

## IL CONTRIBUTO DI BRUNO BARA ALLA TEORIA SULLA RELAZIONE TERAPEUTICA

Antonio Semerari

Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta Sitcc, fondatore del Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

### **Corrispondenza**

E-mail: [semerari@terzocentro.it](mailto:semerari@terzocentro.it)

### **Riassunto**

Scienza cognitiva, costruttivismo e mindfulness sono stati i presupposti intellettuali con cui Bara ha affrontato i problemi clinici. Utilizzando i concetti di questo retroterra culturale egli giunge alla conclusione che l'effetto terapeutico della relazione è dovuto al realizzarsi di un'esperienza di condivisione tra terapeuta e paziente nel momento presente della terapia. In quest'articolo cercherò di evidenziare gli aspetti originali di questa tesi differenziandola da altre presenti all'interno del cognitivismo clinico e nel dibattito sulla relazione terapeutica.

**Parole chiave:** relazione terapeutica, condivisione, scienze cognitive, esperienza nel qui ed ora

### BRUNO BARA'S CONTRIBUTION TO THE THEORY OF THERAPEUTIC RELATIONSHIP

### **Abstract**

Cognitive science, constructivism and mindfulness were the intellectual background with which Bara approached clinical problems. Using these concepts Bruno came to the conclusion that the therapeutic effect of the relationship is due to the realization of a sharing experience between therapist and patient in the present moment of therapy. In this article I will try to highlight the original aspects of this thesis by differentiating it from others present model of clinical cognitivism and from the debate on the therapeutic relationship.

**Key words:** therapeutic relationship, social sharing, cognitive science, immediate experience

La dolorosa e improvvisa scomparsa di Bruno Bara non solo ci ha privati di un amico caro e di un collega dal prezioso equilibrio, ma per me è stato anche uno strappo improvviso su una consuetudine alla discussione che andava avanti ininterrotta da quasi mezzo secolo. In questo lungo periodo quasi mai ci siamo trovati d'accordo e quasi mai in completo disaccordo. Da queste ho sempre imparato qualcosa e sempre ho percepito un reciproco sentimento di curiosità e rispetto. Eppure, malgrado la lunghissima consuetudine, la simpatia personale e la stima che, almeno io, provavo nei suoi confronti, altrettanto forte è stato il sentimento di diversità. Solo col tempo penso di essere riuscito a capire la radice di questo senso di diversità che risiede, in ultima analisi, nella differenza tra le nostre rispettive prospettive. Io mi ritengo un clinico

**DOI:** 10.36131/COGNCL20240204

RICEVUTO IL 10 GIUGNO 2024, ACCETTATO IL 5 OTTOBRE 2024

puro, il cui orizzonte è fatto di problemi clinici e di ricerca clinica. Posso essere curioso delle scienze vicine come la psicologia cognitiva o la psicologia dello sviluppo, ma queste riesco a considerarle di volta in volta strumenti utili per risolvere problemi clinici, non certo il mio punto di partenza o ciò che definisce la mia identità culturale. In modo complementare Bruno Bara era, essenzialmente, uno scienziato cognitivo curioso della clinica. Il suo interesse clinico era legato all'applicazione, in questo campo, di concetti delle scienze cognitive, convinto che questi avrebbero risolto la maggior parte dei problemi clinici e che quelli che non avrebbe risolto non meritassero, tutto sommato, considerazione.

Tra i problemi clinici verso cui abbiamo avuto un interesse comune vi è quello dell'effetto terapeutico della relazione tra il terapeuta e il paziente in psicoterapia. Bruno Bara ha dedicato a questo problema il suo ultimo libro "Il terapeuta relazionale", uscito nel 2018 che, come tutte le incursioni di Bara nella clinica, costituisce un testo non sistematico ma denso di idee e pieno di spunti sfolgoranti e di osservazioni intelligenti.

Cercherò di discutere queste idee e di chiarire la collocazione di Bara nel dibattito sulla relazione inquadrando nei tre assi fondamentali della sua formazione intellettuale: la scienza cognitiva, il costruttivismo e le pratiche mindfulness.

Come abbiamo detto, Bara fu, prima di tutto, un professore di psicologia generale. Ma questa definizione sarebbe riduttiva. Egli fu tra i primi in Italia a guardare alla scienza cognitiva come nuovo paradigma per la psicologia. Il suo libro *Scienza Cognitiva* (Bara, 1990) costituì, in questo senso, un punto di riferimento per tutti noi e fu letto con attenzione da quei clinici che erano interessati agli strumenti che la "nuova scienza della mente" poteva fornire per concettualizzare la natura dei disturbi psichici. Essere cognitivisti, per gli studiosi della generazione di Bara, significava anzitutto prendere una posizione nella lunga e, per molti versi, durissima querelle che oppose il cognitivismo al comportamentismo. I termini di questo scontro furono espressi con chiarezza da Skinner che, in una sua appassionata difesa del comportamentismo, indicò con poche e illuminanti parole la radicale differenza tra cognitivismo e comportamentismo, almeno per come venne vissuta da quella generazione.

Per Skinner l'errore fondamentale dei cognitivisti stava "nella direzione in cui essi guardano. Nessuna spiegazione di ciò che avviene nel corpo umano [...] chiarirà le origini del comportamento umano. Possiamo far risalire una piccola parte del comportamento umano, e una parte molto più grande del comportamento animale, alla selezione naturale e all'evoluzione della specie, ma la gran parte del comportamento umano va attribuito a contingenze di rinforzo" (Skinner, 1989, pag. 39, tr. it.).

Per i cognitivisti della generazione di Bara il problema era esattamente rovesciato. Per loro il comportamento, come ogni altra attività psicologica, incluse la memoria e la percezione, erano guidate da strutture collocate "all'interno dell'organismo" o, peggio dal punto di vista dei comportamentisti, da strutture collocate nella mente. A queste strutture venivano affidate le funzioni di costruire il significato degli eventi, guidare le percezioni e l'attenzione selettiva, regolare i processi di rievocazione della memoria e rendere possibile l'apprendimento. In sostanza la polemica anticomportamentista si sostanzialmente in questi autori di un rifiuto sostanziale dell'ambientalismo.

Cresciuto scientificamente in questo clima, come poteva un professore di psicologia cognitiva guardare, da questa prospettiva, al vicino campo della clinica e della psicoterapia? Per rispondere occorre dire due parole su come si presentava negli anni '80 il panorama del cognitivismo clinico.

Com'è noto il cognitivismo clinico ha due radici: una che origina dalla psicoanalisi e dalla psichiatria e una che origina nel comportamentismo.

La radice psicoanalitica e psichiatrica strettamente connessa al lavoro di Beck. Essa si presenta con due caratteristiche fondamentali. La prima caratteristica è legata alla formazione di Beck come psichiatra. Essa consiste nel tentativo di fondare il trattamento su modelli precisi di disturbi specifici come, ad esempio, la depressione (Beck, 1976; Beck et al., 1979). La seconda caratteristica nasce dallo sforzo di fondare un trattamento semplice, focale, legato all'esperienza immediata del paziente. Questa esigenza, come ho cercato di mostrare altrove (Semerari, 2000) era proprio di autori di formazione psicoanalitica proprio in polemica con ciò che era considerato un'invasiva interferenza di una meta psicologia freudiana ormai considerata obsoleta nella pratica clinica (Beck, 1976). I cognitivisti come Beck che non avevano mai avuto una formazione comportamentista, ebbero nei confronti di quest'ultima un atteggiamento di benevola neutralità, caratterizzato da un certo interesse pragmatico volto ad utilizzare le tecniche all'interno di un nuovo quadro concettuale. Un atteggiamento, però, sostanzialmente indifferente alle polemiche che venivano dall'altra radice, quella del cognitivismo, appunto, di origine comportamentista. I clinici che si erano formati alla terapia del comportamento, infatti, avevano fatto la loro scelta fondamentalmente in base alla convinzione che la psicologia clinica dovesse largamente essere basata sulla psicologia sperimentale di base. Finché quest'ultima fu rappresentata in prevalenza dal comportamentismo, non si pose nessun problema. Ma quando in psicologia di base cominciò ad affermarsi il cognitivismo, si impose una questione di scelta. Occorreva restare fedeli all'impostazione di fondo e seguire la psicologia di base verso un cognitivismo che si presentava in aperta rottura con la tradizione comportamentista? Bisognava opporsi alla corrente e restare comportamentisti? Era ancora possibile un compromesso, in clinica, fra le due concezioni?

Alcuni tentarono una sintesi introducendo tra stimolo e risposta il concetto di "mediazione cognitiva" (Goldfried, 1976; Meichenbaum, 1977). Altri imboccarono decisamente la strada di un rapporto con le scienze cognitive che ribaltasse le posizioni comportamentiste. Questa tendenza, che vide tra i protagonisti gli italiani Guidano e Liotti (1983) prese il nome di costruttivismo, termine che vuole sottolineare i processi attivi con cui la mente costruisce la propria realtà. È, appunto, questa la prospettiva da cui Bara guardò alla clinica considerando il costruttivismo, in particolare nella versione post-razionalista di Vittorio Guidano (Guidano, 1987), come perfettamente coerente con le istanze della scienza cognitiva. A completare il quadro intervennero, al passaggio del secolo, l'incontro con le pratiche di meditazione e con la filosofia buddhista. In primo luogo Bara vide nella filosofia buddhista l'espressione più pura del costruttivismo, sia perché essa "trascura gli elementi costitutivi del mondo esterno per focalizzarsi sulle modalità con cui i sensi e la mente li percepiscono" (Bara, 2018; p. 31). In secondo luogo perché, attraverso la pratica della meditazione, l'attenzione viene tutta focalizzata sull'esperienza soggettiva che la mente fa del presente sospendendo ogni giudizio sul mondo reale in modo da realizzare una consapevolezza pura della mente rispetto a se stessa. Non poteva trovare niente di meno 201ambientalista.

Con questi tre capisaldi intellettuali Bara si avventurò ad esplorare le dinamiche della relazione terapeutica. Tuttavia per il costruttivismo alla Guidano, punto di riferimento per Bara negli ultimi anni del secolo scorso, affrontare la questione dell'influenza della relazione nei processi di cambiamento terapeutico non era cosa del tutto agevole. Se in ultima analisi ogni realtà dipende dalle operazioni compiute dall'osservatore, anche la realtà della relazione terapeutica non può esser altro che ciò che il paziente costruisce come "relazione terapeutica". Ed essendo questa realtà come ogni altra realtà il risultato delle strutture e dei processi autoreferenziali del paziente, spiegare l'effetto di cambiamento della relazione diventa arduo.

Guidano stesso aveva avvertito il problema definendo il ruolo del terapeuta come quello

di un “perturbatore strategicamente orientato” (Guidano, 1987). Questa espressione voleva significare che il terapeuta, non può introdurre qualcosa di nuovo nella mente del paziente, ma solo perturbare le sue dinamiche mentali in modo, si spera, da innescare processi terapeutici costruttivi. Una definizione che, più che risolvere il problema, lo riformula traducendolo nel linguaggio proprio del costruttivismo post-razionalista.

Bara riuscì a superare questa difficoltà proponendo un approccio alla relazione terapeutica che superasse i rischi e le difficoltà del costruttivismo tradizionale e lo fece ricorrendo, ancora una volta, alla scienza cognitiva. La soluzione, di per sé, è abbastanza semplice. Si tratta di riconoscere che gli esseri umani posseggono strutture, processi e propensione atti a costruire esperienze condivise con altri simili. Le strutture deputate alla condivisione, si badi bene, sono innate, frutto dell’evoluzione della specie; esse costruiscono l’esperienza di relazioni condivise esattamente come le strutture musicali costruiscono l’esperienza di un concerto. I concetti di *sharing* e di *sharing intentionality*, derivati principalmente dalla psicologia evoluzionista (Tomasello, 1999), diventano così i concetti chiave per definire la cornice di ciò che accade tra terapeuta e paziente. Essi, in fondo, fanno ciò che tendono a fare gli esseri umani quando si ritrovano insieme: condividono. In sostanza, per Bara, la relazione terapeutica si fonda sul fatto che i partecipanti percepiscono nel qui ed ora una comunanza di contenuti mentali. In questo caso veramente fondamentale è l’espressione “qui ed ora”. Bara attribuisce una tale rilevanza a questo punto da dedicare l’intero primo capitolo alla questione del tempo in psicoterapia. In psicoterapia non c’è temporalità, né si rivive il passato. Il tempo che veramente conta è il presente. Si sente, qui, tutta l’enfasi del cultore di mindfulness che esalta la consapevolezza nel momento presente, ma le ragioni che l’autore adduce sono fondamentalmente gli studi sulla memoria. La memoria è per Bara nient’altro che un continuo processo di costruzione e ricostruzione del passato. Sono gli schemi attuali e attivi nel momento presente che svolgono questo continuo processo costruttivo ed è il contesto presente che può modificare questi schemi e, con essi, il tipo di ricostruzione che del passato viene eseguita.

Per comprendere meglio il senso di questa posizione è utile capire ciò da cui si differenzia. Nel suo libro Bara non polemizza con nessun tipo di psicoterapia esistente con l’unica eccezione della Schema Therapy (Young et. al., 2003) dall’autore citata sulla base del manuale di Arntz e Van Genderen (2009). La polemica si incentra, in particolare, sulla tecnica dell’*imaginary with rescripting*. Come è noto questa tecnica consiste nel guidare, in condizioni di sicurezza, l’immaginazione del paziente fino a fargli rivivere esperienze dell’infanzia e modificare il copione degli avvenimenti “in modo da soddisfare, almeno in parte, i bisogni primari frustrati dell’infanzia” (Young et. al., 2003, p.121, tr. It.). Inoltre per Young e col. Il terapeuta deve adoperarsi “in modo che l’immagine possa essere una fedele rappresentazione delle esperienze vissute dal paziente” (ivi, p.123) e il terapeuta può entrare attivamente nella scrittura della storia come genitore ideale capace di dare risposta ai bisogni insoddisfatti del paziente. Tutto questo agli occhi di Bara non può essere che una fantasia scientifica basata su un’impossibile macchina del tempo. Per lui non può esservi alcuna particolare rappresentazione fedele né alcun ritorno a una condizione di bisogno frustrante, per il semplice fatto che tutto ciò che avviene, compresa la percezione di un bisogno frustrato, è il frutto delle costruzioni e ricostruzioni della struttura attuale. Egli usa il verbo “pasticciare” (p.60) per commentare le tecniche basate sull’idea che il terapeuta possa, attraverso una sorta di *reparenting*, riparare a delle carenze di sviluppo e ridurre la vulnerabilità storica del paziente. Può sembrare un giudizio frettolosamente liquidatorio verso un trattamento che pure, come la Schema Therapy, vanta numerose prove di efficacia. Pur ammettendo che la teoria sia infondata allora resterebbe da spiegare, con una teoria migliore,

le ragioni di tale efficacia. Il fatto che Bara non si sia curato di farlo è, però, indicativo del suo atteggiamento di fondo verso la clinica. Egli ha guardato a quest'ultima sempre con gli occhi dello scienziato cognitivo. Pertanto, ai suoi occhi, il valore e la validità di una teoria clinica andava misurato sulla base di quanto risultasse coerente e in linea con le scienze cognitive. I risultati della ricerca propriamente clinica come gli studi sulla psicopatologia o gli studi di efficacia lo interessavano decisamente di meno.

Ma se nulla può riportare indietro alle situazioni passate come si sono effettivamente svolte, se la freccia del tempo non è reversibile, ciò non toglie che il passato continui ad influenzare il presente attraverso i suoi effetti ultimi. Questi effetti sono strutture cognitive con cui il paziente continua a narrare la propria storia in un modo carico di sofferenza soggettiva. Vi è, secondo Bara, “un potere lenitivo” nel ripercorrere in modo condiviso, senza giudizio e con accettazione benevola esperienze intime dolorose. Una concezione dell'effetto lenitivo che promana dalle due principali fonti di Bara, la mindfulness che fornisce l'osservazione benevola non giudicante e la scienza cognitiva con l'enfasi attuale sulla condivisione.

Momenti chiave per il cambiamento terapeutico sono gli enactment. In questi momenti gli schemi problematici sono rivissuti nel qui e ora della terapia e il terapeuta si sente pienamente coinvolto e spinto ad agire nella relazione. Se il terapeuta riesce ad utilizzare la sua stessa reazione per comprendere l'esperienza del paziente può rendere questa comprensione non giudicante. In un clima di comprensione senza giudizio si interrompe, secondo Bara, la ripetitività dello schema. In questo senso la terapia non ripara carenze di sviluppo ma modifica strutture costruite nel passato e su cui il passato stesso è costruito nel presente. La condizione relazionale che permette questa modificazione sembra essere per Bara la condizione mindfulness condivisa, l'osservare insieme le dinamiche relazionali sospendendo ogni giudizio senza aggiungere nulla a questa osservazione accettante dove entrambi sanno, anche senza parole, che anche l'altro accetta.

Come possiamo inquadrare la teoria di Bara sulla relazione terapeutica?

Anzitutto va notata una scelta implicita che non merita di passare inosservata. Egli ha scritto un libro sulla relazione terapeutica in generale non in relazione a specifici disturbi o a specifiche tipologie di disturbi. Egli non si pone il problema di descrivere la relazione terapeutica con pazienti ossessivi o borderline o narcisisti ecc..., né di individuare il ruolo terapeutico in particolari forme di psicopatologia. In questo senso egli appartiene ad una tradizione che potremmo definire Rogersiana (Rogers, 1957) che assume che esistano aspetti relazionali generali dotato di un effetto terapeutico universale e indipendente dalle diagnosi e dalla natura della psicopatologia. Tradizione a cui oppone quella che potremmo definire Kernberghiana (Clarkin et. al, 1999) o anche Beckiana (Beck et al., 1979) secondo cui l'assetto della relazione è influenzato dalla natura della psicopatologia in misura diretta con la sua gravità. Secondo questa prospettiva capire la relazione terapeutica significa capire la psicopatologia del paziente e viceversa. Non sorprende che Bara abbia compiuto la prima scelta. Questa è coerente con i suoi interessi di fondo, volti ad esplorare l'applicabilità dei concetti di scienza cognitiva nell'ambito clinico più che a risolvere specifici problemi nati nella clinica. Da questo punto di vista egli non si concentra tanto nel descrivere i fatti della relazione terapeutica indicando ciò che accade o può accadere con diverse tipologie di pazienti. Il suo interesse prevalente è per le teorie della cura, ovvero per le teorie che tentano di precisare cosa c'è di terapeutico nella relazione terapeutica.

A questa domanda egli risponde in un modo abbastanza originale mostrando l'utilità dell'uso dei concetti di scienza cognitiva in ambito clinico. Non è tanto l'alleanza terapeutica o la cooperazione che curano, anche se possono essere fattori utili al processo. E nemmeno cura

l'idealizzazione del terapeuta visto come un genitore ideale che ripara i bisogni frustrati durante lo sviluppo.

A curare è, essenzialmente, la creazione di un contesto di condivisione insieme con l'atteggiamento non giudicante *mindfulness* che, semmai, è all'origine di alleanza e cooperazione.

Ed è con amarezza che, a questo punto, mi viene in mente di chiedermi se questo contesto condiviso si crea in modo simile nei diversi pazienti o vi sono difficoltà e modalità diverse a seconda delle varie tipologie di pazienti.

Provo ad immaginare la risposta di Bara e a rievocare quelle acute e amabili discussioni a cui ci aveva abituato. Il fatto che la morte l'abbia strappato a queste discussioni ancora pieno di creatività intellettuale non fa che aumentare la nostra amarezza.

## Bibliografia

- Arntz, A., Van Genderen, H. (2009). *Schema Therapy for Borderline Personality Disorder*, Wiley, Chichester, (tr.it. La Schema Therapy per il disturbo borderline di personalità, Raffaello Cortina Editore, 2011).
- Bara, G. B. (1999). *Pragmatica Cognitiva. I processi mentali della comunicazione*, Bollati Boringhieri.
- Bara, G. B. (2018). *Il terapeuta relazionale. Tecnica dell'atto terapeutico*, Bollati Boringhieri.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*, Inter. Univ. Press, (tr.it. Principi di terapia cognitiva, Astrolabio, 1984).
- Beck, A. T., Rush, A. I., Shaw, B. F., Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*, (tr.it. Terapia cognitiva della depressione, Bollati Boringhieri, 1987).
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. F., Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*, Wiley, (tr. it. Psicoterapia della Personalità Borderline, Raffaello Cortina Editore, 2000).
- Goldfried, M. R. (1976). "Clinical behaviour therapy", Holt, Rinehart and Winston.
- Guidano, V. F. (1987). *Complexity of the Self*, Guilford (tr. it. *La complessità del Sé*, Bollati Boringhieri, 1988).
- Guidano, V. F. and Liotti, G. (1983). *Cognitive Process and Emotional Disorders*. Guilford. (tr.it. Processi cognitivi e disregolazione emotiva, edizioni Apertamenteweb, 2018).
- Meichenbaum, D. (1977). "Cognitive-behaviour modification", Plenum Press.
- Rogers, C. R. (1957). "The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change", *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103 (tr. it. In Id., *La Terapia centrata sul cliente*, Giunti, 2019)
- Semerari, A. (2000). *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*, Laterza.
- Skinner, B. F. (1989). *Recent Issues in the Analysis of Behaviour*, Merrill Publishing Company Columbus, (tr.it. Difesa del Comportamentismo. Armando Editore, 2006).
- Tomasello, M. (1999). *The cultural origin of cognition*. Harvard Univ. Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford. (trad it. *Schema Therapy. La terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi di personalità*. Eclipsi, 2007).