L'alleanza terapeutica in età evolutiva: un percorso tra creatività e collaborazione

Elena Cirimbilla[1]
[1]Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Roma

Riassunto
Questo lavoro nasce da una personale riflessione clinica sull'importanza del coinvolgimento del bambino nell'intero processo terapeutico al fine di favorire l'alleanza con esso. La tesi si apre con una breve analisi dell'evoluzione del concetto di alleanza terapeutica, dalle origini psicoanalitiche alla definizione di Bordin, autore che pone il focus sulla collaborazione e sulla condivisione. La seconda parte è dedicata all'approfondimento del modello di empirismo collaborativo di Beck e del costrutto di alleanza nella pratica clinica. La terza sezione offre una panoramica dell'alleanza terapeutica in età evolutiva estendendo i concetti di collaborazione e condivisione alla terapia con il bambino. Il processo terapeutico in età evolutiva dovrebbe essere dinamico, attivo e condiviso e, non meno importante, adattato al livello di sviluppo del bambino. Infatti, l'adattamento dei contenuti della terapia, attraverso strategie creative e ludiche, permetterà al terapeuta di "allearsi nel suo mondo". L'elaborato si conclude con un esempio personale di attività creativa da proporre al bambino, con l'obiettivo di costruire una solida alleanza.
Parole chiave: Alleanza terapeutica, Collaborazione, Età evolutiva, Attività creativa, CBT

The therapeutic alliance in childhood: a path between creativity and collaboration

Abstract
This work was driven by a personal clinical thought on the importance of involving the child into the whole therapeutic process in order to foster an alliance with him. The thesis begins with a brief analysis of the evolution of the therapeutic alliance concept, from the psychoanalytic origins to the definition of Bordin, who focuses on collaboration and sharing. The second part offers an in-depth study of Beck's model of collaborative empiricism and the construct of alliance in clinical practice. The third section presents an overview of the therapeutic alliance in childhood, by extending the concepts of collaboration and sharing to the child's therapy. The therapeutic process in the developmental age should be dynamic, active and shared and, last but not least, adapted to the child's level of development. Indeed, the adjustment of the therapy contents, through creative and playful strategies, will allow the therapist to "ally himself in her/his world". The paper concludes with a personal example of a creative activity to be used with the child, aimed at building a solid alliance.
Key words: Therapeutic alliance, Collaboration, Childhood, Creative activity, CBT

Elena Cirimbilla, L'alleanza terapeutica in età evolutiva: un percorso tra creatività e collaborazione, *Numero 25 – Numero Monografico Età Evolutiva, 2020, pp. 10-26.*
Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193
pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.itt

Introduzione

L'alleanza terapeutica positiva in età evolutiva può essere definita come "una relazione contrattuale, di accettazione, rispettosa e calorosa tra un bambino-adolescente e un terapeuta tesa alla mutua esplorazione o all'accordo sui modi attraverso cui il bambino-adolescente può modificare in meglio il proprio funzionamento sociale, emotivo o comportamentale e la mutua esplorazione o l'accordo sulle procedure e i compiti che possono far raggiungere tali cambiamenti" (DiGiuseppe et al., 1996 pp. 87).

L'evoluzione storica del concetto di "alleanza terapeutica"

Le origini: Freud e il transfert positivo irreprensibile

Il concetto di alleanza terapeutica trova la sua origine in ambito psicoanalitico, quando Freud rielaborò il ruolo e la funzione del transfert in psicoterapia. Egli, infatti, osservò come il paziente continuasse a collaborare nel lavoro nonostante le difese attivate durante l'analisi del materiale inconscio. Dal momento che le difese avrebbero dovuto portare all'interruzione del processo terapeutico, Freud propose, come soluzione a tale contraddizione, la presenza di un transfert positivo che legasse il paziente e il terapeuta (Horvath et al., 2011).

In "Dinamica della traslazione" del 1912, Freud operò quindi una distinzione tra la "traslazione negativa" consistente nella riattualizzazione di emozioni e impulsi ostili e la "traslazione positiva" costituita invece da sentimenti di affetto e fiducia nei confronti dell'analista. Sarebbe proprio questa dimensione affettiva nei confronti del terapeuta che permetterebbe la formazione del legame capace di preservare la relazione e il mantenimento del lavoro, nel cosiddetto "transfert positivo irreprensibile" (Grasso, 2010).

Secondo Freud il "transfert positivo irreprensibile", derivante da esperienze di cura precoce da parte degli altri significativi, consentiva e facilitava la permanenza del paziente in terapia promuovendo la collaborazione, grazie a sentimenti "coscienti e irreprensibili" propri di quella porzione di libido rivolta alla realtà (Semerari, 2000; Lingiardi, 2002).

Il transfert negativo, che interferisce con le possibilità di collaborazione del paziente, si contrappone quindi a un altro collaborativo e consapevole che sostiene invece il processo psicoanalitico ed è in grado di contrastare gli aspetti nevrotici e irrazionali del legame terapeutico.

Secondo Freud, l'Io del paziente e il terapeuta devono formare un "partito comune contro i nemici" all'interno di un patto basato sulla sincerità dell'uno e sulla comprensione dell'altro.

Sebbene sia stato formulato all'interno del più ampio e complesso fenomeno del transfert, il concetto di "transfert positivo" appare assimilabile a quello di alleanza terapeutica, essendo infatti inteso come mezzo

per sostenere il processo terapeutico in una relazione collaborativa e autentica tra analista e paziente, contrapposta agli aspetti più irrazionali e nevrotici del legame tra essi (Lingiardi, 2002; Grasso 2010).

Gli sviluppi

Successivamente, Sterba approfondì la posizione freudiana e sviluppò l'idea che il paziente avesse una capacità di osservazione razionale con la quale il terapeuta potesse allearsi per contrastare le forze del transfert, le difese e le resistenze del paziente stesso. Secondo l'autore, la collaborazione nel processo terapeutico è legata alla capacità del paziente di lavorare attivamente e alla sua motivazione al cambiamento. L'alleanza non è più concepita come attaccamento libidico al terapeuta (come nel transfert positivo irreprensibile di Freud) che spinge il paziente a proseguire il percorso di analisi, bensì come una collaborazione tra terapeuta e paziente. Quest'ultimo, attraverso l'identificazione con l'atteggiamento riflessivo dell'analista, riesce a osservare i propri processi mentali e collaborare attivamente al processo analitico in quella che l'autore definisce "alleanza dell'Io" (Lingiardi, 2002; Grasso, 2010).

Nel 1956 Zetzel coniò il termine "alleanza terapeutica", con cui il costrutto è noto tuttora, per riferirsi alla capacità del paziente di utilizzare il suo Sé sano per connettersi con l'analista nei compiti terapeutici. L'alleanza viene intesa come l'unione tra il terapeuta e le funzioni autonome e mature dell'Io del paziente ed è fondata sul legame positivo e sulla condivisione del processo terapeutico. Zetzel descrive quindi il processo di condivisione di alcuni elementi della realtà tra paziente e terapeuta, distinguendo gli elementi della relazione da quelli di tipo transferale (Grasso, 2010; Monticelli, 2014).

Greenson negli anni '60 riprese il concetto utilizzando la definizione di "alleanza di lavoro", espressione utile a mettere in risalto gli aspetti razionali e non nevrotici della relazione tra paziente e terapeuta. L'avvio del lavoro interpretativo sarebbe secondario all'instaurarsi di una relazione reale basata su sentimenti di fiducia e rispetto tra i due membri (Horvath & Luborsky, 1993; Grasso, 2010).

Uno dei primi perfezionamenti del concetto di alleanza fu sviluppato da Luborsky, che negli anni '70 suggerì che "l'alleanza d'aiuto" tra paziente e terapeuta si sviluppasse in due fasi, in una concezione sequenziale all'interno dei differenti momenti della terapia. La prima, nella fase iniziale della terapia, riguarda la visione del terapeuta come fonte di aiuto e capace di una relazione accogliente e supportiva che il paziente riceve in maniera passiva (tipo 1), la seconda (tipo 2), nella fase successiva, è basata sulla consapevolezza del lavoro comune tra paziente e terapeuta sulle difficoltà e sugli obiettivi. Da parte del paziente vi è un investimento e fiducia nel processo terapeutico e una consapevolezza del suo essere parte attiva di esso mentre è affiancato dal suo alleato, il terapeuta (Lingiardi, 2002; Ardito & Rabellino, 2011).

Dagli anni '70 in poi si osserva uno spostamento di accento verso la dimensione relazionale presente nella comprensione dell'individuo, a partire dall'idea che ognuno contribuisce allo svolgersi del sistema relazionale e interattivo di cui fa parte. Si delinea quindi nel tempo una concezione di rapporto clinico che

fa riferimento alla natura collaborativa della relazione tra terapeuta e paziente, dimensione essenziale per il processo terapeutico e per il suo successo. Lo scambio clinico viene concepito sempre più come un processo di interazione e costruzione comune della realtà, dove entrambi gli attori del percorso terapeutico si influenzano reciprocamente (Monticelli, 2014).

Bordin e la concezione panteorica

Per "alleanza terapeutica" si intende "il reciproco accordo riguardo agli Obiettivi del cambiamento e i Compiti necessari per muoversi in direzione di tali obiettivi assieme allo stabilirsi dei Legami necessari a sostenere il lavoro dei partecipanti" (Bordin, 1994 pp. 13).

Durante la proliferazione degli approcci terapeutici negli anni '60 e '70, si susseguirono una serie di estensioni del concetto di alleanza partendo dalle sue radici piscodinamiche fino ad arrivare alla definizione operata da Bordin nel 1979, considerato il primo autore a proporre il concetto di "*working alliance*" in una visione panteorica. L'alleanza terapeutica, secondo Bordin, è un costrutto trasversale a tutti gli approcci terapeutici e applicabile ad ogni contesto e rappresenta una dimensione centrale di tutte le relazioni, non soltanto quella terapeutica (Bordin, 1979; Horvath & Luborsky, 1993; Baylis, 2011).

L'alleanza viene concepita in una natura reciproca e interpersonale e l'accordo sulle componenti è frutto di un continuo processo di negoziazione di entrambi gli attori del rapporto terapeutico. Bordin pone quindi in primo piano la natura interattiva della relazione clinica e dei fenomeni che in essa si verificano, estendendo questa visione trasversalmente a tutti gli approcci come fattore comune ad ogni modello teorico (Grasso, 2010).

A partire dai contributi operati nelle due precedenti decadi, Bordin definì l'alleanza di lavoro come un costrutto comune a tutti gli orientamenti e contraddistinto da tre caratteristiche fondamentali: l'accordo rispetto agli Obiettivi (Goals), l'accordo rispetto ai Compiti specifici (Tasks) e lo sviluppo di un Legame interpersonale costituito da sentimenti reciproci positivi (Bond) (Semerari, 2000) e propose come "l'alleanza terapeutica tra la persona che ricerca il cambiamento e colui che si propone come agente di tale cambiamento sia una delle chiavi, se non la chiave, del processo di cambiamento stesso" (Bordin 1979 pp. 252)

Più in particolare, per "Goal" si intende l'obiettivo del cambiamento che varia a seconda dell'approccio considerato, centrato sui "nuclei centrali" in termini psicodinamici o su specifici segmenti della vita dell'individuo in un'ottica comportamentale. Per "Tasks" si intendono le richieste di azione di un paziente guidate dal terapeuta, tipiche della Terapia Cognitivo Comportamentale; mentre il "Bond" viene costruito a partire dalle azioni e momenti condivisi tra terapeuta e paziente e viene più facilmente descritto in termini di connessione, fiducia, rispetto e impegno reciproco (Bordin, 1994).

All'interno della relazione terapeutica, il processo di negoziazione è parte integrante della costruzione dell'alleanza e di fondamentale importanza è il ruolo attivo del paziente che viene guidato dal terapeuta nella scelta degli obiettivi e dei compiti (Lingiardi, 2002). Secondo l'autore quindi, l'alleanza terapeutica ottimale si ottiene quando il paziente e il terapeuta condividono le convinzioni in merito agli obiettivi del trattamento e vedono i metodi utilizzati per raggiungerli efficaci e pertinenti in un legame personale costituito da sentimenti positivi reciproci. A seguito della negoziazione degli obiettivi, il terapeuta ha il ruolo fondamentale di indicare i compiti, intesi come attività specifiche che contribuiscono al cambiamento, ma il paziente deve sempre essere un elemento determinante nella definizione e scelta di essi. Questi due elementi dell'alleanza, gli obiettivi e i compiti, possono però svilupparsi solo in presenza di un rapporto di fiducia e rispetto reciproco, dal momento che qualsiasi accordo su obiettivi e compiti richiede che il paziente creda nelle capacità del terapeuta di aiutarlo e quest'ultimo nelle risorse del paziente tese al cambiamento. L'alleanza influenzerà il risultato del trattamento non come variabile in sé, ma come ingrediente che consente al paziente di seguire e credere nel processo terapeutico accettandolo con fiducia (Bordin, 1979; Ardito & Rabellino, 2011; Monticelli, 2014).

L'alleanza terapeutica nella pratica clinica

Dall'empirismo collaborativo all'alleanza terapeutica

La Terapia Cognitivo Comportamentale riconosce come gli elementi della relazione portino un significativo contributo alla terapia, condividendo l'importanza dell'alleanza anche con gli altri orientamenti. Nella Terapia Cognitiva, però, l'alleanza si differenzia da altri tipi di approcci per l'importanza data al lavoro di squadra e alla collaborazione e per l'enfasi posta sulla persona e sul suo ruolo attivo (Semerari, 2000; *Castonguay et al., 2010*).

Già prima della definizione di Bordin e dei tre elementi fondamentali osservati precedentemente, Beck in Principi di terapia cognitiva del 1976 spiegava: "il paziente e il terapeuta dovrebbero mettersi d'accordo sul problema da trattare, sul fine della terapia e su come raggiungerlo" (Beck, 1976 in Semerari, 2000 pp. 243) ed aggiungeva: "la funzione del terapeuta non è quella di cercare di riformare il paziente, quanto piuttosto di lavorare insieme al paziente contro i problemi di quest'ultimo" (Beck, 1976 in Lingiardi, 2002 pp. 160). Nella sua teorizzazione, è fondamentale il concetto di collaborazione che Beck definisce "empirismo collaborativo" e che rappresenta uno dei principi della Terapia Cognitiva Standard.

Secondo il modello di empirismo collaborativo, la terapia richiede al paziente una partecipazione attiva e consapevole e l'empirismo collaborativo è il contesto relazionale in cui il terapeuta favorisce tale partecipazione. I concetti che definiscono il modello si basano quindi sulla collaborazione con il paziente e sono sovrapponibili a quelli di alleanza terapeutica (Semerari, 2000).

Nella Terapia Cognitiva Standard la collaborazione terapeutica si ottiene attraverso la spiegazione dei fondamenti del trattamento, concordando gli obiettivi da raggiungere e spiegando le motivazioni dei compiti assegnati. Per arrivare a ciò, è di fondamentale importanza che il paziente contribuisca alla costruzione e condivida la concettualizzazione del caso e consideri ragionevoli le tecniche proposte. L'aderenza al trattamento deve essere quindi condivisa ed esplicitata, il paziente deve comprendere la natura del problema e il nesso con la tecnica e i compiti individuati. L'accordo su obiettivi e compiti è infatti indispensabile per far sì che il paziente si impegni ad applicare le tecniche a partire da una fiducia di base nel trattamento (Semerari, 2000; Lingiardi, 2002)

In tal senso il termine collaborazione indica il concetto di "lavoro condiviso" e l'atteggiamento collaborativo richiede il coinvolgimento del paziente che contribuirà alle decisioni e alle scelte fornendo idee e suggerimenti che il terapeuta, nel ruolo di collaboratore e guida, si impegnerà a cogliere e rinforzare (Kazantzis et al., 2019).

La relazione terapeutica in termini di empirismo collaborativo è quindi assimilabile, in senso metaforico, al rapporto tra due scienziati esperti che condividono il nucleo dell'indagine congiunta e del cambiamento ricercato. Tale nucleo è l'esperienza del disturbo del paziente sul quale entrambi lavorano, essendo il terapeuta l'esperto della clinica e il paziente l'esperto di se stesso (Monticelli, 2014).

La costruzione e condivisione della formulazione del caso

La condivisione della formulazione del caso crea un grande interesse nel paziente e costituisce una fase importante nella costruzione dell'alleanza terapeutica. Al momento della condivisione, infatti, viene fornita al paziente una spiegazione delle sue difficoltà che gli permette di percepire un senso di padronanza rispetto alla problematica che diventa quindi comprensibile e modificabile (Balestrini et al., 2011). Il paziente si sente compreso e rappresentato nella mente del terapeuta e vedendosi descritto nello schema presentato sa che il suo funzionamento è stato colto. Ciò favorisce l'instaurarsi dell'alleanza e di un saldo legame tra i due componenti della relazione terapeutica. La condivisione pone inoltre le basi per un dialogo tra paziente e terapeuta e per la risoluzione di possibili ostacoli che potrebbero emergere nel corso della terapia e porta il paziente a una maggiore motivazione al trattamento, favorendo l'alleanza (Barcaccia, 2010; Nezu et al, 2015; Romano, 2016b).

La concettualizzazione del caso in Terapia Cognitiva include la comprensione dello sviluppo delle credenze e degli scopi del paziente, dei suoi agiti e della modalità in cui il suo sistema cognitivo si manifesta. Costruire una formulazione del caso e restituirla al paziente implica osservarlo, ascoltarlo, ricostruire la sua storia di vita e individuare i fattori che contribuiscono a mantenere i problemi, ma anche comprendere le sue modalità relazionali e le sue emozioni (Barcaccia, 2010; Kazantzis et al., 2019).

La formulazione del caso può costituire la mappa attraverso cui paziente e terapeuta costruiscono il percorso terapeutico da svolgere insieme. Nel momento in cui il terapeuta condivide la formulazione del caso e ottiene un feedback positivo, è possibile infatti stipulare un accordo e un consenso reciproco sulle procedure e gli obiettivi della terapia. La condivisione degli obiettivi, costruiti attivamente con il paziente anche in termini concreti, operativi e verificabili, permetterà di far emergere i suoi desideri e le sue aspettative, i timori e le preoccupazioni, favorendo una identificazione di scopi di trattamento più realistici (Barcaccia, 2010; Nezu et al, 2015; Kazantzis et al., 2019).

Nel caso in cui il paziente non concordi con la formulazione, il terapeuta dovrà riadattarla e modificarla fino a che egli non la percepirà sensata e condivisibile. Allo stesso modo, se il paziente mostrasse una scarsa aderenza ai compiti, sarà opportuno ridiscutere insieme le motivazioni e, nel caso in cui egli ritenesse poco utile la tecnica proposta, si dovrà procedere nel ridefinirla (Semerari, 2000).

L'accordo sugli obiettivi e i compiti, costruiti e condivisi a partire dalla formulazione, viene così continuamente monitorato ed eventualmente calibrato. In tal senso la condivisione della formulazione è in linea con l'empirismo collaborativo: terapeuta e paziente potranno muoversi in stretta collaborazione rifacendosi continuamente alla ricostruzione dello schema, ciò permetterà di individuare obiettivi e fasi del trattamento, definire le priorità da seguire e realizzare l'alleanza terapeutica a partire dall'accordo e dalla collaborazione rispetto agli obiettivi (Semerari, 2000; Romano, 2016a).

Grazie alla formulazione del caso è anche possibile per il clinico comprendere e gestire nel tempo eventuali difficoltà del processo terapeutico, come la resistenza al cambiamento, la non collaborazione o altri problemi all'interno della relazione stessa. La formulazione, infatti, attraverso l'individuazione dei fattori di scompenso e di mantenimento del disturbo, aiuta il clinico a comprendere meglio il paziente in una modalità empatica che rende salda, come già osservato, la relazione terapeutica (Barcaccia, 2010; Balestrini et al., 2011).

Le caratteristiche del terapeuta

È stato osservato come le caratteristiche personali e le capacità individuali del terapeuta possano influire positivamente o negativamente sul processo terapeutico e sull'alleanza. Le caratteristiche del terapeuta sono state perciò oggetto di numerosi studi, essendo alcune di esse ritenute clinicamente utili ai fini del successo della terapia (Monticelli, 2014).

La Beck (2005) suggerisce alcuni principi fondamentali della terapia cognitiva che possono aiutare il terapeuta a costruire e mantenere l'alleanza terapeutica in una collaborazione attiva con il paziente, nei termini sopra descritti di "lavorare in squadra". L'autrice sottolinea come sia necessario in tal senso non essere eccessivamente direttivi, autoritari o polemici e assumere piuttosto un ruolo attivo, propositivo e partecipativo, coinvolgendo il paziente nelle iniziative e nelle scelte. Le manifestazioni di empatia da parte

del terapeuta e una genuina manifestazione di premura, di autenticità e di ottimismo circa l'utilità della terapia, rafforzeranno l'alleanza.

Secondo De Silvestri (1999) il terapeuta dovrebbe porsi, in termini di umanità, sullo stesso piano del paziente, trattandolo come un attivo partecipante e suo uguale e allo stesso tempo dovrebbe dimostrarsi schietto e genuino, nonché empatico. L'autore precisa in tal senso che il termine "empatia" va inteso nella sua accezione di "comprensione" umana e intellettuale dell'altro, tale da sviluppare una partecipazione ma non un'identificazione nei vissuti del paziente, per poterli osservare dal suo punto di vista e dal suo schema di riferimento.

In una review della letteratura, Ackerman e Hilsenroth (2003) hanno descritto le caratteristiche del terapeuta che influiscono positivamente sull'alleanza. Le abilità del terapeuta di infondere sicurezza e fiducia nel processo terapeutico sono di fondamentale importanza per il successo della terapia stessa e l'affidabilità, la benevolenza e la responsività consentono di costruire e mantenere un'alleanza positiva. È stato inoltre evidenziato che una connessione positiva del paziente con il terapeuta è collegata con il suo essere flessibile, empatico, comprensivo e rispettoso. Inoltre, secondo gli autori, la capacità del terapeuta di esplorare temi interpersonali in un'atmosfera di sostegno e incoraggiamento, a partire da un interesse genuino per la sua esperienza, è un ingrediente che contribuisce alla costruzione di un'alleanza positiva, probabilmente perché consente al paziente di percepire che il terapeuta ha l'abilità di comprenderlo e di lavorare con lui sulle difficoltà portate in terapia. Nonostante l'impatto positivo sull'alleanza, è evidente però come sia necessario da parte del terapeuta modulare le modalità e il grado di manifestazione di queste caratteristiche a seconda dello stato emotivo del paziente durante tutto il processo terapeutico (Ackerman & Hilsenroth 2003; Beck, 2005; Monticelli, 2014).

Gli stessi autori hanno inoltre trattato, all'opposto, le caratteristiche del terapeuta che impattano negativamente sull'alleanza. In particolare, hanno descritto una serie di studi che individuano nella rigidità, nella mancanza di coinvolgimento e nel disinteresse nei confronti del paziente e del processo terapeutico alcuni fattori critici nella costruzione e nel mantenimento dell'alleanza. Lo stesso impatto negativo è osservabile con i terapeuti che mostrano una tendenza alla colpevolizzazione e al criticismo, che sono poco supportivi, negativi e manifestano una sfiducia nelle proprie capacità di aiuto, che non sono connessi con i bisogni del paziente e sono aderenti in senso rigido al modello di trattamento (Ackerman & Hilsenroth, 2001).

L'alleanza terapeutica in età evolutiva

L'importanza di allearsi con il bambino

La letteratura contemporanea si è per lungo tempo concentrata sugli aspetti relazionali della psicoterapia con l'adulto, dedicando meno attenzione alla relazione in età evolutiva. La maggior parte dei clinici ritiene tuttavia che l'alleanza terapeutica sia un elemento fondamentale nella relazione tra terapeuta e paziente quando si opera nel campo che coinvolge bambini, adolescenti e famiglie (Knepley et al., 2019). Tutto il processo terapeutico è ampiamente influenzato dalla qualità della relazione terapeutica costruita con il bambino, motivo per cui l'analisi e la gestione dello spazio relazionale sarà una variabile sostanziale del processo di cura (Lambruschi et al, 2014).

È dunque di importanza fondamentale dare rilevo all'alleanza terapeutica in tutti e tre gli aspetti descritti da Bordin e precedentemente delineati. Rispetto all'età evolutiva, infatti, molto spesso nel tempo solo il Legame (Bond) è stato visto come necessario e sufficiente al cambiamento, non considerando l'importanza degli Obiettivi (Goal) e dei Compiti (Tasks) condivisi nella costruzione dell'alleanza (DiGiuseppe et al., 1996).

In tal senso, un primo ostacolo nello stabilire un'alleanza con bambini e adolescenti è dato dal fatto che non è sempre semplice trovare un accordo sugli obiettivi. La motivazione è da ricercare probabilmente nella modalità con cui i bambini afferiscono alla terapia: molto spesso non scelgono spontaneamente di rivolgersi al terapeuta ma giungono alla consulenza su invio di un adulto. I genitori spesso portano il bambino in terapia senza avergliene parlato, senza chiedere la sua opinione o avergli spiegato le motivazioni della consulenza. Ciò porta a dover considerare una prima differenza sostanziale con l'età adulta rispetto alla psicoterapia: dal momento che spesso non sceglie autonomamente di venire, il bambino non sempre è consapevole della sua difficoltà e delle conseguenze legate ad essa e sarà probabilmente poco motivato al cambiamento (DiGiuseppe et al., 1996; Nahum, 2013; Knepley et al., 2019).

Favorire lo sviluppo di un'alleanza positiva e forte con tali pazienti può facilitare il coinvolgimento e mitigare le resistenze al cambiamento, in un contesto relazionale supportivo ed accogliente. In questa particolare tipologia di pazienti l'alleanza terapeutica risulta quindi un elemento fondamentale anche perché, come suggerisce la ricerca, essa sembra essere un fattore correlato al cambiamento e agli esiti positivi del trattamento (Knepley et al., 2019).

La collaborazione nell'alleanza terapeutica con il bambino

Nella costruzione dell'alleanza terapeutica in età evolutiva è fondamentale, in primo luogo, chiarire il ruolo del terapeuta, spiegandogli chi è lo psicologo, chi aiuta e il modo in cui lavora (Nahum, 2013). Nel caso di bambini in età prescolare e scolare il terapeuta potrebbe essere visto infatti come un medico che è

lì per visitarlo e far emergere nel bambino la "paura del dottore" (Di Pietro & Bassi, 2013; Montanaro, 2016). Occorre quindi chiarire che invece il terapeuta è teso all'ascolto e a comprendere la problematica del bambino per cercare di aiutarlo al meglio nel trovare possibili soluzioni, anche con la partecipazione dei genitori. La collaborazione del bambino e la sua capacità di essere un "buon paziente" è collegata infatti al suo essere attivamente coinvolto nel processo terapeutico, che deve quindi sempre essere condiviso e spiegato al fine di permettere al bambino di entrarvi e aderirvi (Montanaro, 2016).

Premesso che l'empirismo collaborativo e la scoperta guidata promuovono la costruzione dell'alleanza terapeutica in età evolutiva, all'interno del processo terapeutico è importante in primo luogo che il terapeuta trovi un possibile significato al sintomo-problema del bambino attraverso ipotesi costruite in collaborazione con il piccolo paziente e la famiglia. Occorre quindi conoscere il bambino e la qualità delle sue relazioni per comprendere la logica interna al sistema che ha portato alla costruzione di quelle specifiche manifestazioni sintomatologiche in quello specifico momento del suo sviluppo (Lambruschi et al., 2014; Montanaro, 2016; Knepley et al., 2019).

Per ricostruire il funzionamento del bambino è fondamentale, come per gli adulti, costruire una buona formulazione del caso che attraverso un'ampia gamma di informazioni raccolte permette di comprenderne la difficoltà in maniera più globale. Essa include, oltre alla descrizione dei sintomi, l'esame delle possibili cause e dei vari fattori che contribuiscono alla problematica, assumendo che ogni bambino sia unico nella propria difficoltà. Essa permetterà di generare ipotesi da verificare, attraverso una valutazione continua nel tempo e in collaborazione con il bambino. Le ipotesi verranno continuamente riviste e ridefinite nel corso del processo terapeutico per garantire una migliore comprensione del bambino nel tempo e ampliare le possibilità di fornire cure sempre più efficaci (Lambruschi et al., 2014; *Manassis, 2014)*.

Nel processo di ricerca delle informazioni, il bambino e la famiglia svolgono il ruolo di "ricercatore" mentre il terapeuta ha il compito di supervisionare tale ricerca fornendo loro il metodo. Il bambino e i genitori sono da considerare gli unici veri esperti dei contenuti mentali ed emotivi del piccolo paziente, per cui il terapeuta strutturerà una serie di situazioni di scoperta che permetteranno di compiere insieme delle ipotesi promuovendo la curiosità e l'autoconoscenza. Tali ipotesi saranno considerate valide nel momento in cui il bambino e la famiglia le percepiranno come sensate e coerenti (Lambruschi et al., 2014).

Successivamente, è importante che la concettualizzazione sia esplorata in modo da aiutare il bambino a comprendere le conseguenze della sua problematica. Attraverso la condivisione della formulazione, il terapeuta renderà leggibile il comportamento del bambino che riuscirà a comprendere e dare un senso a ciò che gli sta accadendo, sentendosi compreso nella sua difficoltà e nei suoi timori (Romano, 2016b). Sarà poi possibile delineare e condividere con la famiglia e il bambino il percorso terapeutico con la definizione della linea di intervento, degli obiettivi da raggiungere e delle tecniche che si vorranno

utilizzare e che saranno continuamente ridiscusse insieme (DiGiuseppe et al., 1996; Lambruschi, 2014). Il lavoro diventa dinamico, attivo e condiviso e il terapeuta deve allearsi con il bambino e assisterlo nel determinare gli obiettivi della terapia. L'accordo sugli obiettivi rifletterà e promuoverà la volontà e la motivazione a modificare il proprio comportamento, che come è stato osservato possono essere inizialmente assenti in età evolutiva, data la modalità di invio (Knepley et al., 2019).

Allearsi nel "suo mondo"

Un aspetto cruciale della Terapia Cognitivo Comportamentale in età evolutiva risiede nel fatto che i bambini, diversamente dagli adulti, si modificano e cambiano progressivamente. Il bambino, infatti, nell'età di sviluppo che va dai 6 ai 18 anni, compie una serie di importanti cambiamenti dal punto di vista cognitivo, emotivo e sociale che devono essere necessariamente tenuti in considerazione nel lavoro terapeutico (Nahum, 2013; Knepley et al., 2019). Durante tutto il processo, dall'assessment al trattamento e a partire dalla conoscenza di come si sviluppa la mente del bambino, il terapeuta dovrà essere quindi in grado di comprendere il suo livello di sviluppo al di là della sua età cronologica e in base a ciò modificare le varie componenti della terapia e delle procedure (*Kingery et al., 2006; Nahum, 2013*).

L'adattamento dei contenuti della terapia in base al livello di sviluppo del paziente sarà possibile mediante l'uso di mezzi più facilmente accessibili e comprensibili dal bambino così da favorire l'impegno e l'alleanza in terapia. In tal senso la capacità del terapeuta di essere flessibile è fondamentale: sarà possibile favorire l'alleanza terapeutica adottando modalità e contenuti differenti e integrati con gli interessi dei bambini (Knepley et al., 2019).

Conoscere gli interessi del bambino e adeguarsi a lui consentirà al terapeuta di ingaggiarlo e rinforzarlo in modo più efficace, permettendo al bambino di comprendere maggiormente le sue difficoltà e i concetti terapeutici (Kingery et al., 2006; Knepley et al., 2019).

È fondamentale quindi presentare il lavoro al bambino attraverso accorgimenti e strategie creative, per far sì che i dati e le informazioni siano più fruibili per la sua giovane mente. Il terapeuta potrebbe proporre attività e compiti che possono essere difficili e complessi per il paziente, ma dovrà essere in grado di renderli ludici e comprensibili attraverso il gioco, la creatività e l'immaginazione in modo da stimolarlo e motivarlo. Ciò farà percepire al bambino che si collabora in squadra e che il terapeuta è dalla sua parte (Knepley et al., 2019).

La fase di psicoeducazione, di condivisione della formulazione e del razionale della terapia potrà essere riadattata attraverso l'uso di oggetti come giocattoli o pupazzi, giochi di ruolo o libri adatti allo stadio di sviluppo e attraverso l'integrazione di attività diversificate, elementi ludici e visivi. Per il bambino sarà più semplice comprendere ad esempio il concetto di pensiero di fronte all'immagine di una nuvoletta dei fumetti, piuttosto che doversi confrontare rispetto alla domanda aperta, e ciò favorirà la partecipazione e

l'impegno, permettendo al terapeuta di allearsi con lui nel suo mondo (Kingery et al., 2006; Knepley et al., 2019).

Le caratteristiche e i comportamenti positivi del terapeuta in età evolutiva

Come per l'età adulta, sono state esaminate una serie di caratteristiche del terapeuta che favoriscono l'alleanza terapeutica. Alcune di queste riguardano elementi propri del terapeuta come l'essere paziente, accudente, sincero e gentile. Il terapeuta dovrebbe essere inoltre un attivo ascoltatore focalizzato sul bambino, capace di non parlare eccessivamente (Baylis et al., 2011).

In età evolutiva, emerge la necessità di essere flessibili e creativi, specialmente con quei bambini per i quali non è facile parlare delle proprie esperienze. In tal senso è fondamentale non essere rigidi in termini di stretta aderenza ai protocolli, adattando procedure e tecniche alle esigenze del bambino. Il terapeuta che voglia favorire l'alleanza con il bambino dovrà mostrarsi onesto, autentico, genuino, partecipe e accogliente nella difficoltà riportata e, anche se essa dovesse apparire banale, dovrà considerare la portata del problema presentato dal punto di vista del bambino (Baylis et al., 2011; Di Pietro & Bassi, 2013).

Altrettanto importanti sono i comportamenti del terapeuta, intesi come gli atteggiamenti attuati nella relazione terapeutica, utili alla costruzione di una buona interazione con il bambino e di conseguenza di una buona alleanza (Baylis et al., 2011). Soprattutto in un primo contatto, può essere utile chiedere al bambino come si sente rispetto al colloquio ed eventualmente esplorare i motivi della sua ansia o preoccupazione, validando le sue emozioni. Al contempo, per permettergli di sentirsi a suo agio sarà utile esplorare inizialmente i suoi interessi, i giochi che preferisce, gli amici, lo sport o altri argomenti leggeri e di facile gestione, modulando però il contatto oculare e le domande ed evitando di essere pressanti (*Nahum, 2013*; Di Pietro & Bassi, 2013).

Dal momento che è importante, come osservato in precedenza, che il terapeuta venga percepito genuino e autentico, sarà necessario evitare di utilizzare un linguaggio e un tono di voce troppo infantile, in quanto il bambino si renderà facilmente conto che l'atteggiamento del terapeuta è forzato e verrà meno il concetto finora esplorato di "entrare nel suo mondo". Mostrarsi veri permetterà di farsi percepire come "persone normali" promuovendo l'instaurarsi di una relazione positiva (Di Pietro & Bassi, 2013).

Con i bambini può essere efficace, sia per promuovere un clima di collaborazione che di complicità relazionale, utilizzare la tecnica dell'autoapertura, una forma di comunicazione aperta in cui il terapeuta rivela qualcosa di sé al bambino, che avrà sicuramente curiosità di conoscerlo meglio. Oltre a favorire la relazione, il valore terapeutico dell'autoapertura è dato dal fatto che in una condivisione reciproca di esperienze ed eventuali vissuti, il bambino percepirà che il terapeuta può comprendere quello che sta vivendo (Di Pietro & Bassi, 2013).

In ultimo, è fondamentale che il bambino sappia che il terapeuta è tenuto alla riservatezza e al rispetto della privacy in merito a quello che verrà condiviso durante gli incontri. Rispetto all'adulto, questo è un elemento che deve essere necessariamente precisato: il bambino dovrà sapere che ci saranno dei momenti di condivisione e confronto con i genitori, sia per informarli sul processo sia per assicurarsi la loro collaborazione ma che, in previsione degli incontri, saranno concordate eventuali informazioni che il bambino non vuole che siano riferite ai genitori o, al contrario, che vorrebbe riuscire a comunicare ma ha bisogno di un alleato per farlo (Baylis et al., 2011; Di Pietro & Bassi, 2013).

Attività per favorire l'alleanza terapeutica

Come osservato da Lambruschi e altri (2014), la ricerca delle informazioni per poter sviluppare delle ipotesi sulla problematica riportata e costruire la formulazione del caso è in stretta collaborazione con il bambino e la famiglia. In un'ottica cognitivista, si è osservato come sia utile nella costruzione dell'alleanza attivare la curiosità del terapeuta e del bambino ed esplorare insieme la sua esperienza interna, costituita da pensieri, emozioni e rappresentazioni. Come descritto in precedenza, si potrà ricorrere a strategie creative e ai giochi *p*er poter rendere più ludici e comprensibili gli elementi del processo terapeutico ed adeguarsi al livello di sviluppo del bambino, favorendo così la motivazione e la condivisione degli obiettivi (Knepley et al., 2019).
Di seguito è riportato un esempio di un'attività creativa e utile all'ingaggio del bambino, tesa a comunicare il concetto di "lavoro di squadra" e costruita a partire dagli elementi utilizzati in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale con l'adulto, quali ad esempio gli ABC. Attraverso attività di tipo creativo e ludico sarà possibile avvicinarsi al mondo del bambino promuovendo la sua apertura e la sua fiducia, facendo sì che il terapeuta venga vissuto come un alleato. In questo modo, si favorirà la collaborazione, la motivazione e la condivisione degli obiettivi e, di conseguenza, l'alleanza terapeutica.

Facciamo i detective

Per permettere al bambino di comprendere l'importanza della raccolta delle informazioni "in squadra" e quindi della collaborazione, può essere utile presentare il processo sotto forma di gioco.
Obiettivo: raccogliere le informazioni necessarie per operare delle ipotesi relative alla problematica del bambino, ricostruendo gli ABC.
Metodo: proporre al bambino una scoperta guidata, attraverso il gioco dei detective e l'uso dei loro strumenti tipici, che potranno essere costruiti insieme in seduta.
Istruzioni:

"Tu sai che noi siamo qui per capire meglio cosa sta accadendo e provare a trovare insieme una soluzione. Dobbiamo però provare a cercare delle informazioni per fare questo! Ti propongo un gioco. Noi lavoreremo insieme come due detective, che devono collezionare una serie di indizi per arrivare alla soluzione. Tu ti conosci meglio di quanto ti conosco io, ma io ho giocato molto spesso a questo gioco per cui secondo me insieme possiamo formare un'ottima squadra! Per prima cosa ci servono dei tesserini di riconoscimento con i nomi in codice..."

Dopo aver disegnato i tesserini con il disegno del viso (che rappresenterà la foto) e i dati personali si potrà procedere con la costruzione degli altri oggetti.

"Ora vorrei costruire con te altri oggetti che possono esserci utili. Secondo me ci può tornare utile un taccuino dove appuntare gli indizi, le idee e le cose che succedono per non dimenticarcele. Dopodiché potremmo costruire una lente di ingrandimento che potremmo usare quando cerchiamo uno dei pensieri che hai avuto. Questo perché potrebbe succedere che il pensiero sia troppo piccolo o nascosto bene e non riusciremo a decifrarlo! Potremmo poi avere un quaderno degli identikit, dove disegnare la faccia e il corpo come ci appare quando siamo, per esempio, agitati o in generale quando proviamo un'emozione! Tu hai qualche altro suggerimento? Cos'altro potrebbe servirci per scoprire la soluzione?"

Il taccuino verrà utilizzato per scrivere l'episodio generale raccontato dal bambino.

La lente verrà usata nel laddering o in quei casi in cui, indagando il pensiero, il bambino risponderà di non sapere cosa ha pensato in quel momento.

Infine l'identikit, con il disegno della figura umana intera, permetterà di segnare il punto dove si è avvertita una sensazione somatica e di disegnare l'espressione facciale identificativa dell'emozione.

Alla fine del gioco sarà possibile quindi ricostruire l'ABC con l'evento, il pensiero, l'emozione e la sensazione somatica sperimentata.

Conclusioni

L'intento di questo lavoro è di sottolineare l'importanza dell'alleanza terapeutica in età evolutiva dal momento che, come evidenziato da Knepley e colleghi (2019), si tratta di un fattore fondamentale all'interno del contesto della CBT indirizzata a bambini e adolescenti. La letteratura riportata nella terza parte dell'elaborato ha evidenziato come, nella costruzione dell'alleanza con il bambino, sia essenziale che il terapeuta sia flessibile, creativo e utilizzi in seduta l'immaginazione e le strategie adeguate al livello di sviluppo del piccolo paziente.

Partendo quindi dalla necessità del terapeuta di entrare nel mondo del bambino, ho voluto proporre un esempio di attività che può rivelarsi un utile strumento per favorire l'ingaggio e la collaborazione del bambino in seduta.

Bibliografia

Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy Theory Research & Practice*, 38 (2), 171-185.

Ackerman, M.J. & Hilsenroth M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23 (1), 1–33.

Ardito, R.B. & Rabellino, D. (2011). Therapeutic Alliance and Outcome of Psychotherapy Historical Excursus, Measurements, and Prospects for Research. *Frontiers in Psychology*, 2, 270, 1-11.

Balestrini, V., Barcaccia, B. & Saliani, A.M. (2011) Relazione terapeutica, motivazione al trattamento e cicli interpersonali: un caso di Disturbo Ossessivo-Compulsivo, *Psicoterapia cognitiva e Comportamentale*, 17 (2), 251-268.

Barcaccia, B. (2010). La formulazione del caso clinico. In C. Perdighe & F. Mancini (a cura di), *Elementi di psicoterapia cognitiva* (23-37). Roma: Giovanni Fioriti Editore.

Baylis, P. J., Collins, D. & Coleman, H. (2011). Child Alliance Process Theory: A qualitative study of a child centred therapeutic alliance. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 28(2), 79-95.

Beck, J., (2005). *Cognitive therapy for challenging problems. What to do when the basics don't work*. New York: The Guilford Press. Trad. it. Le sfide della terapia cognitiva. Cosa fare quando le tecniche di base non funzionano. Roma: Edizioni Carlo Amore, Firera & Liuzzo Group, 2008.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.

Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In Horvath A. O. & Greenberg L. S. (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (13-37). New York: John Wiley & Sons, 1994.

Castonguay, L.G., Constantino, M.J., McAlavey, A.A. & Goldfried, M.R. (2010). L'alleanza terapeutica nella terapia cognitivo-comportamentale. In Muran J.C. & Barber J.P., The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Guide to Practice. New York: The Guilford Press, 2010. Trad. it. *L'alleanza terapeutica. Una guida Evidence Based per la pratica clinica* (169-190). Roma: Sovera, 2012.

De Silvestri, C. (1999), *Il mestiere di psicoterapeuta: Manuale pratico di psicoterapia cognitivo-emotivo-comportamentale*. Roma: Astrolabio.

Di Pietro, M. & Bassi, E. (2013), *L'intervento cognitivo comportamentale per l'età evolutiva*. Trento: Edizioni Erickson.

DiGiuseppe, R., Linscott, J. & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied & Preventive Psychology*, 5 (2), 85-100.

Grasso, M. (2010). *La relazione terapeutica*. Bologna: Il Mulino.

Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48 (1), 9-16.

Kazantzis, N., Dattilio, F. M. & Dobson, K. S., (2019). *La relazione terapeutica in terapia cognitivo-comportamentale. Manuale per il professionista*. Roma: Giovanni Fioriti editore.

Kingery, J. N., Roblek, T. L., Suveg, C., Grover, R. L., Sherrill, J. T. & Bergman, R. L. (2006). They're not just "little adults": Developmental considerations for implementing cognitive behavioral therapy with anxious youth. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, vol. 20 (3), 263-273.

Knepley, M.J., Frank H. & Kendall, P.C. (2019). Lavorare con bambini e adolescenti. In Kazantzis, N., Dattilio F. M. & Dobson K. S., *La relazione terapeutica in terapia cognitivo-comportamentale. Manuale per il professionista* (234-252). Roma: Giovanni Fioriti editore.

Lambruschi, F. (2014). La sintesi diagnostica e la definizione degli obiettivi terapeutici. In Lambruschi, F. (a cura di) *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva: Procedure d'Assessment e Strategie Psicoterapeutiche*. Torino: Bollati Boringhieri Editore.

Lambruschi, F., Bertaccini, R. & Leoni, F., (2014). Il percorso di assessment. In Lambruschi, F. (a cura di) *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva: Procedure d'Assessment e Strategie Psicoterapeutiche*. Torino: Bollati Boringhieri Editore.

Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica. Teoria, clinica, ricerca*. Milano: Raffaello Cortina.

Manassis, K. (2014). Benefits of Case Formulation and a Conceptual Framework. In Manassis, K., *Case formulation with children and adolescents* (1-23). New York: Guilford Press.

Montanaro, M. (2016). Il setting in età evolutiva. In Fabbro N. (a cura di), *Psicoterapia con i bambini e le famiglie. Interventi cognitivo-comportamentali in età evolutiva*. Milano: Cortina Libreria, 2016

Monticelli, F. (2014). Relazione terapeutica e alleanza terapeutica. In Liotti, G. & Monticelli F., *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica. Una prospettiva cognitivo evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2014

Nahum, D., (2013). Il colloquio cognitivo con il bambino ansioso. In Ruggiero G.M. & Sassaroli S., *Il colloquio in psicoterapia cognitiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2013.

Nezu, C. M., Nezu, A. M. & Colosimo, M. M. (2015). Case formulation and the therapeutic alliance in contemporary problem-solving therapy (PST). *Journal of Clinical Psychology*, 71, 428–438.

Romano, G. (2016a). Il disturbo ossessivo-compulsivo. In Isola L., Romano G. & Mancini F., *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*. Milano: Franco Angeli, 2016

Romano, G. (2016b). La ricostruzione dello schema di comprensione del disturbo: obiettivi, procedura, difficoltà. In Mancini, F. (a cura di), *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo-compulsivo*. Milano: Raffaello Cortina.

Semerari, A. (2000). *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Roma: Editori Laterza.

Elena Cirimbilla, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC di Roma, e-mail: elena.cirimbilla@gmail.com

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it