL CLIENTE, ADESIONE AI COMPITI/IMPEGNO SIA IN SEDUTA CHE NELLA VITA, COOPERAZIONE.

L'ASSUNZIONE ATTIVA DEL RUOLO DA PARTE DEL CLIENTE, LA DISCUSSIONE DI PREOCCUPAZIONI E SENTIMENTI È CORRELATA CON GLI ESITI POSITIVI.

LA QUALITÀ DEI COMPITI COMPLETATI È CORRELATA AD ESITI POSITIVI PIÙ DELLA QUANTITÀ.

IL CONSENSO SUGLI OBIETTIVI È PIÙ DIFFICILE DA VALUTARE. CLIENTE E COUNSELOR POSSONO LAVORARE SULLO STESSO OBIETTIVO MA CON LINGUAGGI DIVERSI.

LA RIFORMULAZIONE, L'ATTENZIONE PARTECIPE VERSO I PROBLEMI, L'AIUTO NELLA CHIARIFICAZIONE DEI TERMINI ESSENZIALI, NELL'ASSUNZIONE DI NUOVE PROSPETTIVE LA COMPrensIONE DELL'IMPORTANZA CHE I PROBLEMI RIVESTONO PER LA PERSONA, COMPORTAMENTI AMICHEVOLI, COOPERATIVI, DI AFFILIAZIONE SONO DIRETTAMENTE CONNESSI AD ESITI MIGLIORI.

Elementi probabilmente efficaci nella Relazione Terapeutica

Considerazione positiva

Congruenza/autenticità

Feedback

Riparazione delle rotture nell'alleanza
terapeutica

Auto-svelamento

Gestione del controtransfert

Qualità dell'interpretazione relazionale

FEEDBACK

Il feedback varia da semplice descrizione a inferenza ed è più utile quando è descrittivo.

Un feedback positivo è generalmente più accettato dai pazienti rispetto ad uno negativo

Un feedback negativo viene più accettato se dato in un contesto di relazione basata sulla fiducia e se preceduto da un feedback positivo.

Feedback negativi e positivi hanno un ruolo differente nel processo di crescita, il primo è usato a scopo correttivo, il secondo per solidificare i nuovi metodi appresi.

Un contesto relazionale ottimale per dare feedback è quello di tipo collaborativo dove lo scambio di feedback contribuisce a creare un clima di partecipazione fiduciosa.

Se l'agevolatore descrive lo scopo e l'uso che il cliente può fare del feedback, questo risulta più utile e in questo modo lo psicologo "addestra" il cliente a dare feedback a sua volta.

Il potere sociale del professionista, aggiunto ad una combinazione di esperienza ed attrattività sociale, contribuisce molto all'accettabilità del feedback.

La *bassa autostima* del cliente e *l'umore negativo* possono influire negativamente sul feedback quindi il *counselor* dovrà tenere ben presenti le caratteristiche del cliente prima di dare il feedback.

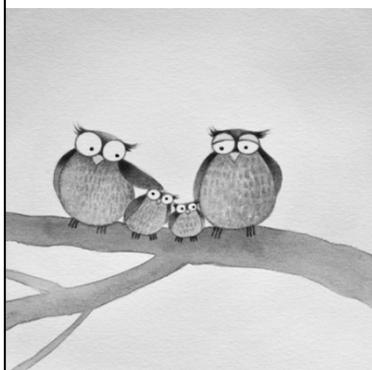
Il feedback può essere sbagliato, per questo necessita di una risposta di verifica da parte del cliente, ma potrebbe anche aumentare una sua eventuale resistenza e quindi distorcere il feedback stesso.

In un setting di gruppo o familiare, l'agevolatore è responsabile anche del feedback verso gli altri membri, per aumentarne l'efficacia e diminuire la possibilità che venga distorto.

Il feedback sul risultato dei test sembra avere più efficacia se preceduto da una comunicazione sugli scopi e sul tipo di domande in modo che il cliente possa inserire i risultati in una cornice di riferimento.

ABILITA' NELLA RIPARAZIONE DELLE ROTTURE DELL'ALLEANZA

Riparazione/rottura alleanza:
porre attenzione ad un segnale di rottura,
esplorare l'esperienza di rottura,
esplorare l'evitamento,
far emergere desideri/bisogni



Elementi correlati alla riparazione della rottura dell'alleanza:

La qualità dell'alleanza terapeutica è uno degli elementi predittivi più importanti nell'esito del trattamento.

Ci sono risultati indicanti il ruolo preminente che alcuni processi specifici hanno nella risoluzione delle rotture terapeutiche, per es. l'espressione di sentimenti negativi o un comportamento non difensivo da parte del terapeuta.

Per alcuni pazienti abituati a stili di comportamento del tipo "rompi e ripara", lo sviluppo di pattern di alleanza durante il trattamento è positivamente correlato con una buona riuscita della terapia.

Studi suggeriscono che uno scarso risultato della relazione di aiuto può essere causato da una collusione nella quale ad un tipo di comunicazione ostile da parte del paziente risponde una comunicazione ostile da parte dell'operatore.

La frequenza delle rotture è influenzata dalle modalità di trattamento e dalla prospettiva dell'osservatore.

Fattori di efficacia per la personalizzazione della Relazione

Resistenza/reattanza
Deterioramento funzionale
Stadio di cambiamento
Stile di coping
Aspettative
Assimilazione dell'esperienza problematica

Fattori di adattamento della relazione psicoterapeutica alla soggettività del paziente di comprovata efficacia:

Il *livello di reattanza* considera la forza di opposizione esercitata nei confronti dei tentativi di persuasione, verso i suggerimenti, o le richieste. La reattanza include risposte razionali e irrazionali e può essere attivata da una semplice informazione o un'indicazione generica come da un'interpretazione. Nel corso dello sviluppo, nelle fasi di differenziazione, come l'adolescenza, reattanza è un parametro di comportamento atteso a livelli elevati.

Reattanza alta: interventi non direttivi o con minima direttività e metodologie di autosostegno: una guida leggera in un clima accogliente e rassicurante, crea affidabilità e prevedibilità.

Reattanza bassa: risultano fruttuosi interventi direttivi e di orientamento esplicito.

Functional impairment (la gravità)

La ***gravità del problema*** considera quanto la sintomatologia interferisce con il funzionamento delle normali attività fisiologicamente attese per un soggetto.

La ***complessità del problema*** si riferisce alla ***pervasività*** del disagio in più aree di sviluppo e si manifesta, contrariamente alla gravità del problema, in senso più estensivo che in acuto.

Clienti con ridotto supporto e danno in due o più aree di vita (famiglia, lavoro, intimità, ecc.) sembrano beneficiare maggiormente dell'integrazione farmacologica, di un trattamento più intensivo, per più di sei mesi

***Una prognosi positiva è
connessa ad un contesto sociale
supportivo.***

Nel caso in cui il problema sia molto grave, e il cliente *sia orientato all'esterno*, la strategia preferenziale è quella di stabilire passi successivi per obiettivi intermedi di soluzione sintomatica, con l'applicazione di tecniche comportamentali e direttive e verifica costante degli esiti di ogni passo.

Clienti con elevato autocriticismo ed evitamento emozionale traggono maggior beneficio da interventi interpersonali e orientati *all'insight*.

Coping

Lo stile di *coping* : la proposta di cambiamento deve tener conto della collocazione del ***locus of control***, della percezione della responsabilità e della colpa all'interno o all'esterno di sé (stile **internalizzante** e stile **esternalizzante**); della tendenza a evitare o negare gli elementi cruciali in una situazione problematica (stile **elusivo**); o dei repentini cambiamenti nella gestione delle situazioni problematiche (stile **ciclico**).

Se lo stile di *coping* è **internalizzante**, le procedure elettive sono quelle che stimolano la **consapevolezza** e l'**attivazione emozionale**.

Il *coping* **elusivo** si combina positivamente con le procedure che agevolano una **graduale consapevolezza** (esperienziale nel caso di bambini).

La ricerca della **padronanza cognitiva** e la focalizzazione del problema consente di gestire le alternanze del ***coping* ciclico**.

Le **tecniche comportamentali** permettono di confrontare i risultati delle azioni e la tendenza a spostare all'esterno la responsabilità delle azioni e degli eventi (***coping* esternalizzante**).

**VARIABILI ESSENZIALI CHE DETERMINANO GLI
ESITI DI UN INTERVENTO DI AIUTO:**

**IL CLIENTE
e
L'AGEVOLATORE
IN RELAZIONE**

L'agevolatore, con le sue caratteristiche di **personalità** (7%), le sue competenze **tecniche** generali (5%) e specifiche (8%), la sua esperienza professionale, è uno dei fattori nel campo del cambiamento, e interagisce con le specificità e il contributo attivo collaborativo del **cliente** (25%), gli **eventi** della vita personale e socio-culturale (45%) per costruire l'efficacia qualitativa della **relazione** (10%)



CAMBIAMENTI SIGNIFICATIVI E DURATA DEL TRATTAMENTO

Tra il **48%** e il **58%** dei clienti comincia a trovare **solievo e beneficio** al proprio disagio nelle **prime sei-otto sedute** di psicoterapia (e questo potrebbe costituire la soglia di individuazione della correttezza del piano impostato, ed eventualmente l'indicatore della necessità di cambiare livello e/o modalità di intervento).



Dal secondo fino al terzo o quarto colloquio vengono prese in considerazione le caratteristiche transdiagnostiche del cliente in modo da sviluppare interventi compatibili sin dalla fase iniziale

La **prima fase (3-5 sedute)** serve per **motivare, restituire speranza** e ristabilire un senso di benessere di base. Gli interventi possono andare dalla psicoeducazione (biblioterapia, autosostegno guidato, informazione educativa, orientamento), all'accoglienza, dalla corretta assunzione di un farmaco, al decidere di prendere una vacanza ecc. Per alcuni la vita riprende ad andare e non necessitano di ulteriore supporto.

- Nella condizione di inconsapevolezza del bisogno di cambiamento (quando il sintomo è egosintonico, per esempio) questa fase è destinata agli interventi motivazione al cambiamento.
- Gli strumenti di valutazione utilizzati sono focalizzati sulla percezione del benessere soggettivo, sulle osservazioni cliniche e sugli indici di adattamento globale.

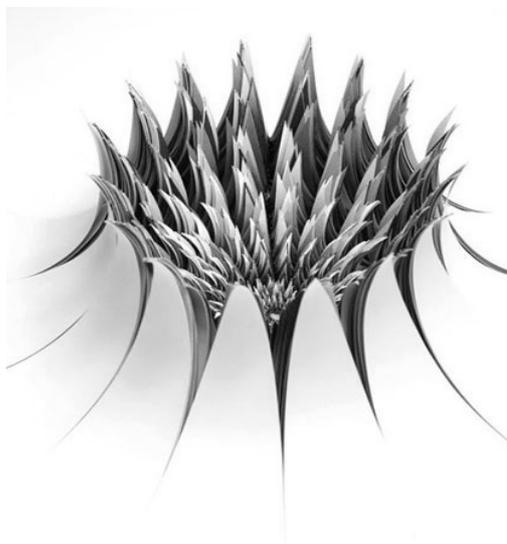
INTEGRAZIONE**Processo dinamico e policromico in cui:**

la diversità è una risorsa verso lo sviluppo di complementarità compatibili

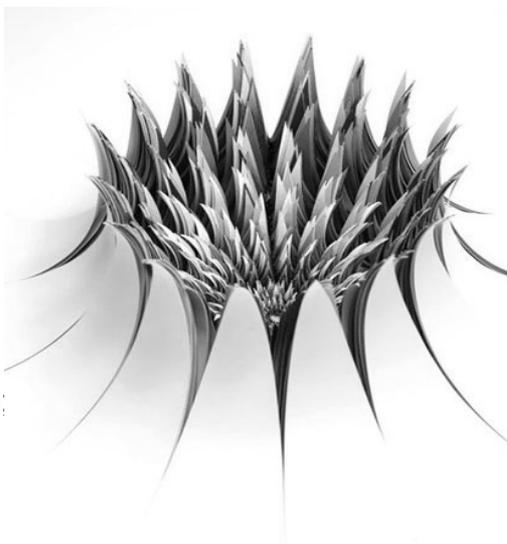
,la **flessibilità** consente alla scienza di ampliare lo spazio delle sue domande
la **sintesi creativa** di fattori comuni

convergenti consente

l' accoglienza ottimale

**INTEGRAZIONE****Processo dinamico e policromico in cui:**

l' accento sulle **risorse** del soggetto e del suo contesto facilita il cambiamento;
l' unicità dell' individuo che pensa, sente, agisce, in un processo di continua evoluzione nel suo ecosistema orienta la **compatibilità** dell'intervento;
prende spazio la considerazione delle **differenze culturali**;
La **verifica ecologica** concretizza il mantenimento dei risultati



**Caratteristiche trasversali dei
trattamenti efficaci**

- **Coerenza, costanza, coesione**
- impegno al potenziamento della **compliance**
- attuazione **affidabile, finalizzata** a scopi precisi

**Caratteristiche trasversali dei
trattamenti efficaci**

- **Alleanza:** la costruzione di una relazione di fiducia, attendibile, attenta ai bisogni della persona, una relazione genuina, autentica e da persona a persona.

Caratteristiche trasversali dei trattamenti efficaci

- La prontezza nel riconoscere gli episodi di **mismatching** nell'alleanza e la puntualità nel portarli all'elaborazione nel qui e ora della relazione significa essere anche disposti a riconoscere i momenti del dubbio e dell'incertezza, i momenti in cui si fanno i conti con i propri limiti.

Caratteristiche trasversali dei trattamenti efficaci

- La **riparazione sollecita** di una caduta della fiducia può essere realizzata se:
 - viene esplicitata in tempi ravvicinati alla rottura stessa;
 - il terapeuta è **disponibile a guardare in che modo può aver contribuito a generare la frattura e a stabilire un dialogo aperto ed esplicito in merito;**
 - il terapeuta mantiene un atteggiamento amichevole e collaborativo di condivisione delle responsabilità;
 - la partecipazione condivisa porta all'approfondimento della fiducia nella relazione reale.

Caratteristiche trasversali dei trattamenti efficaci nelle patologie borderline

Individualizzare l'intervento è il fulcro della psicoterapia integrata e significa riconoscere e legittimare, nel loro diritto di esistere, tutte le caratteristiche della persona, pur senza condividere i comportamenti autolesivi o comunque disfunzionali. Significa inoltre individuare i tratti salienti della sua fenomenologia e renderli non solo meno pericolosi e/o disadattivi ma arrivare a metterli al servizio del cambiamento. I tratti di impulsività e aggressività non sono negativi in sé, s'attivano e s'intensificano quando costituiscono risorse non mediabilizzate dal pensiero e semplici meccanismi di risposta reattiva.

TRATTAMENTO INDIVIDUALIZZATO

**Interventi
Tailor-made
per**



**LO SVILUPPO DELLA
COMPATIBILITÀ OTTIMALE**

Caratteristiche trasversali dei trattamenti efficaci

- ***Individualizzazione del trattamento***

Incontrare la persona esattamente dove si trova: ogni intervento deve tener conto delle caratteristiche specifiche della persona nel senso delle **risorse** che possiede e dei **limiti** che si è trovata ad apprendere e a porsi nel corso degli adattamenti della vita e con i quali fa i conti nel presente del processo terapeutico. **L' intensità** delle cure e il grado di **contenimento** necessario, il livello di **egosintonia** della sintomatologia, la **motivazione**, il **sostegno sociale** disponibile

Caratteristiche trasversali dei trattamenti efficaci

- ***incrementare le competenze:*** qualunque sia il livello di difficoltà che sperimenta nella sua drammatica vita affettiva, deve essere aiutato a trovare una fonte reale di autostima, fuori dai territori conflittuali delle relazioni e delle relazioni intime in particolar modo. Quando il paziente stabilizza una sua attività lavorativa, o un suo impegno costante quotidiano di una qualche utilità riconoscibile, comincia più facilmente a fare i conti con i problemi dell' intimità.

**Compatibilità con attaccamenti traumatici
NEL CASO SI MALTRATTAMENTO E/O ABUSO IL
GENITORE VULNERABILE INDUCE ATTIVAZIONE
DEL SISTEMA DI ACCUDIMENTO NEL FIGLIO.
ANCHE IL SISTEMA MOTIVAZIONALE SESSUALE
(INCESTO) E QUELLO AGONISTICO-COMPETITIVO
(GESTIONE DELLE RELAZIONI INTRAFAMILIARI)
SONO COMPROMESSI.**

**QUESTO COMPROMETTE IL PROCESSO
DELL' ATTACCAMENTO CARATTERIZZATO DA
SFIDUCIA E VALUTAZIONE INAPPROPRIATA
DELLE EMOZIONI DI ATTACCAMENTO**

Compatibilità con attaccamenti traumatici

**Il terapeuta in questo caso non si pone
eccessivamente in una posizione di
accudimento.**

**Ricerca la dimensione
della cooperazione in quanto
percepita meno pericolosa
(sistema motivazionale cooperativo)**

I livelli della compatibilità

Livello della relazione: regolazione affettiva
(empatia, sintonizzazione, alleanza,
rotture e riparazioni)

Livello procedurale-tecnico: le interazioni
complementari/supportive/di orientamento
e accoglienza e quelle simmetriche/
confrontative/di approfondimento e crescita

Livello interpersonale: l'organizzazione
della personalità, gli schemi primari.

I "MATTONI" DELLA COMPATIBILITÀ

- FIDUCIA (POSIZIONI ESISTENZIALI OK-NON OK)
- EMPATIA (Base sicura- ricerca della prossimità/Esplorazione- ricerca della novità)
- COORDINAZIONE INTERATTIVA (regolazione, timing)
- ALLEANZA (relazione/legame - compito/operativa)
- REATTANZA (ambivalenza/attività/passività/confittualità/contro dipendenza)
- COPING
- MOTIVAZIONE (Stadi del cambiamento)

Lo stile di attaccamento esprime il grado di fiducia e il senso di agio che la persona sperimenta nelle relazioni intime, la paura del rifiuto e il desiderio d'intimità, la tendenza a scegliere strategie di autosufficienza, distanza, controllo, accudimento compulsivo, il distacco, l'evitamento della dipendenza e la preoccupazione per la vicinanza relazionale

Attaccamento del paziente

- pazienti che vengono descritti (attraverso AAI) come fiduciosi e soddisfatti delle relazioni (att.to sicuro) tendono a beneficiare maggiormente del trattamento che ricevono e possono intraprendere con successo diversi tipi di trattamento.
- Pazienti con attaccamento distanziante possono meglio beneficiare di trattamenti concentrati o focalizzati, per essere aiutati a superare il loro tipico isolamento. Quando stabiliscono la connessione emozionale con il terapeuta, il miglioramento può apparire con più evidenza.

- Pazienti **distaccati** richiedono attivamente (sollecitano) interventi attivi che facilitano l' espressione emozionale e la connessione
- Pazienti preoccupati possono richiedere interventi supportivi che aiutano a contenere le emozioni da cui si possono sentire sopraffatti
- Pazienti con attaccamento sicuro lavorano produttivamente anche senza una personalizzazione dell' intervento

Attaccamento e alleanza

- Pazienti che aspirano a una forte vicinanza e hanno paure abbandoniche, possono spingere alla costruzione di un' alleanza intima, in quanto preoccupati di un possibile rifiuto.
- Pazienti con attaccamento distaccato possono mantenersi in superficie, continuando a essere riluttanti verso il contatto.

**L' alleanza come legame di attaccamento:
La capacità del terapeuta di riconoscere e
riparare tempestivamente una rottura
dell' alleanza/sincronia relazionale è
fondamentale per procurare al cliente
un' esperienza correttiva**