

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BERGAMO
Facoltà di Scienze della Formazione

Dottorato di Ricerca in Psicologia Clinica
XXIII Ciclo
M-PSI/08 PSICOLOGIA CLINICA

**Quali positioning caratterizzano i clienti durante la
conversazione terapeutica?**

**Un'analisi qualitativa
degli aspetti pragmatici e semantici**

Tutor: Ch.ma Prof.ssa Valeria Ugazio
Candidata: Dott.ssa Michela Scramuzza

ANNO ACCADEMICO 2009-2010

Sommario

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO PRIMO	
Significato personale e psicopatologia	7
1.1 La psicopatologia come scienza del significato	7
1.2 Le Polarità Semantiche Familiari	9
1.3 Uno strumento operativo: la Griglia delle Semantiche Familiari	12
1.3.1 La Semantica della Libertà	15
1.3.2 La Semantica del Potere	19
CAPITOLO SECONDO	
Dalla pragmatica alla semantica: il positioning nella conversazione	24
2.1 Aspetti pragmatici dell'interazione	24
2.1.1 La dimensione del potere nelle relazioni interpersonali	24
2.1.2 Le procedure di codifica del controllo relazionale	27
2.1.3 Il Relational Communication Control Coding System (RCCCS)	29
2.1.4 L'analisi della dimensione del controllo relazionale nel contesto terapeutico.....	31
2.2 Aspetti semantici della conversazione	33
2.2.1 Definizioni del concetto di positioning	33
2.2.2 Polarità semantiche e positioning	34
2.2.3.I livelli di analisi del positioning	35
2.2.4 L'analisi del positioning nella conversazione: un'esemplificazione	37
CAPITOLO TERZO	
La ricerca	40
3.1 Obiettivi	40
3.2 Ipotesi	41
3.3 Metodo.....	42
3.3.1 I partecipanti	42
3.3.2 La procedura di codifica	43
3.3.2.1 Procedura di codifica della dimensione semantica	44
3.3.2.2 Procedura di codifica della dimensione pragmatica	48
3.4. Presentazione e discussione dei risultati	59
3.5. Esemplicazioni cliniche	64
3.5.1 Gruppo 1: clienti con disturbi alimentari psicogeni.....	64
3.5.2. Gruppo 2: clienti con disturbo dello spettro fobico	109
CONCLUSIONI	143
BIBLIOGRAFIA	148

Introduzione

Questa tesi si inserisce in un più ampio programma di ricerca fondato sul modello psicopatologico elaborato da Ugazio (1998) e finalizzato ad indagare il legame tra significato personale e psicopatologia. Più specificamente, la ricerca che verrà presentata costituisce un primo tentativo di analizzare la conversazione terapeutica attraverso i positioning che cliente e terapeuta assumono lungo le dimensioni semantica e pragmatica nel corso dell'interazione.

Nella conversazione terapeutica infatti, come in tutte le forme di interazione sociale, terapeuta e cliente sono coinvolti in un processo continuo di negoziazione reciproca delle loro posizioni seppur in un contesto con regole precise, conosciute e condivise a priori dagli interlocutori (Haley, 1963).

I numerosi contributi sviluppati all'interno della cornice epistemologica del costruzionismo sociale (Harrè, 1986, 1990; Hollway, 1994; Bamberg, 1997, 1999; Ugazio, 1998, 2007, 2009; Harrè & Van Langenhove, 1999; Lucius-Hoene & Deppermann, 2000, 2004, 2006; Wortham, 2000; Hermans, 2001; Madill, Sermpetzis & Barkham 2005; Harrè, Moghaddam, Cairnie, Rothbart, & Sabat, 2009), definiscono col termine "*positioning*" le pratiche discorsive ("*discursive practices*") attraverso cui l'individuo "*costruisce l'identità nell'interazione*" posizionando se stesso e l'altro nel corso della conversazione.

Ugazio (1998, 2007, 2009) ha ipotizzato però che il *positioning* non sia un processo semanticamente vuoto: le persone mentre si posizionano costruiscono alcune dimensioni di significato. Ad esempio, l'individuo può sentirsi e definirsi con gli altri come una persona "piena di energia, propositiva" soltanto se vicino al lui c'è o c'è stato qualcuno "passivo, demotivato, privo di iniziativa". Senza la presenza di un partner conversazionale collocato in una posizione opposta (o costruita come tale dall'individuo) egli non potrebbe percepirsi energico anche se i comportamenti fossero gli stessi, perchè risulterebbero centrali altri aspetti del comportamento: le persone quindi si posizionano soltanto rispetto ad alcuni significati resi disponibili dalla conversazione, che risultano più salienti e critici.

Recenti ricerche condotte in ambito sistemico (Ugazio, Negri, Zanaboni, & Fellin, 2007; Ugazio, Negri, Fellin, & Zanaboni, 2007; Negri, Fellin, & Zanaboni,

2007; Ugazio, Fellin, Negri, & Zanaboni, 2008; Ugazio, Fellin, & Negri, 2008; Ugazio, Negri, Fellin, & Di Pasquale, 2009) che hanno analizzato i significati emergenti nella conversazione cliente – terapeuta durante le prime due sedute di consultazione individuale, hanno rilevato che la conversazione con i soggetti fobici e con i soggetti che presentano un disturbo alimentare psicogeno sembra essere dominata, rispettivamente, dalla semantica della Libertà e dalla semantica del Potere. L'analisi semantica della conversazione è stata realizzata applicando ai trascritti la Griglia delle Semantiche Familiari (GSF) (Ugazio et. al, 2007, 2009), che prende in considerazione tre tipi di *positioning*:

- a) *positioning* di sé e degli altri all'interno del racconto da cui si evincono le “polarità semantiche narrate”;
- b) *positioning* di sé e degli altri attraverso l'atto del raccontare nell'interazione con l'interlocutore da cui si evincono le “polarità semantiche narranti”;
- c) *positioning* nell'interazione tra gli interlocutori da cui si evincono le “polarità semantiche interattive”.

Le ricerche precedentemente menzionate (Ugazio, et al, 2007, 2008, 2009) hanno analizzato solo il *positioning* riferito alle “polarità semantiche narrate”. Da esse emergono *positioning* di ordine descrittivo, che si riferiscono essenzialmente alla “storia raccontata” dal cliente esplicitamente e alla quale anche il terapeuta partecipa, con un ruolo però molto secondario. Entrambi gli interlocutori quindi, seppur con ruoli fortemente asimmetrici, si posizionano e si definiscono a livello esplicito lungo dimensioni semantiche che emergono nella narrazione. Può però capitare che un cliente si descriva come una persona passiva, incapace di reagire a sopraffazioni e prevaricazioni della propria famiglia e dei colleghi di lavoro, ma moduli il suo racconto su un registro assertivo e accusatorio e proponga al terapeuta la posizione di suo alleato: in tal caso, e l'esperienza clinica insegna che si tratta di situazioni non infrequenti, la “storia raccontata” è molto lontana dalla “storia vissuta” che il cliente mette in scena attraverso l'atto del raccontare e nell'interazione con il terapeuta (Ugazio et. al, 2007, 2009).

Da questa considerazione è nato l'interesse che ha portato alla realizzazione di questa ricerca. Se la via di accesso privilegiata alla “storia vissuta” del cliente è costituita dall'interazione nel “qui ed ora” della seduta, si potrebbe analizzare la conversazione terapeutica a livello performativo per rispondere a due quesiti:

- *nel contesto terapeutico è possibile identificare alcune dimensioni di significato salienti attraverso cui l'individuo posiziona se stesso e il terapeuta nel corso dell'interazione?*
- *esistono pattern di interazione prototipici che caratterizzano la conversazione dei clienti con disturbi dello spettro fobico e dei clienti con disturbi alimentari psicogeni?*

Per fornire una risposta a tali interrogativi ho analizzato le prime due sedute di consultazione individuale condotte con approccio sistemico – relazionale e, ove possibile, il primo contatto avuto con la terapeuta, di un gruppo di 10 clienti, 5 dei quali con diagnosi di disturbo alimentare psicogeno e 5 con diagnosi riconducibili a disturbi dello spettro fobico.

Ho condotto un'analisi qualitativa dei *positioning* interattivi focalizzandomi sugli aspetti semantici e pragmatici. Per quanto concerne la dimensione semantica mi sono avvalsa delle griglie delle organizzazioni di significato operazionalizzate nella GSF (Ugazio et. al, 2009), mentre gli aspetti pragmatici sono stati esplorati attraverso l'analisi della dimensione del controllo relazionale: i processi interattivi entro i quali i tentativi di influenzare l'altro sono esercitati, accettati e contrastati sono stati codificati seguendo le procedure illustrate nel Relational Communication Control Coding System (Ericson & Rogers, 1973; Rogers & Farace, 1975).

Nel primo capitolo illustrerò il modello clinico di Ugazio, focalizzandomi sul concetto di polarità semantiche familiari e sulla sua operazionalizzazione così come presentata nella Griglia delle Semantiche Familiari (GSF) (Ugazio et al., 2009).

Il secondo capitolo fornirà una rassegna dei principali contributi inerenti all'analisi pragmatica della comunicazione interpersonale: partendo dalle feconde teorizzazioni di Bateson (1936, 1972, 1979), Watzlawick, Beavis e Jackson (1967) si giungerà all'illustrazione delle più importanti procedure di codifica della dimensione del potere sia nelle relazioni interpersonali (Beyebach & Escudero, 1997; Ericson & Rogers, 1973; Friedlander, Siegel, & Brenock, 1989; Heatherington & Friedlander, 1987; Heatherington & Allen, 1984; Lichtenberg & Heck, 1986; Rogers & Bagarozzi, 1983; Rogers & Escudero, 2004; Rogers & Farace, 1975; Tracey, 1991; Tracey & Miars, 1986), sia all'interno del contesto terapeutico (Holte, Wichstrom, Erno, & Kveseth, 1987; Rodriguez-Arias, 2004; Wichstrom & Holte, 1988). Inoltre, nella seconda parte del capitolo verrà presentato ed approfondito il ruolo del *positioning*

nei processi di costruzione dell'identità e ne verranno specificati i differenti livelli di analisi alla luce dei contributi forniti dalla letteratura costruzionista.

Il terzo capitolo è dedicato alla presentazione della ricerca: nella prima parte saranno descritti l'impianto metodologico e verranno presentati e discussi i risultati; nella seconda parte verranno presentate delle esemplificazioni cliniche dell'analisi qualitativa dei *positioning* interattivi emersi tra i clienti e la terapeuta.

Desidero ringraziare affettuosamente Valeria Ugazio, la persona che più di tutte ha contribuito in maniera determinante alla mia crescita professionale e i cui insegnamenti mi accompagneranno sempre.

CAPITOLO PRIMO

Significato personale e psicopatologia

1.1 La psicopatologia come scienza del significato

“La psicopatologia è una scienza del significato” (Guidano, 1991; p.58, corsivo nell’originale): questa è la feconda intuizione su cui è fondato il modello psicopatologico elaborato in ambito cognitivista da Guidano (Guidano & Liotti, 1983; Guidano, 1987, 1991) e che è stata successivamente approfondita e rielaborata da altri autori, sia in ambito cognitivista (Arciero, 2002, 2005; Arciero & Guidano, 2000; Bara, 1996, 2005; Feixas, 1988; Feixas & Villegas, 1991; Lorenzini & Sassaroli, 1997, 1992, 2000; Mahoney, 1991; Mannino, 2005; Neimeyer & Mahoney, 1995; Picardi & Mannino, 2001; Reda, 1986; Ruberti, 1996, 2005; Sassaroli & Lorenzini, 1990, 2005; Villegas, 1995, 1997), che sistemico-relazionale (Ugazio, 1998), dando vita a modelli clinici in cui il processo di costruzione del significato personale assume un ruolo centrale per la comprensione della psicopatologia: *“non il comportamento osservabile, non le pulsioni biologiche e la loro trasformazione, ma il significato”* (Bruner, 1992; p.20, corsivo nell’originale).

Gli autori citati condividono diversi presupposti teorici: in primis l’idea avanzata originariamente da Kelly (1955) che pone le emozioni alla base dei processi di costruzione del significato e, secondariamente, l’ipotesi secondo cui i più ricorrenti disturbi psicopatologici sarebbero caratterizzati da modalità di funzionamento psicologico contraddistinte da specifiche organizzazioni di significato che si costruiscono sulla base di polarità antitetiche. Infine, altrettanto condivisa dai due filoni di ricerca – cognitivista e sistemico – è il ribaltamento dell’idea di matrice psicoanalitica secondo la quale esisterebbe un percorso di sviluppo unitario da cui prendono forma sia l’itinerario “normale” sia gli itinerari psicopatologici: secondo Guidano e gli altri autori citati esisterebbero infatti specifiche organizzazioni di significato, che si strutturano sulla base di itinerari di sviluppo e pattern di attaccamento differenti che possono evolversi secondo modalità “normali”, “nevrotiche” o “psicotiche”. L’autore (1987) descrive quattro organizzazioni cognitive personali dai cui sviluppi patologici deriverebbero le sindromi fobica, depressiva, ossessivo-compulsiva e dei disturbi alimentari psicogeni.

Nonostante le differenti cornici di riferimento teorico, gli autori cognitivisti e sistemico - relazionali individuano polarità di significato simili per alcune delle principali psicopatologie, in particolare per quella fobica e, parzialmente, per i disturbi alimentari psicogeni. Meno convergenti sono le ipotesi circa l'organizzazione dei significati per l'organizzazione ossessivo-compulsiva e per quella depressiva.

La sostanziale diversità esistente tra gli autori cognitivisti e sistemico-relazionali deriva principalmente dall'adozione di una diversa concezione del significato: costruttivista nel caso di Guidano, costruzionista per Ugazio.

Gli autori cognitivisti (Arciero, 2002, 2005; Arciero & Guidano, 2000; Bara, 1996, 2005; Feixas, 1988; Feixas & Villegas, 1991; Guidano & Liotti, 1983; Guidano, 1987, 1991; Kelly, 1955; Lorenzini & Sassaroli, 1997, 1992, 2000; Mahoney, 1991; Mannino, 2005; Neimeyer & Mahoney, 1995; Picardi & Mannino, 2001; Reda, 2006; Ruberti, 1996, 2005; Sassaroli & Lorenzini, 1990, 2005; Villegas, 1995, 1997), coerentemente con la loro impostazione costruttivista, focalizzano la loro attenzione sui processi individuali che contraddistinguono e costruiscono il significato personale. In ambito sistemico-relazionale, Ugazio (1998), coerentemente con la propria impostazione costruzionista, centra l'attenzione sui processi conversazionali attraverso i quali si costruisce l'identità del singolo, ovvero la sua specifica modalità di attribuire significato agli eventi.

“Ciò che contraddistingue questa posizione e la qualifica come costruzionismo sociale, differenziandola dal costruttivismo, è l'ipotesi che gli schemi, i sistemi di credenza, gli stessi scopi e intenzioni, così come i sentimenti e le emozioni, si strutturino e si mantengano nell'interazione sociale. Si postula cioè che i processi mentali, non diversamente dal comportamento interattivo, siano ancorati e vincolati ai contesti conversazionali in cui il soggetto è inserito. Ovviamente non si nega che esistano leggi universali della mente umana che guidano i processi di elaborazione delle informazioni, tuttavia si ipotizza che molti degli stessi processi di base non siano racchiusi nell'individuo inteso come entità biologica, ma richiedano, per il loro funzionamento e per il loro sviluppo ontogenetico, un'interazione reale o simbolica con partner sociali. [...]. Per i costruzionisti l'unità di osservazione non è il singolo individuo ma le persone in conversazione” (Ugazio, 1995; p.259, corsivo nell'originale). L'orientamento costruzionista recupera pertanto l'interesse per l'individuo all'interno di quella concezione interazionista della mente proposta da Bateson che rappresenta il nucleo fondante delle terapie sistemico-relazionali (Gandolfi, 2008).

La concezione del significato espressa nel modello di Ugazio (1998) dal concetto di “Polarità semantiche familiari” prevede che l’esperienza dell’individuo non sia mai semanticamente chiusa: ogni persona è in grado di interagire entro più semantiche. Infatti sebbene una singola semantica può assumere una notevole centralità nella conversazione della famiglia e un ruolo cruciale nel definire la posizione di ciascun membro del nucleo, non esaurirà mai le possibilità conversazionali di cui l’individuo dispone. Si tratta di un’ipotesi molto lontana da quella degli autori cognitivisti, che invece concepiscono il significato personale come un "vincolo epistemologico" (Guidano, 1987, 1991): la realtà diviene significativa per l’individuo soltanto se elaborata all’interno delle stesse polarità di significato su cui si basa il suo senso di unicità. Il soggetto pertanto non può abbandonare la dimensione del significato personale, pena la perdita della propria identità, e nemmeno organizzare le proprie esperienze all’interno di altre dimensioni diverse da quella critica: le polarità antagoniste di significato sono, per Guidano, invarianti.

1.2 Le Polarità Semantiche Familiari

Ugazio (1998) ha elaborato un modello psicopatologico fondato sul concetto di Polarità semantiche familiari; esso recupera l’idea antica ripresa in psicologia da Kelly (1955) e Osgood (1957) secondo cui il significato si costruisce attraverso polarità antagoniste, rideclinandola però entro una prospettiva sistemico-costruzionista. Le polarità semantiche sono definite come significati polari attorno a cui ogni famiglia, come ogni altro gruppo con storia, organizza la conversazione. Queste dimensioni di significato antagoniste definiscono ciò che è rilevante per ciascun gruppo indicando che cosa, rispetto al fluire incessante e multiforme dell’esperienza, sarà costruito attraverso l’azione congiunta come un episodio, ossia l’unità minima in cui si articola il discorso (Harrè & Van Langenhove, 1999). Le polarità semantiche indicano pertanto come verrà costruito lo scambio comunicativo e su che cosa si centerà la conversazione, rappresentano una categoria di lettura del proprio e dell’altrui comportamento e, come tali, guidano sia l’azione che il dialogo. A differenza dei costrutti personali di Kelly, le polarità semantiche familiari non sono rappresentazioni mentali, ma un fenomeno discorsivo che le identifica con alcune proprietà della conversazione.

Ogni famiglia si differenzia – e acquista di conseguenza una propria identità e specificità – in quanto coloro che vi appartengono costruiscono la conversazione, e di conseguenza la realtà sociale, in modo diverso dalle altre. Ciascun membro della famiglia costruisce la trama narrativa all'interno di una struttura semantica di salienza condivisa formata da numerose, seppur limitate, polarità semantiche. All'interno di ogni famiglia inoltre, soltanto alcune polarità semantiche presenti nel contesto culturale risultano salienti. Vi sono famiglie in cui sarà rilevante la polarità intelligente – ottuso, in altre famiglie questa dimensione del significato risulterà irrilevante e la conversazione si organizzerà intorno a episodi dove sarà centrale, ad esempio, la polarità egoismo – generosità; i conflitti, le alleanze, le amicizie, gli amori, i distacchi ed i ricongiungimenti saranno tutti giocati su tematiche connesse a questi significati salienti. Nella conversazione possono inoltre essere dominanti, in periodi diversi della storia familiare, semantiche diverse.

I partner coinvolti nel processo comunicativo sono inevitabilmente indotti a definirsi, o meglio a con-porsi, con gli altri rispetto alle dimensioni semantiche rilevanti nel proprio contesto relazionale. Tale processo è spontaneo e in gran parte inconsapevole.

Ugazio (1998) ipotizza che l'organizzazione del significato secondo polarità antagoniste renda interdipendenti le identità dei membri della famiglia: ogni individuo definendosi rispetto alle dimensioni di significato del proprio gruppo sociale deve collocarsi, nel corso della conversazione, in un punto specifico di ciascuna polarità e in questo modo l'identità di ciascuno dei partner viene a dipendere in modo cruciale da chi, occupando altre posizioni, consente l'esistenza e la continuità di tali dimensioni semantiche. Ciascun partner conversazionale, con-ponendosi rispetto alle dimensioni semantiche rilevanti nel proprio gruppo, ancora la propria identità a quella degli altri membri: in tal senso, la polarità del significato fonda l'intersoggettività. Ogni definizione di sé semanticamente rilevante richiede infatti l'inclusione di altri nella conversazione: l'identità viene considerata in tale prospettiva una posizione relativa assunta nella conversazione. *“Una cosa è comunque certa: tutti nella famiglia devono “posizionarsi” rispetto alle polarità semantiche rilevanti e ciascuno ha bisogno, per il mantenimento della propria identità, di chi si colloca in altri punti di quelle dimensioni semantiche”* (ibidem, p. 48, corsivo nell'originale).

Sebbene l'idea di opposizione evochi immediatamente due termini polari, il concetto di polarità semantiche familiari è di natura triadica. Esso riprende la metafora a cui

rimandano molte etimologie del termine opposizione – la posizione faccia a faccia – e individua almeno tre posizioni relative assunte nella conversazione: esisterebbero infatti, oltre ai due estremi, una serie di posizioni intermedie riassumibili in quella mediana. Anche dal punto di vista formale le polarità semantiche familiari sono una classe di costrutti triadici: a parte qualche eccezione, sono infatti rappresentate da contrari che presentano tra i due estremi una gamma di termini intermedi. Ad esempio fra amore e odio c'è una gamma di sentimenti intermedi che Odgen (1932) riassume nella posizione mediana dell'indifferenza.

Ugazio (1998) identifica nelle emozioni l'area fondante delle polarità semantiche: esse sono considerate un fenomeno primariamente emotivo. In accordo con il costruzionismo sociale (Harré, 1986) – ma su questo punto anche con Kelly (1955) che per primo ha ribaltato l'idea di una frattura fra emozioni e cognizioni – Ugazio (1998) sottolinea come non ci siano significati puramente cognitivi, così come non possano esistere emozioni prive di cognizioni. Anche una dimensione semantica fortemente cognitiva come intelligente – ottuso è fondata sulle emozioni: la percezione di se stessi come intelligenti o stupidi è infatti inseparabile, nel momento in cui è sperimentata, da emozioni di efficacia personale o, al contrario, di impotenza e spesso genera nei confronti degli altri orgoglio o avvillimento.

Le polarità semantiche familiari sono connesse alla psicopatologia in quanto concorrono a strutturare lo specifico "significato personale" caratteristico delle diverse organizzazioni psicopatologiche. Secondo Ugazio (1998) infatti, la conversazione familiare entro la quale si sviluppano alcuni fra i disturbi psicopatologici più ricorrenti nella pratica clinica sarebbe caratterizzata dal prevalere di specifiche configurazioni di polarità semantiche; l'autrice ne individua quattro – definite come semantica della "libertà", della "bontà", del "potere" e dell'"appartenenza" – ciascuna delle quali sarebbe caratteristicamente presente rispettivamente nella conversazione con i soggetti che presentano disturbi fobici, ossessivo-compulsivi, alimentari psicogeni e depressivi.

Va sottolineato che la prevalenza nella conversazione familiare di una delle quattro configurazioni di polarità semantiche menzionate rappresenta, secondo Ugazio, una condizione necessaria ma non sufficiente per lo sviluppo dei disturbi psicopatologici che si ritengono connessi. Una conversazione familiare può, ad esempio, essere dominata dalla semantica della libertà senza che nessun membro della famiglia sviluppi un disturbo fobico. Esse costituirebbero quindi soltanto una preconditione all'insorgenza del disturbo: la transizione dalla "normalità" alla psicopatologia dipenderebbe dai reciproci

positioning che il soggetto e le persone per lui significative assumono nella conversazione rispetto alla semantica critica. Questi *positioning* metterebbero il soggetto in condizione di sperimentare una situazione conflittuale definibile, nei termini della revisione costruzionista cui Ugazio si riferisce, come "circuito riflessivo bizzarro" (Cronen, Johnson, & Lannamann, 1982).

1.3 Uno strumento operativo: la Griglia delle Semantiche Familiari

La Griglia delle Semantiche Familiari (GSF) è un sistema di codifica per l'analisi semantica delle conversazioni terapeutiche diadiche e dei racconti autobiografici (Ugazio, Negri, Zanaboni, & Fellin, 2007; Ugazio, Negri, Fellin, & Di Pasquale, 2009). Essa è stata costruita con lo scopo di rendere passibile di rilevazione empirica l'ipotesi centrale del modello psicopatologico elaborato da Ugazio (1998) secondo cui i disturbi fobici, ossessivo-compulsivi, alimentari psicogeni e depressivi sarebbero connessi rispettivamente alle semantiche della libertà, della bontà, del potere e dell'appartenenza.

L'assunto alla base dell'utilizzo di tale strumento è che il soggetto portatore del sintomo tenda a rendere centrale anche in altre conversazioni al di fuori della famiglia, tra cui quella terapeutica, la configurazione di significati saliente nel proprio contesto relazionale. Naturalmente anche il terapeuta, partecipando alla conversazione con il cliente, introdurrà significati polari che ha già sperimentato nei suoi contesti relazionali.

La GSF operationalizza le polarità semantiche familiari come opposizioni semantiche evincibili dai *positioning* assunti da cliente e terapeuta rispetto alle seguenti aree: a) valori; b) definizioni di sé/altri/relazioni; c) movimenti relazionali; d) emozioni e sensazioni. Tali aree, definite "livelli di contesto" (Pearce & Cronen, 1980; Cronen et. al, 1982) identificano le principali realtà sociali create dalla conversazione, in linea con le più recenti assunzioni della *positioning theory* (Harrè, 1986, 1990; Hollway, 1994; Bamberg, 1997, 1999; Ugazio, 1998, 2009; Harrè & Van Langenhove, 1999; Lucius-Hoene & Deppermann, 2000, 2004, 2006; Wortham, 2000; Hermans, 2001; Madill, Sermpetis & Barkham 2005; Harrè, Moghaddam, Cairnie, Rothbart, & Sabat, 2009) che ha anch'essa indicato nelle emozioni, nelle relazioni e nei valori le principali dimensioni dell'essere che vengono continuamente costruite e decostruite nella conversazione. Il parlante infatti, raccontando di sé e della propria storia, posiziona se stesso e gli altri rispetto a ciascuna di queste aree, anche se naturalmente il *positioning* di ciascun soggetto rispetto ai livelli di contesto varia: ad esempio, alcuni parlanti si posizioneranno molto

poco rispetto ai valori e si centreranno sulle definizioni di sé, mentre altri trascureranno di posizionarsi rispetto alle emozioni a vantaggio dei movimenti relazionali.

La GSF prende in considerazione tre tipi di *positioning*, simili a quelli che Deppermann e Lucius-Hoene (2000, 2004) e Madill e collaboratori (2005) hanno individuato attraverso un'analisi qualitativa delle interviste biografiche. Il primo *positioning* si riferisce alla storia raccontata dal cliente in modo esplicito, nella quale anche il terapeuta prende posizione, anche se assumendo un ruolo secondario: le *narrated semantic polarities* sono quindi le opposizioni semantiche esplicite lungo le quali il cliente posiziona se stesso e gli altri e riguardano esclusivamente ciò che viene detto. Il secondo *positioning* si riferisce all'atto del raccontare, attraverso il quale il cliente si posiziona rispetto alle persone di cui parla. Ad esempio, un cliente mentre si descrive come una vittima indifesa in balia delle prevaricazioni della moglie, modula il suo racconto su un registro assertivo e accusatorio. I contenuti semantici lungo i quali questi *positioning* hanno luogo sono detti *narrating semantic polarities* ed interessano tre livelli di contesto: le definizioni di sé/altri/relazioni, le emozioni e i movimenti relazionali. Spesso questi *positioning* divergono drasticamente da quelli emergenti dalla storia raccontata. Il terzo tipo di *positioning* è espressamente interattivo e si riferisce alle modalità in cui cliente e terapeuta si posizionano reciprocamente nel corso dell'interazione. Ad esempio nel corso della seduta il cliente, attraverso commenti espliciti o più spesso con osservazioni extra-narrative e meta-narrative, posiziona il terapeuta come un punto di riferimento al quale affidarsi, come un alleato con l'aiuto del quale vincere una battaglia, come un confessore che può condannare e così via. I contenuti semantici lungo cui hanno luogo questi *positioning* vengono chiamati *interactive semantic polarities*.

I *positioning* narranti e interattivi sono fenomeni discorsivi di ordine performativo e vengono per la maggior parte espressi implicitamente; per questo motivo la loro rilevazione risulta più inferenziale rispetto a quella delle polarità semantiche narrate.

Occorre precisare che la GSF è stata finora utilizzata soltanto per l'analisi delle polarità semantiche narrate.

Tale strumento ha operazionalizzato le quattro semantiche familiari (SF) – libertà, bontà, potere, appartenenza – con una struttura comprendente due polarità semantiche principali fondate su un'opposizione emotiva e una serie di opposizioni polari ad esse

connesse¹. Per ogni SF è stata costruita una griglia contenente 36 opposizioni polari che declinano i significati peculiari di ogni semantica nei quattro livelli di contesto a cui ho precedentemente fatto riferimento:

- *valori*: 4 opposizioni polari che definiscono i valori distintivi della SF;
- *definizioni di sé/altri/relazioni*: 18 opposizioni polari organizzate in cinque celle, ciascuna contenente opposizioni polari con significato molto simile. La terza cella contiene opposizioni che sono preferibilmente utilizzate per la definizione degli altri, mentre le prime due celle riguardano prevalentemente la definizione di sé. La quarta cella presenta definizioni polari di sé/altri che derivano direttamente dalle emozioni. L'ultima cella è composta da due opposizioni che riguardano polarità fisiche;
- *movimenti relazionali*: 12 opposizioni polari equamente distribuite in quattro celle, di cui l'ultima riguarda le modalità di relazionarsi agli altri più esplicitamente emotive;
- *emozioni/sensazioni*: 2 opposizioni polari, di cui la prima rappresenta l'emozione peculiare da cui origina l'intera semantica.

Per l'individuazione delle opposizioni polari di ciascuna cella si è proceduto attraverso un metodo *top-down*: inizialmente ciascuna griglia è stata elaborata a partire dai significati identificati da Ugazio (1998) come distintivi delle quattro psicopatologie ed è stata integrata con altri messi in evidenza dalla più ampia letteratura (Bara, 1996, 2005; Guidano, 1987, 1991; Linares & Campo, 2000; Lorenzini & Sassaroli, 1987, 1992, 2000; Ruberti, 1996, 2005; Sassaroli & Lorenzini, 1990, 2005, per citare i più rappresentativi). Successivamente ogni griglia è stata modificata sulla base di un'applicazione preliminare ad alcuni casi prototipici di ciascuna delle psicopatologie considerate.

Sebbene il concetto di polarità semantica familiare sia di natura triadica, le griglie si limitano a indicare i due estremi di ciascuna polarità, dato che i significati consensuali per definire la posizione di mezzo risultano scarsi: la nostra cultura infatti, non valorizzando la posizione di mezzo, dispone di un vocabolario limitato per esprimerla e ciascuno elabora quindi modi propri per definirla.

¹ Come anticipato nell'Introduzione, il campione della ricerca di questa tesi è composto da soggetti con disturbi dello spettro fobico e alimentare psicogeno: in questa sede verranno descritte la semantica della Libertà e la semantica del Potere. Per una presentazione esaustiva e approfondita delle quattro SF si rimanda alla lettura dell'articolo di Ugazio e collaboratori (2009)

1.3.1 La Semantica della Libertà

Questa SF esprime una concezione della libertà intesa come emancipazione dalla relazione e dai suoi vincoli

In queste famiglie la conversazione si organizza attorno a episodi dove il bisogno di protezione, il desiderio di esplorare, l'autonomia e l'indipendenza svolgono un ruolo centrale. Come esito di questi processi conversazionali alcuni membri si sentiranno e verranno definiti timorosi, cauti, o al contrario, coraggiosi, addirittura temerari; troveranno persone disposte a proteggerli o si imbattono in persone dipendenti, incapaci di cavarsela. Si sposeranno con persone fragili, dipendenti, ma anche con persone libere, talvolta insofferenti dei vincoli; soffriranno per la loro dipendenza, cercheranno in ogni modo di conquistare la propria autonomia; in altri casi saranno orgogliosi della loro indipendenza e libertà che difenderanno più di ogni altra cosa. L'ammirazione, il disprezzo, i conflitti, le sofferenze, le alleanze, l'amore, l'odio si giocheranno su questi temi salienti.

Secondo Ugazio (1998) nei contesti familiari dei soggetti con organizzazione fobica le polarità libertà / indipendenza vs. dipendenza / bisogno di protezione ed esplorazione vs. attaccamento rappresentano le principali categorie di lettura dei comportamenti all'interno ed all'esterno del gruppo familiare.

Tali polarità esprimono un ordine morale in cui libertà ed esplorazione sono viste come valori, mentre i legami di attaccamento sono sentiti come espressione del bisogno di protezione da un mondo avvertito come pericoloso e, di conseguenza, sono associati ad un certo grado di avvilente dipendenza. Allorché questa semantica prevale nella conversazione familiare si crea un certo grado d'intransitività fra essere liberi e mantenere relazioni emotivamente importanti con gli altri: l'amore, l'amicizia e le altre forme di attaccamento sono sentite in termini parzialmente negativi, in quanto esse vengono costruite come legami di dipendenza. Al contrario, gli episodi in cui l'individuo riesce a far fronte da solo alle circostanze sono costruiti come espressione di libertà e incrementano l'autostima.

Le emozioni fondanti di questa SF sono paura – coraggio. Il mondo, spesso a causa di eventi drammatici verificatisi nella storia familiare, è visto come fonte di pericolo che minaccia la salute, le relazioni e la stessa sopravvivenza dell'individuo. Persino le emozioni, per il modo perentorio con cui si impongono, possono essere considerate

minacciose. Il rischio insito nell'esplorazione del mondo esterno, ma anche dei propri sentimenti e stati d'animo, è sempre avvertito sia da chi si posiziona come libero sia da chi è invece dipendente, così come è acutamente sentita la vulnerabilità della condizione umana. Proprio perché la realtà esterna incute paura, coloro che si posizionano nell'estremo libertà si sentono e sono considerati coraggiosi, anche se l'esplorazione può generare paura e indurre anche chi è in questa posizione a ricercare la vicinanza dell'altro. I legami principali di attaccamento sono percepiti entro questa semantica come fonte di protezione e di assicurazione ma anche di limitazioni, tanto che la vicinanza alle figure più significative può generare sensazioni di costrizione. Per l'individuo disporre di una relazione coinvolgente significa essere protetto e poter confidare sulla vicinanza di qualcuno che gli consente di far fronte alla paura, ma significa anche mantenere una posizione di dipendenza e ricevere un'immagine negativa di sé. Acquisire un'immagine positiva di sé richiede di essere autonomi, indipendenti dagli altri, impresa non facile per chi è cresciuto entro la premessa che il mondo è pericoloso: per questo l'allontanamento dai legami protettivi può accompagnarsi a paura e a sensazioni di smarrimento. In sintesi, la paura induce a ricercare e costruire *positioning* che assicurano all'individuo la vicinanza dell'altro; al contrario, il senso di costrizione che viene sperimentato quando l'individuo è in una posizione troppo protetta produce allontanamenti dalle figure significative. D'altra parte, durante l'esplorazione l'individuo pur sperimentando l'emozione del coraggio può anche incorrere in spiacevoli sensazioni di disorientamento.

Da libertà – esplorazione derivano altri due significati fondamentali: rischio – sicurezza e cambiamento – stabilità. La libertà e l'esplorazione producono rischio e inducono al cambiamento, mentre la dipendenza e l'attaccamento portano a sicurezza e stabilità. Nella nostra cultura solo gli estremi dipendenza e rischio hanno una connotazione negativa; al contrario l'ordine morale espresso da questa semantica fa sì che anche l'attaccamento, la sicurezza e la stabilità siano associate a un certo grado di negatività, mentre non soltanto la libertà, l'esplorazione, il cambiamento ma anche lo stesso rischio, vengono connotati almeno in parte positivamente. Il soggetto può ad esempio dire di apprezzare la sicurezza perché non è un "leone", ma raccontare che il fratello da lui più ammirato è la personificazione del rischio. Soltanto se questo ordine morale è rispettato le polarità indicate sono ritenute appartenenti a questa semantica. Un sovvertimento di questo ordine, possibile soprattutto per le polarità rischio – sicurezza e cambiamento – stabilità, le rende estranee a questa organizzazione del significato.

Come è facile intuire, la regolazione delle distanze è un tema centrale in questa SF: la vicinanza dell'altro è infatti indispensabile in quanto l'individuo si sente spesso sull'orlo di un baratro pauroso, ma genera sensazioni di costrizione e quindi spinge altrettanto frequentemente il soggetto ad allontanarsi o a chiudersi nei confronti dell'altro, nel tentativo di mantenere una certa distanza anche a livello psicologico.

Tabella 1. Griglia della Semantica della Libertà

VALORI	
LIBERTÀ	DIPENDENZA
ESPLORAZIONE	ATTACCAMENTO
RISCHIO	SICUREZZA
CAMBIAMENTO	STABILITÀ

DEFINIZIONI DI SÈ/ALTRI E DELLE RELAZIONI	
LIBERO	DIPENDENTE
AUTONOMO	CONDIZIONATO
FUGGITIVO	APPICCATICCIO
SENZA VINCOLI	VINCOLATO, INTRAPPOLATO
ALLO SBARAGLIO	PROTETTO, TUTELATO
NOMADE	STANZIALE
PRECARIO	STABILE
SMARRITO	GUIDATO
IMPREVEDIBILE	AFFIDABILE
LONTANO	VICINO
ESTRANEO	FAMILIARE
PERICOLOSO	RASSICURANTE
CORAGGIOSO	TIMOROSO
TEMERARIO	CAUTO
IMPRUDENTE	PRUDENTE
AUDACE	ACCORTO
FORTE	DEBOLE
INVULNERABILE	FRAGILE

MOVIMENTI RELAZIONALI	
ALLONTANARSI	AVVICINARSI
CAUTELARSI	AFFIDARSI
CHIUDERSI (ALL'ALTRO)	APRIRSI (ALL'ALTRO)
AFFRANCARE/SI	DIPENDERE
LASCIAR LIBERI/LIBERARSI	VINCOLARE/SI
AUTONOMIZZARE/SI	SOSTENERE, APOGGIARSI
ESPLORARE	ATTACCARSI
AVVENTURARSI	TRINCERARSI, RIPIEGARE
ESPORSI AI PERICOLI	PROTEGGERE/SI
SPAVENTARE	RASSICURARE
DISORIENTARE	GUIDARE, ORIENTARE

ALLARMARE	CALMARE
EMOZIONI E SENSAZIONI	
CORAGGIO	PAURA
SMARRIMENTO	COSTRIZIONE

La modalità relazionale di costruire i rapporti interpersonali caratteristica in questi soggetti è avvicinarsi – allontanarsi. Quando il soggetto avverte il pericolo o la propria fragilità si avvicina all'altro per trovare appoggio; al contrario, quando si sente forte si allontana, si libera, si sgancia dall'altro per poter esplorare.

Se si analizza l'area "definizione di sé, degli altri e delle relazioni" contenuta nella griglia, è possibile identificare nelle opposizioni polari contenute nelle prime due celle libero – dipendente e allo sbaraglio – protetto, la diretta emanazione di esplorazione – attaccamento. Infatti è l'esplorazione ad esporre al rischio, a render nomade, precario, smarrito, mentre l'attaccamento, assicurando la vicinanza dell'altro, garantisce di essere protetto, tutelato, guidato. La terza cella, contenente le principali definizioni dell'altro, prospetta un mondo popolato da persone imprevedibili e quindi pericolose o, al contrario, affidabili, alle quali ci si può appoggiare qualora le circostanze lo richiedano, vicine, disponibili a dare sostegno, o lontane, sulle quali non è possibile far affidamento. Gli altri sono inoltre costruiti come familiari, appartenenti all'area del noto e quindi prevedibili e rassicuranti (anche se proprio per questo meno interessanti) o, al contrario, sono percepiti come esterni alla propria cerchia relazionale, oggetto di curiosità e timore. La quinta cella si centra su forte – debole: per una semantica che costruisce il mondo come minacciante l'integrità fisica della persona, questi significati sono definizioni di sé e dell'altro centrali.

Per i soggetti fobici il dilemma è quindi rappresentato dall'intransitività che essi stabiliscono tra relazione e sé: l'individuo deve scegliere se sentirsi protetto a costo di ricevere un'immagine di sé negativa a causa della condizione di dipendenza dalle figure significative o essere libero, indipendente, mantenendo una buona autostima al prezzo di essere solo e in balia di una realtà minacciosa. Quando la riflessività del circuito bizzarro raggiunge livelli troppo elevati insorge la psicopatologia, che consente di ridurre la riflessività entro limiti accettabili. Con lo sviluppo dei sintomi infatti, l'individuo mantiene la relazione protettiva ma ciò non costituisce più un attacco inaccettabile alla propria autostima, dato che la dipendenza dalla relazione è giustificata da un evento esterno e incontrollabile.

Per questo motivo anche nei confronti del terapeuta, l'individuo oscilla tra la tendenza a considerarlo un punto di riferimento dal quale ricevere aiuto e al quale potersi totalmente affidare o, al contrario, a percepirlo come un potenziale pericolo per il mantenimento della propria autostima in quanto la relazione terapeutica rappresenta un vincolo alla propria libertà.

1.3.2 La Semantica del Potere

Il contesto familiare entro cui si sviluppano i disturbi alimentari psicogeni rappresenta un universo semantico completamente diverso da quello dell'organizzazione fobica: *“Niente è più lontano da queste famiglie dell'idea di libertà dalla relazione”* (Ugazio, 1998; p. 235, corsivo nell'originale): sottesa alla semantica del Potere vi è un'idea di uguaglianza intesa come abbattimento delle differenze.

Le polarità semantiche fondamentali che caratterizzano questa SF sono vincente – perdente (all'interno del proprio nucleo familiare e della comunità sociale allargata) e volontà – arrendevolezza, subordinata gerarchicamente alla prima secondo un rapporto mezzo-fine. Infatti si è vincenti perché si è volitivi, determinati, con spirito di iniziativa, perché si ha il controllo di sé stessi e degli altri; al contrario si è perdenti in quanto arrendevoli nei confronti delle difficoltà, passivi, incapaci di imporsi e quindi in balia delle sopraffazioni altrui.

La specificità della dimensione semantica vincente – perdente consiste nel fatto che, rispetto alle altre polarità, *“essa non è percepibile, neppure nel corso dell'esperienza immediata, come un tratto individuale. Essa si riferisce esclusivamente alla relazione. È l'esito di un confronto”* (Ugazio, 1998; p. 236, corsivo nell'originale). Data la natura puramente relazionale di questa polarità, nei contesti conversazionali dove essa è saliente la relazione con l'altro è percepita in ogni momento e in ogni circostanza fondamentale per la definizione del proprio sé. L'individuo è particolarmente attento e sensibile al giudizio degli altri e, naturalmente, anche ai criteri di riuscita sociale (Bruch, 1978; Selvini Palazzoli, 1981; Guidano, 1987): inoltre l'attenzione costante all'altro rende solitamente questi partner conversazionali degli eteroattributori.

Dato che in questa SF i significati vengono definiti attraverso il confronto, la competizione è il movimento relazionale centrale: all'interno della famiglia e nei rapporti fra il nucleo familiare e la comunità di appartenenza, ma anche con gli altri personaggi

che entrano nella scena familiare come il terapeuta, la lotta per la definizione della relazione diventa per questi soggetti l'argomento centrale della conversazione.

Quando la definizione della relazione acquista centralità, i contenuti recedono sullo sfondo (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967): l'oggetto del contendere è di regola irrilevante, ciò che è importante è chi riesce a ottenere la supremazia. La semantica del Potere rende saliente chi ha successo e chi soccombe, chi è di *più* e chi è di *meno*: per questo nessuno può adagiarsi nella propria posizione. Coloro che si trovano nella polarità perdente non possono accettare, se non temporaneamente, la propria resa (equivarrebbe ad ammettere la sconfitta): quando non hanno concrete possibilità di scalzare i vincenti, quanto meno ridefiniscono la propria sconfitta come sacrificio. Anche coloro che sono nella posizione vincente devono continuamente operare per mantenere la propria superiorità e i suoi sforzi saranno finalizzati a mantenere e a far accettare agli altri membri della famiglia le caratteristiche, i segni e i simboli che li rendono superiori.

Dato che ogni definizione di sé dà luogo ad una superiorità o inferiorità rispetto agli altri, le differenze sono immediatamente colte, ma anche temute, negate, osteggiate, spesso ritenute illegittime: per questo motivo in questa SF il processo di esteriorizzazione delle caratteristiche individuali risulta spesso problematico. Inoltre dato che il confronto regola le relazioni, la loro definizione tra i membri della famiglia è particolarmente instabile e conseguentemente anche le identità dei membri risultano insicure. Un aspetto caratteristico della conversazione con questi soggetti è l'elevata frequenza di rifiuti. Un ulteriore aspetto di specificità della polarità vincente – perdente è l'assenza di rimandi alla connotazione valoriale: dato che le differenze sono delegittimate, la superiorità risulta svincolata da qualsiasi contenuto. Successo – fallimento e potere – soggezione sono l'esito di un confronto competitivo. Anche la polarità esteriorità – autenticità, introdotta generalmente nella conversazione da chi è in posizione perdente, risulta carente di contenuti.

Gli stati emotivi fondamentali da cui si origina la semantica del Potere sono vanto – vergogna. Nei confronti degli altri prevale il vanto quando la propria superiorità viene riconosciuta dai partner conversazionali; al contrario, la vergogna e l'imbarazzo emergono quando si è in posizione perdente. Le persone sperimentano sensazioni di efficacia e competenza personale se hanno la meglio nella competizione, mentre prevale il senso di inadeguatezza, l'inettitudine e l'impotenza quando nella conversazione si assume una posizione perdente. Le polarità emotive sono quindi strettamente connesse ai *positioning* dell'altro e al processo di definizione della relazione.

Tabella 2. Griglia della Semantica del Potere

VALORI	
SUCCESSO	FALLIMENTO
POTERE	SOGGEZIONE
VOLITIVITÀ	ARRENDEVOLEZZA
ESTERIORITÀ	AUTENTICITÀ

DEFINIZIONI DI SÉ/ALTRI E DELLE RELAZIONI	
VINCENTE	PERDENTE
RIUSCITO ECCELLENTE SUPERIORE	FALLITO MEDIOCRE INFERIORE
VOLITIVO	ARRENDEVOLE
EFFICIENTE MOTIVATO ALLA RIUSCITA, GRINTOSO COMPETITIVO	INETTO PASSIVO, “MOLLE” RINUNCIATARIO
PREVARICANTE	SUCCUBE
ASSERTIVO CAPACE DI FARSI VALERE IMPERIOSO	REMISSIVO INCAPACE DI IMPORSI ACCONDISCENDENTE
BORIOSO (DEL SUO STATUS)	UMILE/UMILIATO
SUPERBO SICURO DI SÉ VUOTO, DI FACCIA	BONARIO IMBARAZZATO, A DISAGIO AUTENTICO
BELLO	BRUTTO
MAGRO	GRASSO

MOVIMENTI RELAZIONALI	
ADEGUARSI	OPPORSI
CONQUISTARE FARSI VALERE, PREVARICARE	RITIRARSI (DAL CONFRONTO) SUBIRE
VINCERE	PERDERE
RIUSCIRE ECCELLERE	FALLIRE ACCONTENTARSI
COMBATTERE	ARRENDERSI
DARSI DA FARE COMPETERE, CONFRONTARSI	LASCIARSI ANDARE SOTTRARSI
APPARIRE	SFIGURARE
VANTARE UMILIARE	ABBASSARE SVERGOGNARE

EMOZIONI E SENSAZIONI	
VANTO	VERGOGNA
EFFICACIA PERSONALE	INETTITUDINE

Il movimento relazionale caratteristico è adeguarsi – opporsi. Chi è in posizione vincente si adegua a coloro che detengono una posizione superiore per mantenere o ottenere un *positioning* che collochi l'individuo nell'estremo valorizzato; chi è in posizione perdente e ritiene di non poter ottenere un diverso *positioning* si oppone ai vincenti per cercare di delegittimare la loro superiorità. I movimenti relazionali che costruiscono la posizione vincente o perdente del soggetto riguardano, ad esempio, il conquistare degli alleati e/o consensi o al contrario ritirarsi per sottrarsi a un confronto che porterebbe alla sconfitta; farsi valere, riuscire ad avere la meglio nel confronto con l'altro o al contrario subire la definizione di sé e della relazione data dall'interlocutore, che lo pone in una situazione di svantaggio.

Un'altra categoria di movimenti relazionali strettamente connessa alla definizione dei *positioning* nel confronto competitivo riguarda vincere – perdere, riuscire – fallire. La sfida a raggiungere i propri obiettivi di successo, il darsi da fare o, al contrario, arrendersi alle difficoltà e lasciarsi andare costituiscono i movimenti relazionali che sono una diretta emanazione di volontà – arrendevolezza.

Tra i movimenti relazionali più strettamente connessi agli stati emotivi vi sono il vantare, l'apparire, il fare bella figura esibendo le qualità che rendono superiori e, parallelamente, ciò implica l'umiliare gli altri membri della conversazione. Al contrario, lo sfigurare (fare una brutta figura) è l'esito di movimenti che abbassano l'altro e lo svergognano.

Se si analizza l'area “definizioni di sé, dell'alto e delle relazioni” contenuta nella griglia è possibile rilevare che tutte le opposizioni contenute nella prima cella sono accomunate dall'essere esito di un confronto. La quarta cella contiene le definizioni connesse alle emozioni che si riferiscono allo *status* occupato dall'individuo: chi è borioso, lo è rispetto alla sua collocazione gerarchica, chi è umile lo è perché non esplicita né mette in evidenza la propria superiorità, chi è umiliato lo è perché viene posto in un rango inferiore, chi è sicuro di sé lo è in quanto collocato in posizione gerarchica superiore, mentre chi è imbarazzato o a disagio lo è in quanto è collocato in una posizione perdente e di inferiorità. Anche la polarità vuoto – autentico introduce definizioni di sé e dell'altro connesse allo *status*, in questo caso per negarne l'importanza: “vuoto” è chi è pago soltanto della posizione raggiunta, mentre “autentico” è chi non bada alla sua condizione nella gerarchia sociale. Infine brutto – bello e magro – grasso sono le polarità

fisiche che questa semantica, attenta alla dimensione pubblica del sé, tende a rendere salienti nella conversazione.

Per le persone in cui questa semantica familiare prevale, per esistere occorre essere in relazione con l'altro: è infatti proprio la relazione nel "qui ed ora" con le persone significative a fungere da contesto per l'attribuzione di significato ai propri stati emotivi interni e per la definizione dei confini del sé, e non viceversa.

Come è stato precedentemente accennato, l'attenzione costante alla questione della definizione della relazione induce l'individuo a costruire tutte le relazioni come forme di adeguamento all'altro e alle sue richieste, oppure come forme di opposizione. Il circuito riflessivo bizzarro è il risultato dell'intransitività che si viene a creare tra l'adeguarsi, l'opporci e il mantenimento di una percezione definita di sé. Conformarsi alle aspettative degli altri permette di avere una conferma del proprio sé, ma significa anche essere passivo, perdente, sopraffatto; opporsi significa essere attivi, al prezzo però di essere rifiutati e perdere la conferma dell'altro e, con essa, anche il senso della propria individualità. Quando la riflessività del circuito riflessivo aumenta, l'uniformarsi alle richieste e alle aspettative delle figure significative è sempre più sentito come una sconfitta e una sopraffazione e parallelamente anche entrare in escalation simmetrica, opporsi, comporta la perdita di una percezione definita di sé che solo la conferma dell'altro è in grado di assicurare. La sintomatologia insorge quando l'individuo non dispone più di alcuna con-posizione nella dimensione semantica critica e oscilla tra adeguarsi e opporsi senza trovare una validazione del sé. L'oscillazione tra il bisogno di approvazione da parte dell'altro e la paura di poter essere disconfermato è un movimento rintracciabile anche nella relazione con il terapeuta: all'interno del contesto clinico diviene infatti particolarmente saliente la sensibilità al giudizio altrui, con la paura di esser criticati, il timore di sfigurare agli occhi del terapeuta, e la conseguente tendenza a cercare di apparire, di vantare. Inoltre, accettare l'asimmetria dei ruoli prevista del setting viene costruita dal cliente come la propria assunzione di un *positioning* passivo, perdente, che non può essere accettato: i tentativi di assumere il controllo della conversazione e la tendenza a porsi in modo simmetrico col terapeuta possono quindi essere ricondotti a questo aspetto.

CAPITOLO SECONDO

Dalla pragmatica alla semantica: il positioning nella conversazione

2.1 Aspetti pragmatici dell'interazione

2.1.1 La dimensione del potere nelle relazioni interpersonali

In letteratura le relazioni interpersonali sono state studiate ed analizzate attraverso differenti dimensioni quali ad esempio l'intimità, la fiducia e la cooperazione (Millar & Rogers, 1976, 1987). Molti autori (Bateson, 1936, 1972; Berger, 1994; Dillard, Solomon, & Palmer, 1999; Gottman & Notarius, 2000; Haley, 1963; Markman & Notarius, 1987; Rogers & Escudero, 2004) hanno però individuato nel potere, ridefinito nell'approccio relazionale alla comunicazione con il termine "controllo relazionale" (Rogers & Escudero, 2004), la dimensione fondamentale coinvolta nella costruzione, nel mantenimento e nell'evoluzione delle relazioni umane, che emergerebbe dalla struttura e dalla gerarchia implicita dei messaggi che le persone si scambiano reciprocamente (Bateson, 1972). Entro tale prospettiva pertanto, ha assunto primaria importanza la dimensione interattiva, considerata un processo continuo attraverso il quale gli individui negoziano reciprocamente le loro posizioni attraverso la ridefinizione, l'accettazione o il rifiuto della definizione di sé, dell'altro e della relazione fornita dall'interlocutore.

L'approccio pragmatico alla comunicazione sviluppatosi a partire dalle teorizzazioni di Bateson (1936, 1972, 1979) e dai contributi di Watzlawick, Beavin e Jackson (1967) si fonda sull'assunto che gli individui facciano un uso pragmatico del linguaggio nel tentativo di guadagnare il controllo per la definizione delle relazioni sociali.

“Quando due persone si incontrano per la prima volta e stabiliscono una relazione, hanno di fronte a sé una vasta gamma di possibili comportamenti. Man mano che due soggetti definiscono la loro relazione essi elaborano insieme quale tipo di comportamento comunicativo è opportuno per quella relazione. Da tutti i possibili

messaggi ne selezionano alcuni e successivamente raggiungono un accordo su quelli da inserire nel rapporto. Questa linea che essi tracciano, linea che definisce ciò che può e ciò che non può accadere in quella relazione, si può chiamare definizione reciproca della relazione. Ogni messaggio che viene scambiato, per la sua stessa esistenza, o rinforza questa linea o suggerisce un cambiamento che include un nuovo tipo di messaggio (...). La natura della relazione viene definita dal tipo di messaggi che essi decidono possa essere accettabile. Questo accordo non è mai definitivo ma viene costantemente elaborato nel momento in cui uno dei due propone un nuovo tipo di messaggio o quando le modificazioni nella situazione ambientale provocano cambiamenti nel loro comportamento (...). Il tipo di messaggio che mette in discussione la relazione viene definito manovra.” (Haley, 1963; p. 36).

Bateson (1936) per primo descrisse il fenomeno della schismogenesi “*un processo di differenziazione delle norme di comportamento individuale derivante dall’interazione cumulativa tra individui*” (Bateson, 1972, pp.166-7, corsivo nell’originale): l’intuizione insita in questo concetto, rivoluzionario per l’epoca, consiste nell’idea che il comportamento abbia una natura essenzialmente relazionale, definibile “*in termini di reazioni di un individuo alle reazioni di altri individui*” (Bateson, 1972, pag. 169, corsivo nell’originale). L’autore (1936) identificò due peculiari pattern interattivi: con il termine simmetria si intende una modalità interattiva basata sulla similarità: i comportamenti comunicativi dei partecipanti tendono a rispecchiarsi l’un l’altro. L’interazione simmetrica spesso si declina in termini di competizione, rivalità e reciproca emulazione. Alcuni esempi di processi simmetrici possono essere identificati nella corsa agli armamenti che caratterizzarono la Guerra Fredda, oppure nel “gioco al rialzo” in un’attività, in un conflitto o nella sintomatologia. La complementarietà viene invece definita come una sequenza interattiva caratterizzata dalla massimizzazione delle differenze interdipendenti: le azioni di un soggetto A e di un soggetto B risultano massimamente differenti ma mutualmente aderenti l’una all’altra e il comportamento del primo partner completa quello del secondo. Ne sono esempi classici il rapporto di sado-masochismo, vittima-carnefice, prevaricante-succube.

A partire da tali assunti, all’interno della conversazione possono essere identificate due diverse posizioni: quella primaria, one-up, che definisce il parlante nella posizione di dominanza nella relazione e quella one-down, che, al contrario, caratterizza il parlante in posizione di sottomissione. Complementarietà e simmetria costituiscono quindi le due categorie fondamentali in cui possono essere distinti gli scambi

comunicativi. Nel corso dell'interazione tali modelli possono stabilizzarsi a vicenda e i cambiamenti da un pattern all'altro costituiscono importanti meccanismi omeostatici, anche se in alcune condizioni sia i processi di interazione simmetrica che complementare possono esitare nello sviluppo di interazioni patologiche.

In una relazione simmetrica è sempre presente il rischio della escalation competitiva, definita *“una tendenza dell'interazione simmetrica una volta che abbia perduto la stabilità e sia sopraggiunta una cosiddetta runaway. È facile osservare ad esempio nei conflitti coniugali l'escalation di un modello di frustrazione che i coniugi perseguono finché alla fine si fermano solo perché sposati fisicamente ed emotivamente; mantengono poi una tregua inquieta finché non si sono sufficientemente ristabiliti per affrontare lo scontro successivo. La patologia dell'interazione simmetrica è quindi caratterizzata da uno stato di guerra più o meno aperto (...). Quando i partner arrivano alla rottura di solito si osserva che l'altro rifiuta² piuttosto che disconfermare³ il Sé dell'altro.”* (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967 p. 96, corsivo nell'originale).

Le patologie delle relazioni complementari presentano invece caratteristiche del tutto diverse e tendenzialmente riguardano una disconferma del sé e dell'altro: *“Nella relazione complementare un problema tipico è quello che P pone quando chiede che O confermi la definizione che P dà di sé e che è in contrasto col modo con cui O vede P. questo pone O in un dilemma assai singolare: deve cambiare la propria definizione del Sé in una che faccia da complemento e quindi sostenga quella di P, perché è nella natura delle relazioni complementari che una definizione del sé si possa mantenere soltanto se il partner assume uno specifico ruolo complementare.”* (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967 p. 97, corsivo nell'originale).

Dal momento che ogni individuo deve affrontare il problema della definizione della natura delle relazioni e, soprattutto, la questione di chi abbia il controllo su di essa, è stato ipotizzato che tra le modalità disponibili per gestire questo aspetto debba essere inclusa anche la psicopatologia (Haley, 1963).

La modalità di gestione del potere è stata indagata in diversi contesti relazionali: inizialmente le ricerche si sono focalizzate sulle conversazioni quotidiane, in particolare sull'interazione di coppia (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967; Mark, 1971; Gottman & Notarius, 2000), per poi estendersi ai contesti organizzativi (Rogers & Escudero,

² Il rifiuto è definito dagli autori come espressione da parte del soggetto A della propria non voglia di comunicare; essa, anche se manifestata bruscamente, implica una relazione col soggetto B.

³ Gli autori definiscono la disconferma come la negazione da parte di un soggetto A di B come emittente del messaggio e, di conseguenza, come interlocutore.

2004) e alla situazione terapeutica (Holte, Wichstrom, Erno, & Kveseth, 1987; Wichstrom & Holte, 1988; Rodriguez-Arias, 2004).

Parallelamente, il progressivo spostamento dell'attenzione dagli atti individuali, ovvero i singoli messaggi emessi dal parlante, alle transazioni, ossia la sequenza dei pattern interattivi tra gli interlocutori, ha portato all'identificazione di nuove dimensioni pragmatiche caratterizzanti la conversazione (Rogers & Farace, 1975; Rogers, Millar, & Bavelas, 1985; Wichstrom & Holte, 1988).

2.1.2 Le procedure di codifica del controllo relazionale

Il primo sistema di codifica per l'analisi delle interazioni diadiche fu elaborato da Sluzky e Beavin (1965), che fornirono una definizione operativa dei pattern interattivi di complementarietà e simmetria in accordo alla strutturale similarità o diversità, rispettivamente, dei comportamenti comunicativi scambiati dai parlanti. Gli autori hanno analizzato la combinazione sequenziale dei messaggi emergente nelle conversazioni quotidiane al fine di identificare differenti tipologie di transazioni. Più tardi Mark (1971) propose di analizzare l'interazione di coppia attraverso due specifiche dimensioni: il format, ovvero la forma grammaticale del messaggio espresso da uno dei partner, e lo stile relazionale di risposta espresso dall'interlocutore.

Qualche anno più tardi, la costruzione del *Relational Communication Control Coding System* (RCCCS) (Ericson & Rogers, 1973; Rogers & Farace, 1975) portò alla ridefinizione delle categorie di analisi elaborate da Mark (1971) e all'identificazione di un nuovo movimento di controllo relazionale denominato *one-across*, caratterizzato da movimenti neutrali rispetto alla gestione del controllo, in cui l'individuo né tenta di guadagnare la superiorità né si pone in modo complementare. Gli autori hanno fornito un'operazionalizzazione delle tre dimensioni del controllo relazionale e dei tipi di transazioni ad esse correlate (cfr. 3.3.2.2). Il RCCCS è stato, e rimane tuttora, uno degli strumenti più utilizzati nello studio degli aspetti pragmatici dell'interazione e la sua applicazione in differenti ambiti è largamente diffusa (Heatherington & Friedlander, 1987; Rogers & Escudero, 2004; Wichstrom & Holte, 1988). Alcune ricerche (Holte, Wichstrom, Erno, & Kveseth, 1987; Wichstrom & Holte, 1988) condotte nel contesto terapeutico con famiglie di pazienti psicotici utilizzando il RCCCS hanno portato

all'identificazione di una quarta dimensione di controllo relazionale, denominato *one-out*, che identifica movimenti di disconferma e squalifica⁴.

Il maggior contributo all'espansione delle procedure di codifica della dimensione del potere nelle relazioni interpersonali si deve però a Heatherington e Friedlander (1987, 1990), che estesero l'utilizzo del sistema di codifica RCCCS all'analisi dell'interazione di tre o più persone: il *Family Relational Communication Control Coding System* (FRCCCS), nato dallo studio dell'interazione nel contesto della terapia familiare, fornisce una categorizzazione delle sequenze interattive triadiche, rilevabili anche nelle conversazioni familiari quotidiane. Gli autori hanno individuato sequenze semplici, parallele e coalizioni e hanno operato un'ulteriore distinzione rispetto alla dimensione del format, tra domande aperte e chiuse (Escudero, Lopez, & Platas, 1998).

Pur rappresentando indicatori centrali della dimensione relazionale, le dimensioni paralinguistiche, prossemiche e cinestesiche dell'interazione (Watzlawick et al., 1967) sono state scarsamente studiate: una recente estensione dell'analisi dell'interazione ha riguardato la realizzazione di procedure di codifica del comportamento analogico che ha portato all'identificazione di quattro indici protipici (supporto-accordo, non supporto-disaccordo, risposta-domanda e ordine-istruzione) per la descrizione del controllo relazionale (Siegel, Friedlander, & Heatherington, 1992). Escudero, Rogers e Gutierrez (1997) combinando le categorie di codifica del RCCCS con alcuni aspetti del comportamento analogico, tra cui la gestualità, la prossemica e le componenti paralinguistiche, hanno identificato tre indicatori non verbali del controllo relazionale: l'espressione facciale, il tono di voce e la posizione del corpo.

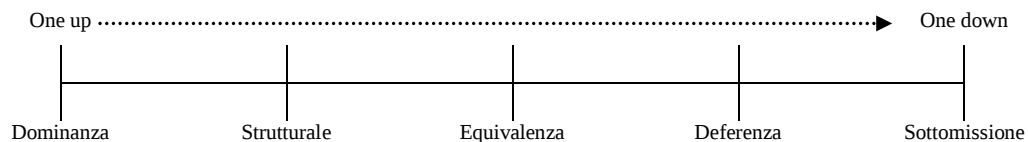
Oltre all'identificazione delle dimensioni del messaggio (one-up, one-down, one-across, one-out) e dei correlati pattern transazionali, elementi più attinenti ad una dimensione strutturale del controllo, alcuni autori (Courtright, Millar, & Rogers, 1983; Ellis, Fisher, Drecksels, Hoch, & Werbel, 1976; Rogers, Courtright, & Millar, 1980) si sono interessati alla dimensione dell'intensità delle dinamiche di potere caratterizzanti l'interazione.

Ellis e collaboratori (Ellis, Fisher, Drecksels, Hoch, & Werbel, 1976) hanno identificato cinque posizioni che possono essere assunte dagli interlocutori: dall'estremo in cui la posizione one-up è più forte, la "dominanza", alla posizione one-down più

⁴ Gli autori della Pragmatica della comunicazione umana (Watzlawick et. al, 1967) definiscono come squalificazione della comunicazione azioni quali contraddirsi, cambiare argomento, usare stile oscuro, dare interpretazioni letterali delle metafore.

intensa, denominata “sottomissione”. Vi è una posizione mediana, definita “equivalenza”, caratterizzata dalla posizione neutrale. A completare il *continuum* vi è la posizione “strutturale”, che si colloca tra la “dominanza” e l’“equivalenza”, e la “deferenza”, che si colloca tra “equivalenza” e “sottomissione”.

Figura 1: Le posizioni assumibili dagli interlocutori lungo la dimensione dell’intensità dei movimenti di controllo relazionale (Ellis et al., 1976)



Rogers, Courtright e Millar (1980) indicano nei comportamenti di interruzione e disconferma dell’altro i movimenti di controllo assertivo più intensi, mentre all’estremo opposto gli autori collocano i messaggi di supporto e incoraggiamento.

Verrà di seguito presentato il sistema di codifica RCCCS, utilizzato in questa ricerca per l’analisi degli aspetti pragmatici della conversazione terapeutica (cfr. 3.3.2.2).

2.1.3 Il Relational Communication Control Coding System (RCCCS)

Il *Relational Communication Control Coding System*⁵ (RCCCS) (Ericson & Rogers, 1973; Rogers & Farace, 1975) è uno strumento di codifica dell’interazione diadica che utilizza come unità di analisi la transazione, ovvero la sequenza di due messaggi scambiati dagli interlocutori, di cui vengono codificati il parlante, il format dell’asserzione e la modalità di risposta dell’interlocutore.

Il format riguarda la struttura del messaggio (ad esempio: asserzione o domanda), mentre la modalità di risposta fa riferimento alla funzione pragmatica del messaggio, che risulta correlata a quello precedente (ad esempio: supporto, ordine) (cfr.3.3.2.2).

Ogni messaggio viene inoltre codificato sulla base della qualità del movimento di controllo relazionale: oltre alle direzioni one-up e one-down già evidenziate dalla letteratura, gli autori hanno individuato una terza posizione, denominata one-across, definita come relativamente neutrale rispetto al controllo.

⁵ Nel capitolo 3 (par.3.3.2.2) verranno presentate e descritte in modo esaustivo le categorie di codifica.

Attraverso la combinazione dei messaggi sequenziali sono state individuate tre tipologie di transazioni: complementare, simmetrica e transitoria. In presenza di una transazione complementare la definizione della relazione proposta da uno dei due interlocutori è accettata dall'altro. Al contrario, nelle transazioni simmetriche entrambi gli interlocutori tentano di assumere un controllo assertivo per la definizione della relazione. Nelle transazioni transitorie uno dei parlanti esprime un messaggio neutrale rispetto alla dimensione del controllo relazionale, preceduto o seguito da un movimento one-up o one-down. Il manuale di codifica RCCCS operationalizza nove tipi di transazioni di cui tre simmetriche, due complementari e quattro transitorie (cfr.3.3.2.2).

La codifica delle transazioni offre il vantaggio di analizzare la sequenza dei messaggi in base alla loro funzione relazionale. Le ricerche hanno evidenziato la capacità di RCCCS di identificare le categorie transazionali in differenti ambiti di indagine, sia in contesti clinici che quotidiani; inoltre, se confrontato con altri sistemi di codifica dell'interazione, RCCCS sembra avere maggior validità di costrutto e predittiva, ed è in grado di discriminare in modo più preciso tra transazioni complementari e simmetriche (Ayers & Miura, 1981; Folger & Poole, 1982; Rogers-Millar & Millar, 1979; Escudero, Rogers, Gutierrez, & Caceres, 1992; Rogers & Escudero, 2004).

A partire dai movimenti del controllo relazionale definiti dal manuale di codifica RCCCS (Millar & Rogers, 1987; Rogers & Bagarozzi, 1983) sono stati costruiti tre indici individuali per la codifica dell'interazione (vedi Tabella 3) che sono in grado di fornire informazioni rilevanti rispetto ai tentativi del soggetto di ottenere il controllo o di rinunciarvi. Tali indici individuali si rivelano particolarmente utili per finalità esplorative in quanto permettono di confrontare gli individui in numerose situazioni e contesti.

Tabella 3. Indici individuali per la codifica dell'interazione di RCCCS

Indice	Descrizione
Prevaricazione	frequenza di movimenti one-up espressi da un individuo durante lo scambio comunicativo, basata sulla proporzione di messaggi one-up, one-down e one across nell'unità di analisi
Sottomissione	frequenza relativa dei movimenti one-down rilevati nell'unità di analisi
Neutralità	frequenza relativa dei movimenti one-across rilevati nell'unità di analisi

Alcune ricerche hanno però evidenziato come la sequenza interattiva emergente tra i parlanti costituisca una fonte maggiormente euristica rispetto all'analisi dei messaggi individuali (Bakerman & Quera, 1992, 1995; Gnisci & Baker, 2000): ad esempio, se il comportamento one-up di una moglie ha una maggiore probabilità di verificarsi quando è preceduto da un comportamento one-up del marito rispetto a quando tale comportamento non si manifesta, tale informazione si rivela descrittiva della natura competitiva della relazione.

Anche il RCCCS ha costruito una misura diadica del controllo relazionale che viene ricavato dalla sequenza interattiva. Tale indice, denominato “di dominanza”, è basato sull'occorrenza di transazioni one-up, ovvero la proporzione dei comportamenti one-up di ciascun membro seguiti da un messaggio one-down dell'altro membro.

2.1.4 L'analisi della dimensione del controllo relazionale nel contesto terapeutico

Nella conversazione terapeutica, come in tutte le forme di interazione sociale, terapeuta e cliente sono coinvolti in un processo continuo di negoziazione reciproca delle loro posizioni seppur in un contesto con regole precise, conosciute e condivise a priori dagli interlocutori (Haley, 1963).

L'esplorazione del processo comunicativo all'interno del contesto psicoterapeutico si è inizialmente focalizzata sui primi colloqui di consultazione individuale per poi estendersi alle sedute familiari (Holte, Wichstrom, Erno, & Kveseth, 1987; Wichstrom & Holte, 1988; Rodriguez-Arias, 2004).

Il manuale di codifica RCCCS è stato applicato alla conversazione terapeutica allo scopo di descrivere e identificare le dimensioni del controllo relazionale emergenti nell'interazione tra cliente e terapeuta (Beyebach & Escudero, 1997; Friedlander, Siegel, & Brenock, 1989; Heatherington & Allen, 1984; Lichtenberg & Heck, 1986; Rogers & Bagarozzi, 1983; Rogers & Escudero, 2004; Tracey, 1991; Tracey & Miars, 1986).

In genere la conversazione terapeutica sembra essere maggiormente caratterizzata da complementarità piuttosto che da simmetria competitiva (Beyebach, de la Cueva, Ramos, & Rodriguez-Arias, 1990; Lichtenberg & Barkè, 1981): il terapeuta, proprio per la caratteristica del setting che lo identifica come conduttore della conversazione, assume più frequentemente una posizione one-up a cui generalmente il cliente

retroagisce un movimento one-down. La seconda caratteristica dei pattern interattivi riguarda l'elevata presenza di messaggi one-across, che denotano una certa neutralità nella gestione del potere.

Alcune ricerche hanno mostrato che i pattern interattivi sembrano variare in relazione alle fasi del processo terapeutico (Thames & Johnson, 1982; Tracey, 1991): nella fase iniziale e finale della terapia la conversazione sembra caratterizzata da maggiore complementarietà rispetto alla fase centrale, in cui al contrario si registrano più frequentemente movimenti simmetrici.

Per quanto concerne gli aspetti strutturali del messaggio è stato rilevato che circa l'8% di quelli emessi dal cliente erano costituiti da domande, mentre oltre il 70 % era costituito da affermazioni (Rodriguez-Arias, 2004).

L'interazione tra cliente e terapeuta è stata analizzata anche rispetto alla qualità dei messaggi one-up emergenti: sono state identificate due categorie di movimenti, denominati regolativi ed oppositivi. I messaggi regolativi organizzano e strutturano la conversazione; ne sono un esempio le domande chiuse, le istruzioni, gli ordini e il cambiamento di argomento. I messaggi oppositivi invece tendono a costruire un'opposizione nei confronti dell'altro e denotano il tentativo di assumere una posizione superiore all'interlocutore nell'interazione faccia a faccia; a questa categoria appartengono movimenti di prevaricazione, non supportivi e di disconferma (Rodriguez-Arias, 1996; Rodriguez-Arias, Real, Castillo, & Real, 2001). Nella fase iniziale del percorso terapeutico il terapeuta sembra usare più frequentemente messaggi regolativi (9%) rispetto a messaggi oppositivi (3%), mentre i clienti sembrano usarli in ugual misura (rispettivamente 3% e 4%).

Alcuni autori hanno rilevato una correlazione tra specifici pattern interattivi osservabili nelle prime fasi del percorso terapeutico e l'esito della terapia (Beyebach & Escudero, 1997; Beyebach, Rodriguez-Morejon, Palenzuela, & Rodriguez-Arias, 1996; Cappella, 1987; Watt & VanLear, 1996); nelle prime sedute di consultazione la presenza di sequenze domanda-risposta in cui il cliente pone in modo serrato quesiti al terapeuta sembra una modalità interattiva tipica di coloro che interromperanno prematuramente il percorso terapeutico; infatti, come già accennato, generalmente i clienti formulano raramente domande al terapeuta (Rodriguez-Arias, 2004). Anche l'interruzione frequente del terapeuta da parte del cliente, che rappresenta il movimento di prevaricazione più intenso (Rogers, Courtright, & Millar, 1980) e costituisce un indicatore della tendenza a instaurare transazioni simmetriche (Heatherington, & Allen,

1984), sembra una caratteristica comune a coloro che andranno incontro a un drop-out; tale modalità interattiva è stata infatti osservata meno frequentemente nei clienti che portano a termine il percorso terapeutico (Beyebach et al., 1996; De Shazer, 1982, 1991). In sintesi, il drop-out sembra essere correlato a pattern interattivi di interruzione operata dal cliente verso il terapeuta, a un elevato indice di prepotenza rispetto al controllo relazionale agito dal cliente e a un incremento della simmetria competitiva (de la Cueva, 1993).

Al contrario, la prevalenza di transazioni complementari sembra correlata a lungo termine al successo della terapia, così come la presenza di movimenti neutrali. I messaggi one-across sembrano infatti fungere da regolatori nelle dinamiche di conflitto sia nella relazione di coppia che in quella terapeutica (Beyebach & Escudero, 1997; Beyebach, Rodriguez-Morejon, Palenzuela, & Rodriguez-Arias, 1996). La complementarietà sembra inoltre favorire una cooperazione che facilita la costruzione dell'alleanza terapeutica.

Per analizzare i movimenti di controllo relazionale nell'interazione terapeutica alcuni autori (Tracey & Miars, 1986; Tracey, 1988) hanno utilizzato una misura di dominanza denominata ambito di determinazione, basata sul pattern “iniziare un ambito” (TI) e “seguire un ambito” (TF). In questo contesto tale sistema di codifica appare però meno utile rispetto a RCCCS, in quanto per le caratteristiche peculiari del setting è generalmente il terapeuta a introdurre gli ambiti di conversazione, a cambiare argomento e a condurre la seduta.

2.2 Aspetti semantici della conversazione

2.2.1 Definizioni del concetto di positioning

Parallelamente alle ricerche che hanno indagato gli aspetti pragmatici della conversazione, in anni più recenti all'interno della Positioning Theory (Harrè, 1986, 1990; Hollway, 1994; Bamberg, 1997, 1999; Ugazio, 1998, 2009; Harrè & Van Langenhove, 1999; Lucius-Hoene & Deppermann, 2000, 2004, 2006; Wortham, 2000; Hermans, 2001; Madill, et al. 2005, Harrè et al., 2009) sono state condotte delle indagini aventi come oggetto di analisi privilegiato le pratiche discorsive (“*discursive practices*”) che concorrono alla costruzione dell'identità. Tali pratiche, che si riferiscono ai compiti e alle strategie che il parlante utilizza nella conversazione con l'interlocutore (Lucius-Hoene & Deppermann, 2004), rappresentano lo strumento

attraverso cui si “*costruisce l’identità nell’interazione*” (Harrè, 1986, 1990; Harrè & Van Langenhove, 1999; Harrè et al., 2009) e sono state denominate da Hollway (1984) e Harrè (1986, 1990, 2009) col termine *positioning*.

Secondo gli autori citati, le persone utilizzano le pratiche discorsive per presentare se stesse e gli altri, per sostenere determinati ruoli e per denotare la loro appartenenza a un gruppo sociale: il *positioning* è infatti un processo interattivo emergente nella conversazione in cui vengono definite e negoziate quali siano le posizioni rilevanti, quelle legittime o inaccettabili. Posizionare se stessi implica posizionare anche gli altri partecipanti alla conversazione sulla base di ciò che viene detto o agito e, allo stesso modo, si è posizionati in base a quello che l’altro verbalizza ed agisce. Il *positioning* rappresenta una pratica discorsiva situata, connessa al contesto e, quindi, alla sequenza degli scambi conversazionali. Ogni azione di posizionamento è consequenziale, nel senso che funge da fondamento per le conversazioni successive e concorre a costruire aspettative riguardo alle azioni e agli impegni assunti dal partner nelle azioni successive. Può inoltre coinvolgere differenti aspetti dell’identità, non essendo ristretto a una specifica classe di azioni linguisticamente definita; l’atto del *positioning* è sempre indessicale (Lucius-Hoene & Deppermann, 2006)

2.2.2 Polarità semantiche e positioning

L’orientamento costruzionista, entro cui si colloca la teoria delle polarità semantiche, sostiene che gli schemi e le rappresentazioni mentali, i sentimenti e le emozioni, gli scopi e le intenzioni, si strutturano e si mantengono nell’interazione sociale (Ugazio 1998). In questo senso le polarità semantiche sono parte costitutiva dei processi conversazionali nei quali i soggetti sono continuamente inseriti. L’identità di ciascun individuo può essere pertanto concepita come una posizione assunta e co-costruita insieme agli altri partner all’interno della conversazione (Harré, 1986; Hollway 1994; Bamberg 1997, 1999; Harré & van Lagenhove 1999; Ugazio 1998a; Wortham 2000; Lucius-Hoene & Dapperman 2000, 2004, 2006; Hermans 2001).

Ma questa pratica, sostiene Ugazio (1998) non è semanticamente vuota: gli individui mentre si posizionano costruiscono delle dimensioni di significato. Una persona potrà sentirsi e definirsi con gli altri come “piena di energia, propositiva” soltanto se vicino a lei, ora o in passato, c’è stato qualcuno “passivo, demotivato, privo di iniziativa”. Se non avesse un partner conversazionale collocato in una posizione opposta, o costruito

come tale, l'individuo non potrebbe percepirsi come pieno di energia, anche se i comportamenti fossero gli stessi, perché si darebbe rilevanza ad altri aspetti del comportamento.

«*Il positioning non avviene entro significati totalmente imprevedibili. Al contrario, questo processo si dispiega dentro un repertorio di significati predefinito anche se flessibile e mutevole: i partner conversazionali si posizionano e sono posizionati entro le polarità semantiche che le pratiche discorsive della loro famiglia (e degli altri gruppi con storia di cui sono parte) rendono via via rilevanti. Inoltre ciascun partner conversazionale, posizionandosi e quindi componendosi con gli altri partner rispetto alla trama di polarità semantiche rilevanti nei propri contesti, ancora la propria identità a quella degli altri membri del gruppo*» (Ugazio, 1998, p. 47, corsivo nell'originale). Ciascuna dimensione di significato è una sorta di matrice da cui emergono trame discorsive su se stessi e gli altri.

Ugazio (1998), con il concetto di *positioning* intende il reciproco con-porsi dei partecipanti alla conversazione rispetto alla semantica prevalente nel proprio contesto relazionale: esso è una componente centrale non solo nel processo di costruzione dell'identità, ma anche nell'insorgere della psicopatologia, che è connessa alla particolare posizione assunta dal soggetto all'interno del proprio sistema di relazioni. Come è già stato illustrato (cfr. 1.2) è infatti proprio il particolare *positioning* a mettere la persona in condizione di sperimentare, in rapporto alle dimensioni semantiche critiche del suo contesto, un "circuito riflessivo bizzarro" tra i livelli di contesto coinvolti dalla polarità semantica per lui critica.

2.2.3. I livelli di analisi del positioning

Analizzare la conversazione attraverso il concetto di *positioning* significa quindi identificare le dimensioni semantiche lungo le quali avviene tale posizionamento; inoltre, essendo la conversazione un insieme di processi complessi e ridondanti, il *positioning* può emergere a diversi livelli comunicativi, che secondo Deppermann e Lucius-Hoene (2000, 2006) sono raggruppabili in due macrolivelli:

- posizionamento di sé e degli altri all'interno del racconto (Sé narrato);
- posizionamento di sé e degli altri attraverso l'atto del raccontare nell'interazione con l'interlocutore (Sé narrante).

Tali posizionamenti rappresentano le dimensioni dell'identità narrativa: il primo macrolivello è di ordine descrittivo e si riferisce alla storia raccontata dall'individuo; la seconda, di ordine performativo, si riferisce all'atto del raccontare, considerato un evento interattivo che si realizza attraverso pratiche istituzionali e conversazionali all'interno di un contesto interpersonale. Di conseguenza, nella costruzione dell'identità il parlante ha un compito narrativo e uno performativo.

Lucius-Hoene e Deppermann (2004) hanno condotto un'analisi qualitativa delle interviste autobiografiche, che risultano peraltro assai simili alle conversazioni terapeutiche che caratterizzano le prime sedute di consultazione, all'interno delle quali hanno individuato e descritto quattro livelli di positioning:

1. positioning degli attori all'interno di un episodio raccontato.
2. positioning del proprio sé raccontato, da parte del narrante.
3. positioning del proprio sé e degli altri attori nell'atto del raccontare, da parte del narrante.
4. positioning tra narratore ed ascoltatore.

In una ricerca avente l'obiettivo di identificare dei predittori relativi agli esiti delle terapie rilevabili già in prima seduta, Madill e collaboratori (2005) hanno utilizzato come categorie tre livelli di positioning interazionale:

1. il positioning del cliente tra sé narrato e i partner nel racconto
2. il positioning del sé del cliente
3. il positioning tra cliente e terapeuta.

Tali classificazioni dei livelli di positioning risultano in larga misura sovrapponibili alle polarità semantiche narrate, narranti e interattive identificate da Ugazio nella conversazione terapeutica (Ugazio et al., 2007, 2009) ed illustrate nel primo capitolo di questa tesi.

I primi due *positioning* individuati da Lucius-Hoene e Deppermann (2004) e il primo delineato da Madill e collaboratori (2005) sono di ordine descrittivo. Essi risultano in parte assimilabili alle polarità semantiche narrate (Ugazio et al., 2007, 2009) e riguardano ciò che gli individui verbalizzano piuttosto che ciò che essi agiscono nell'incontro con l'altro. È però a questo livello di *positioning* che le differenze tra i due modelli si amplificano: mentre i primi autori categorizzano i *positioning* impliciti anche per l'analisi della "storia raccontata", Ugazio e collaboratori (2007, 2009) rimangono aderenti al testo, focalizzandosi sulle espressioni lessicali dalle quali emergono le polarità caratteristiche delle configurazioni semantiche individuate.

I restanti livelli di *positioning* hanno una natura performativa e sono generalmente impliciti. L'atto del raccontare costituisce un evento interattivo che realizza dei *positioning* rispetto ad un contesto interpersonale virtuale messo in scena dalle pratiche conversazionali attraverso cui si realizza il racconto. Quando l'individuo racconta qualcosa di sé a un interlocutore non si limita soltanto a posizionare in modo esplicito le persone di cui parla lungo determinate dimensioni semantiche; contemporaneamente attraverso l'azione stessa del raccontare e attraverso il modo in cui la narrazione viene costruita, l'individuo costruisce *positioning* impliciti di sé e degli altri significativi.

Il terzo tipo di *positioning* è espressamente interattivo e riguarda la relazione tra narrante e ascoltatore. Infatti durante la narrazione il parlante costruisce insieme al suo interlocutore un'interazione nella quale si assiste a un implicito posizionamento di sé e dell'altro partner conversazionale.

Nel caso delle sedute di consultazione psicologica la narrazione avviene in un contesto che presenta regole ed obiettivi espliciti oltre a numerose assunzioni implicite.

Molte delle posizioni assunte dai parlanti dovrebbero quindi essere lette in base a tali regole e alle aspettative che caratterizzano questo contesto. Il *positioning* interattivo viene agito sia dal cliente verso il terapeuta che viceversa, anche se nei primi colloqui il terapeuta si dovrebbe astenere da posizionamenti intenzionali. Al contrario, nel corso della conversazione il cliente sia esplicitamente attraverso domande dirette, richieste e commenti, sia a livello tacito attraverso il canale analogico e i marcatori extranarrativi e metanarrativi, fa assumere al terapeuta differenti *positioning*: un esperto con l'aiuto del quale risolvere il problema, un riferimento al quale appoggiarsi, un giudice dal quale si aspetta una sentenza. Ugazio (2007, 2009) ha definito le dimensioni di significato emergenti da questo tipo di *positioning* polarità semantiche interattive, dalla cui analisi è possibile identificare le dimensioni semantiche salienti per i clienti.

2.2.4 L'analisi del *positioning* nella conversazione: un'esemplificazione

L'analisi del *positioning* nella conversazione è generalmente condotta attraverso esemplificazioni qualitative (Lucius-Hoene, 2000, 2004, 2006; Wortham, 2000; Madill et al., 2005).

Lucius-Hoene e Dapperman (2004) illustrano i livelli di *positioning* attraverso questa esemplificazione, di cui viene di seguito presentato un brano che risulta particolarmente calzante rispetto agli obiettivi di questa tesi.

Il cliente sta raccontando di una visita medica a cui si era sottoposto durante un periodo in cui era a casa dal lavoro per malattia a seguito di un ictus che l'aveva paralizzato alla parte sinistra del corpo.

- | | | |
|----|------------|---|
| 10 | Cliente: | Ecco...bene....lei sa come sono i dottori, no? Ecco, una volta andai dal mio medico... Ero veramente nervoso perché non vedevo miglioramenti....dovevo andare dal dottore per farmi fare l'impegnativa per gli esami di controllo. Ma il bello è che nonostante la mia camminata difficoltosa, il modo di tenere il braccio e la faccia, l'illustre dottore non si era accorto che ero paralizzato!! |
| 11 | Terapeuta: | Non si era accorto? |
| 12 | Cliente: | Ma va! Appena sono entrato, sapendo che non avevo bisogno di una visita perché riceve su appuntamento e quando si chiama al mattino la segretaria chiede se si ha bisogno solo di ricette o certificati... Ecco, lui mi ha chiesto " <i>Vuole restare a casa ancora un po' dal lavoro o dopo certificato medico le faccio anche la ricetta per le pastiglie del mal di testa?</i> " E così stava già prendendo il suo ricettario e vedi che stava prescrivendo pastiglie per il mal di testa e così, no? E così ho detto " <i>Lei non vede che sono semi-paralizzato?</i> " Ecco, solo in quel momento se ne è accorto! |
| 13 | Terapeuta: | Sì sì sì, non l'aveva proprio nemmeno guardato entrare |
| 14 | Cliente: | Allora si è subito scusato, ma io lì sono scoppiato di rabbia proprio! |

Analizzando la conversazione a livello delle *narrating semantic polarities* si possono inferire diverse informazioni. Il cliente posiziona il medico come una persona inetta e poco professionale (non si accorge della paralisi e pensa che il paziente desideri restare ancora a casa dal lavoro). Il medico viene costruito come un personaggio disinteressato e sbrigativo. D'altra parte il cliente rifiuta il *positioning* in cui il medico lo colloca: non è un simulatore né tanto meno uno sprovveduto; attraverso la risposta ("*Lei non vede che sono semi-paralizzato?*") ribalta il *positioning* del medico, collocandolo sul polo "incompetente" lungo la dimensione di significato "esperto-incompetente". Focalizzandosi sul *positioning* interattivo emergente dalla conversazione con l'intervistatore, è importante analizzare il momento in cui il cliente gli rivolge

esplicitamente a domanda: “Lei sa come sono i dottori, no?”: il cliente ricerca la complicità e l’alleanza del terapeuta, posto come figura attenta e disponibile che viene contrapposta a quella del medico. Ovviamente durante la conversazione terapeutica anche il terapeuta assume un *positioning*, mantenendo però un ruolo più marginale. Entrambi gli interlocutori quindi, seppur con ruoli fortemente asimmetrici, si posizionano e si definiscono a livello esplicito ed implicito lungo dimensioni semantiche che emergono nell’interazione.

CAPITOLO TERZO

La ricerca

La ricerca esposta in questo capitolo intende fornire un contributo allo studio del *positioning* interattivo all'interno del contesto psicoterapeutico attraverso l'analisi delle modalità con cui cliente e terapeuta si posizionano reciprocamente nel corso della conversazione. Attualmente, tale ambito di indagine risulta relativamente poco esplorato: esiste infatti un ridotto numero di ricerche che hanno descritto gli aspetti pragmatici dell'interazione in questo particolare contesto (Beyebach, Rodriguez-Morejon, Palenzuela, & Rodriguez-Arias, 1996; Beyebach & Escudero, 1997; Cappella, 1987; Friedlander, Siegel, & Brenock, 1989; Heatherington & Allen, 1984; Lichtenberg & Heck, 1986; Rodriguez-Arias, 2004; Rogers & Bagarozzi, 1983; Rogers & Escudero, 2004; Tracey, 1991; Tracey & Miars, 1986; Watt & VanLear, 1996) e, parallelamente, i contributi che hanno approfondito l'analisi della dimensione semantica risultano ancora meno estesi (Hollway, 1994; Bamberg, 1997, 1999; Harré & Van Langenhove, 1999; Lucius-Hoene & Deppermann, 2000; Ugazio, 1998, 2007).

3.1 Obiettivi

L'obiettivo generale della ricerca è condurre un'analisi qualitativa focalizzata sui *positioning* emergenti dalla conversazione tra cliente e terapeuta.

I *positioning* verranno analizzati allo scopo di identificare la possibile presenza di pattern di interazione prototipici e ricorrenti caratterizzanti sia i clienti con disturbi dello spettro fobico sia quelli che presentano un disturbo alimentare psicogeno.

Un primo livello di analisi si focalizzerà sulla dimensione semantica, che sarà indagata a partire dalle polarità semantiche interattive (Hollway, 1994; Bamberg, 1997, 1999; Harré & Van Langenhove, 1999; Wortham, 2000; Lucius-Hoene & Deppermann, 2000; Ugazio et al., 2009), ovvero dalle opposizioni semantiche evincibili dalle modalità attraverso cui il cliente posiziona se stesso rispetto al terapeuta e viceversa nel corso dell'interazione.

Il secondo livello di indagine riguarderà gli aspetti pragmatici, che verranno analizzati attraverso la dimensione del controllo relazionale emergente dai pattern

transazionali (Bateson, 1972; Ericson & Rogers, 1973; Rogers & Farace, 1975; Rogers, Millar, & Bavelas, 1985; Escudero, Rogers, & Gutierrez, 1997; Watzlawick et al., 1967).

3.2 Ipotesi

Partendo dalle teorizzazioni di Ugazio (1998, 2007, 2009) è possibile formulare alcune ipotesi rispetto ai *positioning* interattivi che potrebbero rivelarsi tipici e ricorrenti in clienti che presentano differenti quadri psicopatologici. Alcune ricerche hanno rilevato che la conversazione con i soggetti fobici e con i soggetti che presentano un disturbo alimentare psicogeno sembra essere dominata, rispettivamente, dalla semantica della libertà e dalla semantica del potere, almeno per quanto concerne il *positioning* evincibile dalle polarità narrate (Ugazio et al., 2007, 2009; Ugazio, Fellin, Negri, & Zanaboni, 2008). Ipotizzo (Ipotesi 1) che anche a partire dall'analisi del *positioning* emergente dalle polarità semantiche interattive possa essere rilevata una prevalenza delle dimensioni di significato caratterizzanti la psicopatologia dei clienti.

Inoltre, dato che gli individui con organizzazione DAP (cfr. 1.3.2) sembrano impegnati in una lotta costante per mantenere il controllo sulla definizione della relazione (Selvini Palazzoli, 1981; Ugazio, 1998) e il confronto competitivo rappresenta la modalità privilegiata per regolare la relazione con l'altro, ipotizzo (Ipotesi 2) che nella conversazione terapeutica tali clienti tendano ad assumere dei *positioning one-up*, predittori della tendenza a costruire transazioni simmetriche (Rodriguez-Arias, 2004), in modo più frequente rispetto ai *positioning one-down*.

Diversamente (cfr. 1.3.1), sembra che nei soggetti con organizzazione fobica la relazione con l'altro venga percepita come una fonte di protezione e rassicurazione da un mondo pericoloso, anche se essa viene costruita in termini di dipendenza e assume per questo una connotazione parzialmente negativa. Nel contesto terapeutico, ipotizzo (Ipotesi 3) che i clienti fobici tendano ad assumere più frequentemente un *positioning one-down* per assicurarsi la vicinanza e la disponibilità dell'altro e mettano in atto in misura minore movimenti *one-up*.

3.3 Metodo

3.3.1 I partecipanti

La ricerca è stata effettuata sulle prime due sedute⁶ videoregistrate e trascritte, di 10 clienti che hanno effettuato un percorso di consultazione psicologica individuale con la Professoressa Valeria Ugazio⁷. Tali sedute appartengono a un archivio di oltre 400 consultazioni e/o psicoterapie individuali condotte dalla stessa terapeuta nell'arco degli ultimi 15 anni. In 4 clienti è stato analizzato anche il pattern di collegamento, ossia il primo contatto avvenuto tra cliente e terapeuta attraverso la telefonata o via mail (ad esempio: chi e come è stato preso il primo contatto? Che tipo di autopresentazione ha fatto il cliente con la terapeuta?).

Il campione è costituito da due gruppi equiripartiti di soggetti che incontrano i criteri per una diagnosi sull'asse I del DSM-IV-TR: il primo presenta un disturbo alimentare psicogeno (DAP), il secondo un disturbo dello spettro fobico. In linea con l'intento esplorativo della ricerca, i casi selezionati sono stati scelti per la loro prototipicità. Come emerge dalla Tabella 4, il gruppo dei soggetti DAP è composto da 4 femmine e 1 maschio (età media 41.4, range 28-58, DS 10.6), mentre il gruppo dei soggetti fobici è composto da 4 maschi e 1 femmina (età media 44, range 24-70, DS 16.5). L'età media del campione è di 42,7 anni (range 24-70, DS 13.3) e tutti i partecipanti hanno grado di istruzione medio-alto (quattro sono laureati, due frequentano l'università e quattro hanno un diploma di scuola superiore).

Tabella 4: Informazioni dei clienti

ID	GENERE	ETÀ	TITOLO DI STUDIO	PROFESSIONE	DIAGNOSI
1	F	32	Diploma	Attrice/ disoccupata	Bulimia
2	M	44	Laurea	Imprenditore	Obesità
3	F	28	Diploma	Impiegata	Bulimia

⁶ Ogni seduta di consultazione terapeutica ha una durata variabile tra i 60 e i 90 minuti.

⁷ Ringrazio Valeria Ugazio per avermi permesso di consultare ed utilizzare questo materiale per la realizzazione della ricerca.

4	F	45	Diploma	Pubblicitaria	Obesità
5	F	58	Laurea	Insegnante	Anoressia
6	F	52	Laurea	Impiegata	Disturbo di panico con Agorafobia
7	M	24	Studente universitario	Commesso	Disturbo di panico con Agorafobia
8	M	70	Diploma	Informatico in pensione	Disturbo di panico con Agorafobia
9	M	45	Laurea	Socio nell'azienda di famiglia	Agorafobia senza Anamnesi di Disturbo di Panico
10	M	29	Studente universitario	Insegnante di tennis	Disturbo di Panico senza Agorafobia

3.3.2 La procedura di codifica

La procedura di codifica si compone di due fasi. Nella prima fase vengono individuati i *positioning* interattivi, mentre nella seconda fase essi sono analizzati ad un doppio livello: gli aspetti semantici sono stati codificati a partire dai significati polari identificati dalla GSF (cfr.1.3), mentre per la codifica degli aspetti pragmatici mi sono avvalsa del RCCCS (cfr. 2.1.3).

Prima Fase. Individuare i *positioning* interattivi.

Il primo passo consiste nell'evidenziare, all'interno di ciascuna seduta, specifiche aree tematiche. Ugazio (Ugazio, comunicazione personale) ha infatti osservato che durante la conversazione terapeutica i *positioning* interattivi sembrano emergere con maggiore frequenza nelle seguenti aree tematiche:

- espliciti riferimenti alla relazione con il terapeuta (i.e. gestione del ritardo alla seduta, complimenti, richieste);
- reazioni alla spiegazione del *setting*
- modalità di gestione della seduta (i.e. tempi e/o argomenti da trattare);

- aspettative nei confronti della terapia;
- riferimento ad altri curanti/psicologi (i.e. commenti, giudizi, pareri);
- accordi per il successivo appuntamento;
- accordi relativi al pagamento;

Per ogni area tematica, vengono individuate le sequenze comunicative nelle quali emergono i *positioning* interattivi.

Seconda Fase. Codifica dei *positioning* interattivi attraverso la GSF e il RCCCS
(cfr. 3.3.2.1 e 3.3.2.2).

3.3.2.1 Procedura di codifica della dimensione semantica

La codifica dei *positioning* interattivi ha riguardato tre dei quattro livelli di contesto individuati dalla *theory of management of meaning* (Cronen, Johnson, et al., 1982; Pearce & Cronen, 1980) come le realtà sociali costruite nella conversazione, ovvero i movimenti relazionali, le emozioni e le definizioni sé/altro, mentre è stata esclusa l'area semantica dei valori (Ugazio et al., 2009).

I *positioning* sono stati distinti in espliciti ed impliciti: i primi si verificano allorché uno o entrambi i partner conversazionali fanno un esplicito riferimento al comportamento dell'altro e/o alla relazione in corso attraverso commenti, metacomunicazioni o domande, mentre nei secondi i significati polari rimangono ad un livello tacito.

Passaggio 1: identificazione dei movimenti relazionali emergenti dall'interazione.

Essi si riferiscono a qualsiasi commento, domanda, comportamento, azione o atteggiamento attraverso i quali emerge un correlato posizionamento di se stessi nei confronti del terapeuta e/o del terapeuta stesso.

Esempio 1

In questo passaggio, il movimento relazionale di denigrare e svalutare l'utilità del colloquio emerge in modo evidente dalla descrizione del lavoro terapeutico come un "*raccontar storielle*"; inoltre sottolineando le analogie tra l'intervento descritto e quello attuale, la cliente definisce implicitamente il colloquio come inutile.

Cliente 1 (sed. 1)
Terapeuta: Poi la mamma torna a casa?

Cliente: La mamma mi accompagna, ha fatto la prima riunione con un tot di persone: ti siedi attorno a un tavolo, ti fanno raccontare la storiella, tale e quale a come stiamo facendo noi adesso. A questa cosa c'era anche mia mamma. Mia mamma ha visto in faccia le persone che ci lavoravano, poi ha preso l'aereo e se n'è andata.

Passaggio 2: individuazione delle definizioni sé-altro correlate al movimento relazionale.

Questa categoria include qualsiasi sostantivo, aggettivo o perifrasi che descriva o caratterizzi sotto qualche aspetto il cliente o il terapeuta e le relazioni che intercorrono tra loro.

Esempio 2

Il cliente esplicita la sua riluttanza all'idea di intraprendere una relazione terapeutica potenzialmente lunga. Il movimento relazionale espresso nell'interazione è definibile come un "prendere le distanze" da un coinvolgimento profondo nella relazione con la terapeuta, che viene implicitamente definita una figura vincolante e costrittiva per il cliente. Implicitamente, il ragazzo si pone all'estremo opposto della dimensione di significato, come libero e insofferente ai vincoli.

Cliente 7 (sed. 1)	
Cliente:	E sapendo di avere sto blocco io di dire: <u>"Ecco, non posso far spendere i soldi ai miei, non posso andare da uno privato che magari mi tiene sei</u>
Terapeuta:	<u>anni chi lo sa."</u>
Cliente:	Mmh (...) E poi benché, un blocco legato, questo un po' meno però, legato al fatto che comunque volevo partire, <u>per cui non mi sentivo di legarmi a uno psicologo qua, se volevo comunque, avevo progetti</u>
Terapeuta:	Ah, certo, che lei in tutto, per tre anni...
Cliente:	Sì, avevo anche.. ma lo cerco su l'aiuto o lo cerco giù, ero anche diviso su sta cosa però meno.. è del fatto economico, di far spendere soldi ai miei
Terapeuta:	Quindi lei al primo grosso disturbo va subito al servizio psichiatrico ne parla con la mamma e va al servizio psichiatrico.. mentre sullo psicologo ha la remora del denaro e poi anche di questo fatto che..

Cliente: Che è una cosa lunga per cui mi fa, mi faceva paura, cioè mi fa ancora paura.

Passaggio 3: individuazione delle emozioni correlate al movimento relazionale.

Questo passaggio risulta maggiormente inferenziale poiché le emozioni hanno una natura prevalentemente implicita; nei rari casi in cui vengono esplicitate esse sono indicate da qualsiasi sostantivo, aggettivo, verbo o perifrasi che descriva un'esperienza emotiva e/o una percezione fisica che abbia implicazioni sull'identità.

Esempio 3

Il cliente esplicita la sensazione di sentirsi giudicato dall'équipe. La terapeuta viene posta come esperta giudicante dalla quale pensa di ricevere “una sentenza” rispetto alla sua condizione. Emerge implicitamente l'emozione della vergogna e il timore di sfigurare.

Cliente 2 (sed. 2)	
Terapeuta:	Quindi il suo non aver l'obiettivo chiaro è che lei è in un momento mobile anche?
Cliente:	No, intendevo un'altra cosa... scusi la dico in maniera esagerata per farmi comprendere.. <u>Io mi sento evidentemente giudicato da lei se io sono una persona sana o una persona che può essere ancora più sana o sono una persona che ha bisogno di essere effettivamente aiutata e curata per poter migliorare</u>
Terapeuta:	Sì poi lì c'è tutto questo problema che lei ha del giudizio, dobbiamo anche parlare della telecamera, se la vuole, se non la vuole, ad esempio se non vuole il collega dietro lo specchio. (...)
Cliente:	No, non avrei timore di parlare delle cose di cui abbiamo parlato di fronte a cento persone.
Terapeuta:	No, lo so. Non è una questione di timore però se lei ha l'idea del giudizio è una cosa, dobbiamo/
Cliente:	<u>No, l'ho detto in maniera neutra, evidentemente c'è il suo giudizio e non le sto chiedendo qual è il suo giudizio, le sto solo dicendo: vorrei che sia lei a giudicare se c'è qualcosa su cui lavorare.</u>

Passaggio 4: rideclinare i contenuti semantici lungo i quali cliente e terapeuta hanno effettuato il *positioning* interattivo in base alla polarità di appartenenza. In questo passaggio vengono individuati i poli della dimensione di significato emergente nell'interazione.

Esempio 4

Nell'esempio seguente, la cliente riferisce timidamente alla terapeuta di aver riflettuto sulla presenza dei colleghi dietro lo specchio.

Cliente 6 (sed. 2)	
Cliente:	Perché cioè dico.. se giustamente le serve per aiutare così meglio e avere una più corretta visione l'idea che qualcun altro segua oltre che lei
Terapeuta:	La mette un po' in ansia
Cliente:	<u>Sì un pochino, magari dentro di me penso direi qualcosa in più invece magari uno è tentato di dire qualcosa in meno</u>

Il questo caso “direi qualcosa in più” si oppone a “dire qualcosa in meno”. “Dire di più” può essere rideclinato in “aprirsi all'altro”, mentre “dire di meno” può essere ridefinito in “chiudersi all'altro”. La signora assume quindi un *positioning* timoroso e diffidente rispetto al setting.

Passaggio 5: codificare le semantiche. Le polarità semantiche interattive vengono codificate a partire dai significati polari individuati dalla GSF (cfr. 1.3); nel caso una polarità non fosse riconducibile a una delle quattro dimensioni di significato o vi fosse incertezza nella sua classificazione, esse deve essere codificata come appartenente alla categoria residuale “altre semantiche”.

Esempio 5

Nel seguente scambio, la terapeuta rassicura il cliente e ridimensiona le proporzioni del suo disagio, rifiutando il *positioning* di malato grave entro cui egli si è finora collocato:

Cliente 10 (sed. 2)	
543 Terapeuta:	Eh, la sua emotività l'ha sempre superata e adesso, invece, è un momento che non riesce
544 Cliente:	mi sta..distruggendo.. piano piano..
545 Terapeuta:	Bè, adesso non esageriamo, eh, è un momento difficile chiamiamolo

		così..
546	Cliente:	per me, di.
547	Terapeuta:	Sì, lei lo vede anche..
548	Cliente:	<u>Io lo vedo perché...vedo solo me, non vedo altre persone, quindi per me una cosa, enorme, magari per lei</u>
549	Terapeuta:	<u>Sì, lo relativizzo perché sono.. tre mesi e non è che le sta impedendo neanche queste</u>
550	Cliente:	<u>Lei vede casi diversi ... magari vede questo e dice che è uno</u>
551	Terapeuta:	<u>Sì, non, non è una caso grave.</u>
552	Cliente:	<u>Io conosco solo il mio caso (ride)</u>

Il cliente assume un *positioning* da neofita contrapponendosi alla terapeuta, posta come una professionista esperta alla quale affidarsi per ricevere una rassicurazione rispetto al proprio malessere. La polarità “neofita-esperto” afferisce alla categoria residuale “Altre semantiche”.

3.3.2.2 Procedura di codifica della dimensione pragmatica

Gli aspetti pragmatici sono stati esplorati attraverso l'analisi della dimensione del controllo relazionale (cfr.2.1.1): i processi interattivi entro i quali i tentativi di influenzare l'altro sono esercitati, accettati e contrastati sono stati codificati seguendo le procedure illustrate nel RCCCS (Ericson & Rogers, 1973; Escudero, Rogers, & Gutierrez, 1997; Rogers & Farace, 1975; Rogers, Millar, & Bavelas, 1985). Ho deciso di utilizzare tale sistema di codifica perché presenta il vantaggio di fornire una descrizione sia della tipologia del singolo messaggio emesso dal parlante, sia del tipo di transazione costruito nell'interazione. Una variazione nella metodologia da me utilizzata in questa ricerca riguarda la scelta di non analizzare la totalità degli scambi interattivi come invece è stato fatto in precedenti indagini (cfr.2.1.4). Tale decisione è giustificata dalle peculiari caratteristiche del *setting* terapeutico (Gnisci & Baker, 2000) nel quale l'asimmetria dei ruoli definita e (generalmente) condivisa a priori dai parlanti identifica infatti il terapeuta come il conduttore della conversazione. Egli orienta la scelta, l'approfondimento e il cambiamento degli argomenti da trattare e pone più frequentemente domande rispetto a quanto faccia il cliente. Mi è sembrato quindi maggiormente informativo restringere l'analisi degli aspetti pragmatici alle sequenze comunicative in cui il cliente assume un *positioning* svincolato dalle regole implicite del

setting, nelle quali la definizione della relazione può divenire oggetto di negoziazione tra i parlanti. Mi sono pertanto focalizzata sulle sequenze conversazionali nelle quali è emerso un *positioning* interattivo. L'unità di analisi è costituita dal turno di parola (messaggio) che viene codificato attraverso tre categorie: parlante, format e funzione relazionale.

Passaggio 1: identificare il parlante.

Nel nostro caso, avendo analizzato sedute di consultazione individuali, i soggetti coinvolti nella conversazione sono il cliente e il terapeuta.

Passaggio 2: identificare il Format del messaggio emesso dal parlante (vedi Tabella 5).

Il Format riguarda la dimensione formale, ossia la forma grammaticale che il parlante utilizza per costruire il messaggio.

Tabella 5. Breve descrizione della categoria "Format".

Definizione	Descrizione
Assertione	Qualsiasi frase completa espressa in forma dichiarativa o imperativa
Domanda	Qualsiasi messaggio che assume una forma interrogativa
Interruzione/sovrapposizione	Qualsiasi interruzione o intervento verbale fatto mentre l'altra persona sta parlando. Le interruzioni possono essere codificate come Riuscite vs Fallite in relazione al fatto che il primo parlante ceda o meno la parola all'altro
Non completa	Qualsiasi frase iniziata ma non completata
Altro	Messaggi non classificabili o indistinguibili anche dal punto di vista grammaticale

Passaggio 3: identificare la Funzione relazionale del messaggio (Tabella 6).

Questa categoria analizza la funzione relazionale contestualmente strutturata che il messaggio assume rispetto a quello precedente nel flusso dell'interazione.

Tabella 6. Breve descrizione della categoria "Funzione relazionale del messaggio".

Definizione	Descrizione
Supporto	Messaggio che cerca od offre un accordo, accettazione, assistenza o approvazione
Non supporto	Messaggio che implica disaccordo, rifiuto, resistenza o sfida
Estensione	Messaggio che continua il tema/argomento del precedente messaggio, finalizzato ad approfondire il contenuto della conversazione
Risposta	Messaggio che è una risposta definitiva non negoziabile a una domanda

	che è stata fatta
Istruzione	Qualsiasi messaggio regolativo qualificato come suggerimento che coinvolge chiarificazioni, giustificazioni o spiegazioni
Ordine	Messaggio strutturato come comando senza o con poche spiegazioni, solitamente formulato in forma imperativa
Disconferma	Messaggio che ignora o bypassa la richiesta, esplicita o implicita, del precedente messaggio
Cambio di argomento	Messaggio che ha poca continuità con il precedente
Auto-istruzione	Messaggio autoriflessivo che concerne cosa e/o come il parlante dovrebbe sentirsi
Altro	Qualsiasi messaggio che ha un'implicazione di risposta non chiara e non classificabile

Esempio 6. Codifica delle categorie “Format” e “Funzione relazionale” del messaggio

La terapeuta si avvia alla chiusura della seduta e la cliente cerca una conferma rispetto alla chiarezza con cui ha esposto i suoi problemi.

Cliente 6 (sed. 2)		
	Format	Funzione relazionale
<i>Terapeuta: Io direi per oggi mi sono fatta un'idea</i>	<i>Asserzione</i>	<i>Cambio argomento</i>
<i>Cliente: Lei dice che sono stata abbastanza chiara? Mi dispiace</i>	<i>Domanda</i>	<i>Estensione</i>
<i>Terapeuta: Sì ha detto un sacco di cose</i>	<i>Asserzione</i>	<i>Supporto</i>
<i>Cliente: Anche con i pianti, (sorride contenta)</i>	<i>Asserzione</i>	<i>Estensione</i>
<i>Terapeuta: Ci vediamo ancora una volta per fare il punto</i>	<i>Asserzione</i>	<i>Istruzione</i>
<i>Cliente: Certo, certo</i>	<i>Asserzione</i>	<i>Supporto</i>

Esempio 7. Codifica delle categorie “Format” e “Funzione relazionale” del messaggio

Al termine della prima seduta, la terapeuta sottolinea l'importanza di valutare con la cliente se il percorso psicologico sia in grado di rispondere alle sue esigenze.

Cliente 3 (sed. 1)			
		Format	Funzione relazionale
Terapeuta:	<i>Bisogna un po' capire che cosa vuole se siamo in grado anche di darle quello che vuole/</i>	Asserzione	Estensione
Cliente:	oppure mi dica cosa posso fare per...	Interruzione	Ordine
Terapeuta:	<i>appunto bisogna capire un attimo la situazione, perché è inutile fare la centesima terapia</i>	Asserzione	Non supporto
Cliente:	e sì chiaro, mmh	Asserzione	Supporto

Passaggio 4: individuare la tipologia del controllo relazionale emergente dal messaggio (Tabella 7).

Dopo aver codificato il “Format” e la “Funzione relazionale” del messaggio si procede ad assegnare a ciascuna delle possibili combinazioni tra le due categorie (i.e. asserzione-supporto, domanda-estensione) la tipologia del controllo relazionale espressa. La tabella 7 indica le 50 possibili combinazioni Format-Funzione relazionale identificate dal RCCCS e le direzioni del controllo relazionale ad esse associate.

Il tentativo di rivendicare la definizione della relazione e di guadagnare il controllo rappresenta un movimento *one-up* (↑); il messaggio può esitare in un'interruzione o in una sovrapposizione dell'altro. Un movimento che rinuncia al controllo, che esprime accettazione o approvazione della definizione della relazione proposta dall'interlocutore indica invece un movimento *one-down* (↓). Infine i movimenti neutrali rispetto al tentativo di guadagnare il controllo, non limitanti nè restrittivi, si riferiscono a manovre *one-across* (→).

L'identificazione della tipologia del singolo messaggio emesso dal parlante permette di costruire un indice individuale del controllo relazionale (cfr. par. 2.1.3).

Tabella 7. Assegnazione della direzione del controllo relazionale a partire dalla combinazione delle categorie "Format" e "Funzione Relazionale" del messaggio.

Format	Modalità di risposta									
	Supporto	Non supporto	Estensione	Risposta	Istruzione	Ordine	Disconferma	Cambio argomento	Auto istruzione	Altro
Asserzione	↓	↑	→	↑	↑	↑	↑	↑	→	→
Domanda	↓	↑	↓	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↓
Interruzione riuscita	↓	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Interruzione fallita	↓	↑	→	↑	↑	↑	↑	↑	→	→
Incompleta	↓	↑	→	↑	↑	↑	↑	↑	→	→
Altro	↓	↑	→	↑	↑	↑	↑	↑	→	→

Esempio 8. Movimento one-up effettuato nel contesto terapeutico.

La cliente nei primi minuti della seduta pone numerose domande alla terapeuta rispetto alla all'approccio e alla metodologia di lavoro. Nel seguente passaggio la cliente mette in atto il movimento *one-up* più intenso, ossia l'interruzione dell'interlocutore.

Cliente 1 (sed. 1)			
	Format	Funzione relazionale	Direzione messaggio
<i>Terapeuta: Perché questo è il problema grosso: nel senso che facciamo cose diverse a seconda del tipo di/</i> <i>Cliente: Allora, faccia delle domande a me, poi io, semmai, le rifaccio altre domande a lei.</i>	Asserzione Interruzione	Estensione Ordine	One-across One-up

Esempio 9. Movimento one-down effettuato nel contesto terapeutico.

La cliente appena entra nella stanza si scusa con la terapeuta per il ritardo; durante l'interazione la signora accetta e segue senza remore le richieste della terapeuta.

Cliente 6 (sed. 1)			
	Format	Funzione relazionale	Direzione messaggio
Terapeuta: <i>Eccoci qua</i>	<i>Altro</i>	<i>Altro</i>	<i>One-across</i>
Cliente: <i>Buongiorno, mi dispiace che ho fatto tardi..</i>	<i>Asserzione</i>	<i>Supporto</i>	<i>One-down</i>
Terapeuta: <i>[si sposta di sedia per dare le spalle alla telecamera] Le dispiace accomodarsi qua che sono abituata eh eh</i>	<i>Domanda</i>	<i>Disconferma</i>	<i>One-up</i>
Cliente: <i>No assolutamente, mi dispiace che sono arrivata anche 5 minuti in ritardo.. mamma mia.. sono contenta che ci siamo riuscite a</i>	<i>Incompleta</i>	<i>Supporto</i>	<i>One-down</i>
Terapeuta: <i>A conoscere</i>	<i>Altro</i>	<i>Supporto</i>	<i>One-down</i>
Cliente: <i>Mamma mia sì</i>	<i>Asserzione</i>	<i>Supporto</i>	<i>One-down</i>

Esempio 10. Movimento one-across effettuato nel contesto terapeutico.

Al termine della seduta, la terapeuta lascia i suoi recapiti telefonici per la conferma del successivo appuntamento e la cliente fa subito notare che la sua interlocutrice non è stata reperibile agli orari indicati. La terapeuta retroagisce un movimento neutrale all'accusa mossa dalla signora.

Cliente 5 (sed. 1)			
	Format	Funzione relazionale	Direzione messaggio
Terapeuta: <i>Esatto. Con quell'altro parla direttamente con</i>	<i>Asserzione</i>	<i>Estensione</i>	<i>One-across</i>

<i>me, però lo tengo aperto, perché poi son sempre in seduta, alla mattina presto deve chiamarmi</i> Cliente: Infatti io ho provato, però quel giorno che l'avevo chiamata lei l'aveva chiuso! Terapeuta: Boh, può darsi. Qualche volta, perché, se sono in macchina...o se sono per strada lo chiudo	Asserzione Asserzione	Non supporto Estensione	One-up One-across
--	-------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------

Passaggio 5: individuare le caratteristiche della sequenza interattiva e codificare il tipo di transazione (vedi Tabella 8).

Attraverso la combinazione della tipologia del controllo relazionale espresso da messaggi contigui, sono state create tre categorie per definire l'interazione.

Nelle transazioni complementari la definizione della relazione proposta da un soggetto è accettata dall'altro e i due messaggi hanno direzioni opposte ($\downarrow\rightarrow$; oppure $\uparrow\downarrow$); l'interazione simmetrica è osservata quando i parlanti scambiano messaggi in cui la direzione del controllo è la stessa ($\uparrow\uparrow$; oppure $\downarrow\downarrow$). Nelle transazioni transitorie infine, uno dei due soggetti esprime messaggi neutrali rispetto al tema del controllo, minimamente restrittivi ($\downarrow\rightarrow$ oppure $\rightarrow\uparrow$). A partire dalla tipologia di transazione è possibile costruire un indice diadico dell'interazione. La tabella 8 mostra le nove tipologie dei pattern transazionali identificate dal RCCCS.

Tabella 8. Tipologie di transazioni

Direzione del controllo del Messaggio iniziale-antecedente	Direzione del controllo del Messaggio conseguente		
	One-up	One-down	One-across
One-up	Simmetria competitiva	Complementarietà	Transizione

One-down	Complementarietà	Simmetria verso il basso	Transizione
One-across	Transizione	Transizione	Simmetria di neutralizzazione

Esempio 11. Transazione complementare

Dopo la compilazione dei moduli privacy, il cliente ha iniziato a parlare in maniera approfondita della sua professione; la terapeuta dopo averlo ascoltato per alcuni minuti, assume un comportamento assertivo e decide di esplorare un'altra area. Al movimento *one-up*, il signore retroagisce un positioning *one-down* e costruisce una transazione complementare.

Cliente 8 (sed. 1)					
		Format	Funzione relazionale	Direzione messaggio	Tipologia transazione
Cliente:	Un continuo studiare, un'evoluzione continua, un cambiare macchina da elettronica a... cioè prima era manuale, meccanica, più che, meccanica (T:certo), adesso l'elettronica è talmente avanzata	Asserzione	Estensione	→	
Terapeuta:	Di meccanico non c'è più niente	Asserzione	Supporto	↓	→↓
Cliente:	No, nemmeno la lettura del disco, prima c'era la puntina che strusciava sul disco,	Asserzione	Estensione	→	↓→

adesso non la tocca nemmeno la punta, no, la sente in maniera, guardi quei cd, quei cd sono un'invenzione, guardi glielo dico io Terapeuta: <i>Stia a sentire, prima di entrare</i> Cliente: No, no, basta, basta, basta non dico più niente	Asserzione Asserzione	Cambio argomento Supporto	↑ ↓	→↑ ↑↓
--	-------------------------------------	---	-------------------	---------------------

Esempio 12. Transazione simmetrica

Quando la terapeuta ridefinisce i motivi che hanno portato alla rottura della relazione della cliente, quest'ultima interrompe l'interlocutrice per prendere la parola, ma la terapeuta esplicita l'importanza di dover concludere il concetto.

Cliente 1 (sed.1)				
	Format	Funzione relazionale	Direzione messaggio	Tipologia transazione
<i>Terapeuta:</i> Ecco: tutto nasce prima. Lei va lì per cura tutto sommato, poi lì recupera anche un certo benessere. Non è un caso che una delle ragioni per cui fallisce anche questo rapporto è che lei non sa bene se può rimanere negli stati Uniti o no. eh, perché lei adesso lo	asserzione	estensione	→	

	racconta tutto in un certo modo, però se andiamo a vedere alla crisi, alle ragioni di crisi del rapporto/				
Cliente:	La ragione di crisi, una importante era il fatto che/	asserzione	interruzione	↑	→↑
Terapeuta:	Eh, una importante, lei mi perdoni, lei è lì a mezzo servizio	asserzione	interruzione	↑	↑↑

Questo scambio rappresenta uno dei pochi episodi in cui la terapeuta retroagisce un movimento *one-up* per riprendere il turno di parola e rendere inefficace l'interruzione fatta dalla cliente.

Esempio 13. Transazione transitoria

Nel corso della prima seduta il cliente si sovrappone in diverse occasioni alla terapeuta; nel seguente passaggio egli non le lascia concludere la frase e la interrompe esibendo forti movimenti *one-up* ai quali la terapeuta risponde con una manovra *one-across*, che le permette di evitare l'*escalation* simmetrica.

Cliente 2 (sed. 1)				
	Format	Funzione relazionale	Direzione messaggio	Tipologia transazione
Terapeuta: <i>(stanno parlando del fatto che il cliente ha detto alla moglie della consultazione) cioè rispetto a questo/</i>	asserzione	altro	→	

Cliente:	A un certo punto smetto perché sentivo che non ascoltava, il mio atteggiamento.. emh mi scusi l'ho interrotta	interruzione	estensione	↑	→↑
Terapeuta:	Cioè l'atteggiamento era quello di dirle tutto, adesso lei dice lo dicevo perché volevo fare, eh non perché ne avessi voglia ma perché me l'ero imposto	asserzione	estensione	→	↑→
Cliente:	Me l'ero imposto (...)	asserzione	altro	→	→→
Terapeuta:	Sì, dice "io ho fatto tutto quello che si poteva fare"	asserzione	estensione	→	→→
Cliente:	Io sono fatto così (...)	asserzione	supporto	↓	→↓
Terapeuta:	No, no io ti ho dato tutti gli elementi/	asserzione	altro	→	↓→
Cliente:	Sì esatto (T: eh in questo/) ti dico il canale è sempre aperto, perché io istintivamente gliene posso dare tutti quelli che lei vuole o scoprirne io stesso altri da	asserzione	interruzione	↑	→↑

darle..	comunque				
scusi.					

3.4. *Presentazione e discussione dei risultati*

Nel campione sono stati identificati 351 *positioning* interattivi; nel gruppo 1, composto da clienti con disturbi alimentari psicogeni, sono stati rilevati 186 *positioning*, di cui 6 emersi dal pattern di collegamento e 180 dalla conversazione terapeutica. Ogni cliente ha effettuato mediamente 20 *positioning* in ciascuna seduta. Nel gruppo 2, composto dai clienti con disturbi dello spettro fobico, dei 165 *positioning* identificati, 7 sono stati rilevati nel pattern di collegamento e 158 sono emersi dalle sedute. Sono stati identificati mediamente 17,5 *positioning* per seduta.

Sui dati raccolti è stata condotta un'analisi delle frequenze.

Ipotesi 1. A partire dall'analisi del positioning interattivo è possibile rilevare una prevalenza delle dimensioni di significato caratterizzanti la psicopatologia del cliente.

Come mostrato in Tabella 9, nel gruppo composto da clienti con disturbo alimentare psicogeno i *positioning* emergenti dai movimenti relazionali afferiscono per il 60.7% alla semantica del potere e per il 39.3% ad altre dimensioni del significato (sommando i movimenti relazionali appartenenti alla semantica della libertà e alle altre semantiche). Nel Gruppo 2 il 75.1% dei movimenti relazionali afferiscono alla semantica della libertà, mentre nel 24.9% dei casi il *positioning* è stato effettuato lungo altre dimensioni di significato (sommando i movimenti relazionali appartenenti alla semantica del potere e alle altre semantiche).

Tabella 9. Movimenti relazionali espressi dal cliente all'interno dei due gruppi

		Semantiche			Totale
		Potere	Libertà	Altre categorie	
Gruppo		113	3	70	186
DAP	%	60.7%	1.6%	37.7%	100%
Gruppo		9	124	32	165
Fobici	%	5.5%	75.1%	19.4%	100%

Per quanto concerne le definizioni di sé e della terapeuta correlate ai movimenti relazionali (Tabella 10), è importante precisare che in alcune occasioni non è stato possibile codificare il *positioning* a questo livello di contesto in quanto sarebbe risultato troppo inferenziale; tali casi sono stati inclusi nella categoria “Non rilevato”.

I clienti con DAP hanno posizionato se stessi più frequentemente (58.5%) lungo le dimensioni afferenti la semantica del Potere rispetto alla totalità delle altre semantiche (33.4%). Nel Gruppo 2, le definizioni di sé emergenti dall’interazione con la terapeuta afferiscono per il 53.9% dei casi alla semantica della libertà, mentre per il 38.2% il *positioning* è stato effettuato lungo altre semantiche.

Tabella 10. Positioning di sé e della terapeuta effettuati dal cliente

	Positioning di sé effettuato dal cliente					Positioning del terapeuta effettuato dal cliente				
	Potere	Libertà	Altre	Non rilev.	Tot.	Potere	Libertà	Altre	Non rilev.	Tot.
Gruppo 1 DAP	109 58.5%	2 1.1%	60 32.3%	15 8.1%	186 100%	76 40.9%	2 1.1%	73 39.2%	35 18.8%	186 100%
Gruppo 2 Fobici	3 1.8%	89 53.9%	60 36.4%	13 7.9%	165 100%	1 0.6%	47 28.5%	64 38.8%	53 32.1%	165 100%

La definizione della terapeuta emergente dal *positioning* interattivo agito dai clienti del gruppo DAP sembra essere distribuita omogeneamente: nel 40.9% dei casi afferisce alla semantica del potere, nel 40.3% alla sommatoria delle altre dimensioni di significato. I clienti con disturbo dello spettro fobico hanno posizionato la terapeuta all’interno di altre dimensioni del significato (39.4%) in modo più frequente rispetto a quanto abbiano fatto per la semantica della libertà (28.5%).

È possibile osservare che tra i livelli di contesto considerati nell’analisi del *positioning* interattivo quello in cui sembra emergere in maniera più marcata la dimensione di significato caratterizzante la psicopatologia dei clienti riguarda i movimenti relazionali. La netta prevalenza di tali dimensioni di significato rispetto ad altre è probabilmente riconducibile al fatto che le polarità semantiche emergenti dall’interazione diretta con il terapeuta costituiscono una via di accesso privilegiata alla

storia vissuta e alle emozioni del cliente, risultando quindi meno controllabili e influenzabili rispetto ai contenuti della storia raccontata e narrata in seduta.

I risultati presentati evidenziano altresì che il *positioning* assunto dai clienti durante la conversazione viene effettuato preferenzialmente lungo le dimensioni semantiche salienti nell'organizzazione di significato caratterizzante la psicopatologia.

In sintesi, è possibile affermare che nell'interazione con la terapeuta i clienti del campione esaminato hanno assunto più frequentemente un *positioning* all'interno della semantica critica rispetto a quanto abbiano fatto lungo le altre dimensioni del significato, almeno per quanto concerne i movimenti relazionali e la definizione di sé; tali risultati sono peraltro in linea con quelli emersi dall'analisi delle polarità narrate (Castiglioni & Veronese, 2008; Ugazio et al., 2007, 2009).

Ipotesi 2. Nella conversazione terapeutica i clienti che presentano un DAP utilizzano in modo più frequente movimenti one-up come modalità di regolazione della relazione e assumono meno frequentemente un positioning one-down.

Come è illustrato nella tabella 11, i clienti con un disturbo alimentare psicogeno si sono relazionati alla terapeuta utilizzando in maniera preferenziale movimenti *one-up* (41.11%) e *one-across* (39.26%). Essi hanno assunto un *positioning one-down* in un numero ristretto di scambi comunicativi (19.63%). Sotto il profilo qualitativo inoltre, in questo gruppo sono stati rilevati i tentativi di assunzione di controllo relazionale più intensi, quali sovrapporsi al proprio interlocutore, interromperlo e porre domande incalzanti (per un'esemplificazione, cfr. 3.5.1).

Tabella 11. Frequenza delle tipologie di controllo relazionale agite dai clienti con DAP.

Gruppo DAP	Direzione del messaggio			
	One-up	One-down	One-across	Totale
	193 41.11%	92 19.63%	185 39.26%	470 100%

Infine, in accordo con i risultati presenti in letteratura (Beyebach et al., 1996; de la Cueva, 1993; De Shazer, 1982, 1991), i soggetti che hanno interrotto prematuramente il percorso terapeutico (caso 1 e caso 3) sono quelli che durante la conversazione hanno utilizzato più frequentemente le modalità di controllo relazionale “porre domande

incalzanti” e “interrompere” che denotano, implicitamente, il rifiuto dell’asimmetria dei ruoli che caratterizza il contesto terapeutico.

Ipotesi 3. Nell’interazione con la terapeuta i clienti fobici assumono più frequentemente un positioning one-down per assicurarsi la vicinanza e la disponibilità dell’altro e mettono in atto in misura minore movimenti one-up.

I dati presentati nella tabella 12 evidenziano che i clienti con disturbo dello spettro fobico hanno assunto preferibilmente un *positioning one-down* nell’interazione con la terapeuta (41.26%) e, parallelamente, i movimenti *one-up* sono risultati in assoluto i meno frequenti.

Rispetto alla costruzione dello scambio comunicativo, la categoria *one-across* sembra costituire una modalità trasversale all’intero campione; essa infatti è utilizzata pressoché omogeneamente in entrambi i gruppi (gruppo 1: 39.26%; gruppo 2: 42.96%) e non sembra connotare in modo specifico nessuno dei due quadri psicopatologici considerati nella ricerca.

Tabella 12. Frequenza delle tipologie di controllo relazionale agite dai clienti con disturbo fobico.

Gruppo	Direzione del messaggio			
	One-up	One-down	One-across	Totale
	62 16,08%	160 41,26%	165 42,66%	387 100.00%

In entrambi i gruppi è stata condotta anche un’analisi delle transazioni (tabella 13). Nel campione analizzato l’interazione tra cliente e terapeuta sembra essere caratterizzata prevalentemente da transazioni transitorie. Nel gruppo con disturbi alimentari psicogeni le transizioni complementari risultano esigue (8.86%) rispetto a quelle simmetriche, mentre nel gruppo con clienti fobici la frequenza di transazioni simmetriche e complementari appare maggiormente omogenea.

La prevalenza di transazioni transitorie nella conversazione terapeutica rilevata nel gruppo DAP nonostante il cliente abbia assunto più frequentemente un *posizione one-up* negli scambi comunicativi (vedi tabella 13) può essere spiegata considerando il fatto che a differenza di quanto avviene nelle interazioni quotidiane, in questo contesto un clinico esperto è generalmente in grado di riconoscere i movimenti *one-up* del cliente ed è capace di evitare l’*escalation* simmetrica.

Tabella 13. Tipologie delle transazioni costruite nell'interazione tra cliente e terapeuta.

	Tipologie di transazione			
	Simmetrica	Complementare	Transitoria	Totale
Gruppo DAP	211 29,96%	63 8,86%	431 61,18%	705 100%
Gruppo FOB	143 20.66%	167 24,14%	383 55,20%	693 100%

Nonostante l'esiguità del campione su cui è stata condotta l'analisi suggerisca di considerare con cautela i risultati presentati, essi sembrano costituire una prima conferma, seppur provvisoria e non generalizzabile, delle ipotesi iniziali di questa ricerca (cfr. Conclusioni).

3.5. Esemplicazioni cliniche

Verranno di seguito illustrate le dimensioni pragmatica e semantica emergenti dalla conversazione terapeutica attraverso una descrizione qualitativa dei segmenti interattivi più caratteristici di ciascun partecipante (Lucius-Hoene & Deppermann, 2000; Rogers & Escudero, 2004).

3.5.1 Gruppo 1: clienti con disturbi alimentari psicogeni

Cliente 1

Riferimenti espliciti o impliciti alla relazione con la terapeuta

La cliente 1 si presenta all'appuntamento con più di un'ora di ritardo: appena entrata nella stanza espone sinteticamente la cronologia dei fatti precedenti la seduta senza scusarsi con la terapeuta per l'accaduto:

Cliente 1 (1° seduta) ⁸		
1	Cliente:	Dovevo prendere il treno alle 8 e non ha suonato la sveglia, abbiamo fatto una corsa, ce l'abbiamo fatta quasi per un pelo, ma non ce l'abbiamo fatta.. e quello dopo era alle 10 quindi.. sono arrivata in ritardo, un po' imprevisto.
2	Terapeuta:	Sì... stia a sentire, due informazioni: questo è uno specchio unidirezionale, questo è un microfono, e se non ha niente in contrario noi registriamo d'abitudine. Ci sono due colleghi che seguono dietro lo specchio; nelle individuali si può concordare (...)

Minimizzando l'episodio la cliente assume un *positioning* di superiorità e implicitamente svaluta il contesto terapeutico; parallelamente, il non scusarsi costituisce un movimento one-up, al quale la terapeuta retroagisce con un movimento neutro, one-across, introducendo la spiegazione del setting.

Le reazioni alla spiegazione del setting

Dopo aver ascoltato, la cliente 1 inizia a porre una serie di domande incalzanti alla terapeuta:

⁸ Questo esempio, come i successivi, è ripreso dalle sedute condotte da Valeria Ugazio e non può essere oggetto di pubblicazione.

Cliente 1 (1° seduta)

- 3 Cliente: Ma i colleghi sono a scopo tecnico, per... per facilitare la registrazione o sono a scopo di consultazione?
- 4 Terapeuta: No, sono a scopo di consultazione
- 5 Cliente: Ah, ah, e mi spieghi un po', questo che funzione ha?
- 6 Terapeuta: sì, cioè, noi lo usiamo d'abitudine, lo si usa di regola per la terapia della famiglia, io faccio anche individuali quindi.. poi lascio lo stesso assembramento (mostra con un gesto le sedie nella stanza)... dunque noi nelle familiari è in qualche misura un po' d'obbligo nel senso che aiutano me. Siccome nelle terapie familiari ci so/
- 7 Cliente: ma lei lo usa per fare vedere alla gente "ah come ha reagito qua" cioè..
- 8 Terapeuta: no, può capitare eccezionalmente per qualche ragione ma direi quasi mai lo facciamo. Capita per qualche ragione che qualche famiglia voglia rivedere o qualche persona voglia rivedere una seduta però/
- 9 Cliente: quindi non è a scopo terapeutico per il cliente, è a scopo, a scopo..
- 10 Terapeuta: Immediato è a scopo mio (approfondisce le motivazioni per cui è utile registrare e avere i colleghi)

La cliente fa numerose domande sul setting: non si accontenta delle prime risposte della terapeuta, fa continue precisazioni per verificare la sua comprensione. Tale modalità relazionale, simile ad un interrogatorio, sembra finalizzata all'assunzione del controllo sulla conversazione. Emerge chiaramente il tentativo da parte della signora di capovolgere i ruoli e porsi a un livello paritario nei confronti della terapeuta, che peraltro le fornisce risposte puntuali e dettagliate. La cliente, oltre a porsi come interlocutrice competente e all'altezza della situazione, fa intensi movimenti one-up interrompendo la terapeuta: come evidenziato dalla letteratura (Beyebach et al., 1996; De Shazer, 1982, 1991; Heatherington & Allen, 1984; Rogers, Courtright, & Millar, 1980)⁹, l'incalzante sequenza di domande e puntualizzazioni poste dal cliente nelle prime sedute è indicatore di transazioni simmetriche, che sono tra i principali predittori di drop-out. La signora sembra confermare questi risultati, dal momento che interromperà prematuramente il percorso di consultazione.

Ai movimenti one-up della cliente, la terapeuta retroagisce movimenti neutrali, one-across, ma ciò non produce nella cliente una diminuzione dei messaggi di

⁹ Cfr. Capitolo 2

prevaricazione. La cliente si pone fin dall'inizio in modo simmetrico nei confronti della terapeuta: è in aperta competizione per la gestione della conversazione.

Cliente 1 (sed 1)

- 12 Terapeuta: ... alcune terapie le faccio con dietro la presenza dei colleghi, altre/
13 Cliente: che restano sconosciuti per tutto il periodo di cura al.. ai soggetti?

La cliente sorridendo, chiede se i colleghi dietro lo specchio rimarranno a lei sconosciuti per tutto il periodo della terapia; implicitamente sta dicendo alla terapeuta di sentirsi sotto osservazione e le chiede di poterli conoscere per mantenere una posizione paritaria. La cliente cerca di mascherare un certo disagio evincibile dal tono di voce; inoltre l'utilizzo del termine "soggetti", più consono ad un contesto sperimentale, fa emergere il disagio per il timore di sfigurare, connesso alla sensazione di sentirsi giudicata.

La cliente dopo l'ennesima spiegazione della terapeuta, le pone ulteriori domande:

Cliente 1 (sed 1)

- 14 Terapeuta: Le sedute vengono registrate con il permesso (...) poi le cancello, mi serve per lavoro nostro, o solo per lavoro mio..
15 Cliente: E quindi mi spiega un attimino il suo metodo di lavoro? Perché da queste che mi sta dicendo, intuisco un metodo di lavoro diverso da quello a cui sono abituata io..
16 Terapeuta: Sì, perché lei ha avuto diverse esperienze terapeutiche,...
17 Cliente: No, ho avuto..
18 Terapeuta: Due
19 Cliente: Sì diciamo due, una importante una un po' più causale.

La cliente continua ad interagire simmetricamente con la terapeuta: si pone implicitamente come esperta e competente, all'altezza di valutare la sua professionalità. La terapeuta viene posta nella posizione di chi deve superare un esame: sarà la signora a giudicare. Con questo atteggiamento inoltre, la cliente sta implicitamente avvertendo la terapeuta che non si trova di fronte a una persona sprovvista: non si affiderà a lei lasciandosi guidare, anzi, condurrà la conversazione decidendo se, e quanto, spazio lasciare alla sua interlocutrice, come si può notare dall'episodio successivo:

Cliente 1 (sed. 1)		
25	Cliente:	Ecco, appunto, quindi mi diceva, qual è il suo approccio, cioè, da che metodologia arriva.. come lavora in linea di massima?
26	Terapeuta:	Cioè a lei cosa interessa?
27	Cliente:	Umh, vorrei capire.. vorrei capire, io non, siccome io non sono un'addetta ai lavori, non ho delle competenze tecniche strette, però vorrei capire da quale tipo di teoria arriva, e qual è il suo approccio terapeutico. Cioè lei..
28	Terapeuta:	Le psicoterapie sistemico-relazionali...
29	Cliente:	Cioè?
30	Terapeuta:	Che si fanno o individuali o familiari. Dal punto di vista.. se lei non è un tecnico mmh è abbastanza complicato (...) l'ipotesi di fondo è che i disturbi di una persona derivino dal sistema di relazioni in cui è inserito (...)
31	Cliente:	Ma poi per esempio ci sono tipi di terapia in cui non so, hai dei compiti oppure ci sono dei tipi di terapia nei quali così.. si presume che parlando di queste cose, acquisendo coscienza di certi meccanismi questo debba portare a dei vantaggi... (...)
36	Terapeuta:	Sì, se è questo appunto, che le interessa, sì non ci sono cose strane
37	Cliente:	No no, volevo capire come voleva

La terapeuta, dopo il continuo incalzare di domande poste dalla cliente, le chiede che cosa le interessi sapere in modo specifico (turno conversazionale 26): la cliente, inizialmente spiazzata, si definisce a livello esplicito come una "*non addetta ai lavori*", ma implicitamente assume un *positioning* assertivo e giudicante nei confronti della terapeuta e del setting. In questo caso la terapeuta si pone come esperto con-ponendosi per differenza dalla cliente (turno conversazionale 30) che viene definita come un "*non tecnico*" e alla quale quindi risulterebbe "*complicato*" dare spiegazioni teoriche sulla modalità terapeutica. La cliente però, nonostante si sia appena definita una "*non addetta ai lavori*" (turno conversazionale 27), si pone in modo estremamente competente e sfoggia le conoscenze acquisite nelle terapie precedenti: implicitamente la signora non accetta la definizione di profana nel momento in cui le viene attribuita dalla terapeuta. In questi passaggi emerge quanto il contenuto della conversazione sia irrilevante rispetto alla lotta per il controllo della definizione della relazione (Watzlawick et al.,

1967): la cliente vuole dimostrare di essere un'interlocutrice all'altezza e competente nel momento in cui la terapeuta la definisce con *"non è un tecnico"* nonostante lei stessa si fosse descritta come *"non addetta ai lavori"* pochi secondi prima: il problema non è essere più o meno esperta in materia, ma chi sancisce questo giudizio.

Con l'intervento successivo terminano i primi dieci minuti della seduta:

Cliente 1 (sed. 1)	
40	Terapeuta: Perchè questo è il problema grosso: nel senso che facciamo cose diverse a seconda del tipo di...
41	Cliente: Allora, faccia delle domande a me, poi io, semmai, le rifaccio altre domande a lei.

Modalità di gestione della seduta

Tra le reazioni della cliente 1 alla spiegazione del setting sono molto frequenti i tentativi di assumere il controllo relazionale attraverso domande e interruzioni: tale dinamica permane lungo tutto l'arco della seduta con modalità differenti. In questo paragrafo verranno presentati alcuni tra i passaggi più significativi.

Nell'episodio seguente, la cliente e la terapeuta concordano sul fatto che a portare la cliente in terapia sia stato il fallimento della sua storia sentimentale

Cliente 1 (sed. 1)	
174	Terapeuta: Ecco: tutto nasce prima. Lei va lì per cura tutto sommato, poi lì recupera anche un certo benessere. Non è un caso che che una delle ragioni per cui fallisce anche questo rapporto è che lei non sa bene se può rimanere negli stati Uniti o no. eh, perché lei adesso lo racconta tutto in un certo modo, però se andiamo a vedere alla crisi, alle ragioni di crisi del rapporto/
175	Cliente: La ragione di crisi, una importante era il fatto che/
176	Terapeuta: Eh, una importante, lei mi perdoni, lei è lì a mezzo servizio

Quando la terapeuta ridefinisce i motivi che hanno portato alla rottura della relazione della cliente, quest'ultima interrompe l'interlocutrice per prendere la parola, ma la terapeuta esplicita l'importanza di dover concludere il concetto. Viene qui esemplificato uno dei pochi episodi in cui la terapeuta, che generalmente risponde con movimenti neutrali ai tentativi di simmetrizzazione fatti dai clienti, retroagisce un movimento one-up per riprendere il turno di parola e rendere inefficace l'interruzione fatta dalla signora.

Nell'esempio successivo, tratto da un passaggio in cui la terapeuta si informa sulle sorelle della signora, è rintracciabile un'altra modalità con cui la cliente tenta di assumere il controllo della conduzione della seduta:

Cliente 1 (sed. 1)	
194	Terapeuta: Ecco, le altre sorelle sono tutte a casa ancora? Perché una è fuori...
195	Cliente: La primogenita ha studiato a Milano (...) non è riuscita neanche a laurearsi, poi ha fatto la scuola di giornalismo e poi è rientrata a Torino dove, dopo una via crucis che le risparmio, è stata assunta come giornalista..

La cliente non vuole raccontare l'iter lavorativo della sorella, ponendosi come competente e superiore alla terapeuta, tanto da poter decidere di quali argomenti e aneddoti sia più o meno utile riportare in seduta.

Nella fase finale del colloquio la cliente assume la modalità relazionale che ha caratterizzato i primi minuti dell'incontro allo scopo di mantenere una posizione one-up rispetto alla terapeuta, come si evince dall'episodio seguente. La terapeuta sta parlando della possibilità di coinvolgere i familiari della cliente:

Cliente 1 (sed. 1)	
254	Terapeuta: ...se dovessimo fare un lavoro insieme, almeno fare una consultazione con loro, mettiamo di tre incontri
255	Cliente: Posso fare una domanda?
256	Terapeuta: Sì
257	Cliente: La differenza è che..se si fa terapia familiare, il goal è che ogni persona che viene sviscera delle cose e trae dei vantaggi, sennò sono delle specie di..di...se, invece, loro arrivano in forma consultatoria, praticamente loro vengono qua, per dare delle informazioni che sono necessarie per poter avere l'utile rapporto terapeutico con me, quindi loro non si mettono in gioco?
258	Terapeuta: Non più che tanto (...) avere qualche incontro mi mette in una situazione di capire qualcosa in più
261	Cliente: Lo so, forse la devo richiamare perché io ho delle domande su... cos'è la terapia familiare e cosa sarebbe, invece, queste consultazioni.

La cliente costruisce una transazione simmetrica ponendosi one-up rispetto alla terapeuta, mostrandosi all'altezza di controbattere con domande e precisazioni alla spiegazione dell'esperta. Implicitamente la cliente si pone come assertiva e competente (domande approfondite inerenti le differenze tra i format di seduta), opponendosi alla terapeuta. Ancora:

Cliente 1 (sed. 1)	
263	Cliente: in cui tutti sono nella stanza insieme, oppure lei si incontra anche con le persone separatamente?
264	Terapeuta: tutti nella stanza insieme (...)
265	Cliente: L'idea mi raccapriccia (piange)
266	Terapeuta: io la vedo come una cosa che, quantomeno, perché...rifare tutte queste individuali, cioè, bisogna stare attenti. Lei, bene o male, ha già avuto un'esperienza e non è che poi l'ha portata meglio, al momento, poi non ha risolto i suoi problemi definitivamente, e neanche le sue sorelle, perchè la situazione è abbastanza affine.

La cliente continua implicitamente ad opporsi alla proposta di avere i suoi familiari in terapia. Attraverso il pianto, si pone come sofferente e incompresa dalla terapeuta, che viene implicitamente definita come insensibile e poco attenta ai sentimenti della cliente. La terapeuta ribadisce l'indicazione terapeutica, coerente col suo ruolo professionale di esperta.

Riferimento ad altri curanti/psicologi

La cliente sta parlando della sua prima esperienza terapeutica all'estero:

Cliente 1 (sed. 1)	
84	Terapeuta: Poi la mamma torna a casa?
85	Cliente: La mamma mi accompagna, ha fatto la prima riunione con un tot di persone: ti siedi attorno a un tavolo, ti fanno raccontare la storiella, tale e quale a come stiamo facendo noi adesso. A questa cosa c'era anche mia mamma. Mia mamma ha visto in faccia le persone che ci lavoravano, poi ha preso l'aereo e se n'è andata.

Dalla riproduzione video è chiaramente percepibile il tono di voce svalutante con cui la cliente minimizza la serietà e l'efficacia dell'intervento degli psicologi, definendo implicitamente la terapia come inutile: la signora infatti sottolinea analogie tra l'intervento descritto e quello attuale. L'abbassare e lo svalutare l'utilità del colloquio

emerge in modo evidente dalla descrizione del lavoro terapeutico come un raccontar “*storielle*”. Inoltre la signora, affermando di raccontare a tutti le stesse cose, si pone implicitamente come poco autentica, stereotipata.

Un secondo aspetto interessante è osservabile nelle modalità attraverso cui la cliente sottolinea la chiarezza e la trasparenza delle procedure statunitensi (in cui l’equipe si è presentata prima di iniziare il lavoro) opponendole implicitamente alle modalità della terapeuta (che invece non ha presentato i colleghi dietro lo specchio). Ritorna il tema del giudizio e, soprattutto, il disappunto per non avere il controllo sulla situazione.

Successivamente, la cliente, parlando di uno psichiatra a cui si era rivolta, afferma:

Cliente 1 (sed. 1)		
243	Cliente:	Ho avuto il suo nominativo da uno che ero andata a vedere per farmi prescrivere degli antidepressivi perché non riuscivo più ad alzarmi dal letto, che poi non hanno funzionato perché mi davano mal di testa e li ho mollati lì..

La terapia farmacologica viene svalutata e lo psichiatra è ritenuto inefficace e incompetente.

Un’altra dinamica che emerge frequentemente è l’oscillazione tra gli interventi con cui la cliente vanta ed elogia la professionalità della terapeuta e quelli in cui invece la umilia e la abbassa: come visto in precedenza, al turno conversazionale 85, la cliente svaluta implicitamente la terapeuta sottolineando la differenza tra la sua metodologia e quella dei clinici statunitensi, nei quali ha fiducia. Inoltre:

Cliente 1 (sed. 1)		
51	Cliente:	per andare alla XXX di cui le parlavo, dove sono stata curata per Eating Disorders, poi il mio come verrebbe classificato adesso, non so (...)
73	Cliente:	Mi sono detta “ <i>se c’è qualcuno che sa di queste cose sono loro, tra tutto quello che siamo riuscite a raccattare, in Italia c’era ben poco</i> ”.

La cliente riferisce di essere andata in USA perché in quegli anni in Italia non c’erano persone che si occupavano di disturbi alimentari: elogiando gli esperti americani come i migliori curanti, si mostra implicitamente svalutante nei confronti della terapeuta, che in quegli anni già esercitava.

In altri passaggi della conversazione la cliente riabilita la posizione della terapeuta ponendola all'altezza della pratica clinica statunitense:

Cliente 1 (sed. 1)		
115	Cliente:	mi sembra che lei sia famigliare con la realtà universitaria degli Stati Uniti

Gli elogi alla terapeuta proseguono, perché la cliente ritiene sia stata in grado di identificare una tematica importante nell'economia della propria dinamica familiare:

Cliente 1 (sed. 1)		
191	Cliente:	..e lei qui sta trovando un'altra delle pietre miliari della storia della mia famiglia.

La terapeuta, in questo caso, viene posizionata sul polo competente, vincente.

Anche la cliente assume esplicitamente un *positioning* di eccellenza nell'ambito della recitazione, settore disciplinare estraneo alla terapeuta:

Cliente 1 (sed. 1)		
125	Cliente:	Ehm adesso uso un linguaggio che è "nostro", il tuo strumento è il tuo essere fisico, la corporeità...

La cliente specifica che utilizzerà un linguaggio tecnico, da esperta, dalla quale la terapeuta è esclusa (linguaggio "nostro") per cui potrebbe non comprenderlo: all'inizio della seduta le posizioni erano invertite e, aspetto ancora più importante, era stata proprio la terapeuta a confermare il *positioning* perdente della cliente ("non è un tecnico", turno conversazionale 30). In questo passaggio la cliente ha quindi sancito la propria superiorità in tema di *expertise* rispetto alla terapeuta in un altro settore disciplinare.

La gestione del prossimo appuntamento

Cliente 1 (sed. 1)		
275	Cliente:	Senta una cosa, io la butto lì, so già come mi risponderà: nel caso facilitasse in qualche modo la partecipazione di mio padre o mia sorella, Vicenza non se ne parla, neanche a parlarne (T: no per la carità). E l'altra cosa è: mia sorella ha un orario (...) lei il sabato può darsi che ce l'abbia una settimana sì e una settimana no
276	Terapeuta:	con la consultazione si può risolvere (...) io il sabato lo metto quando sono assolutamente...anche i miei ritmi sono quello che sono

- | | | |
|-----|------------|--|
| 277 | Cliente: | ho capito, le stavo chiedendo se questa era una pregiudiziale da sé che ci diceva già “no, non se ne parla neanche” o “questa non la considera una pregiudiziale”? |
| 278 | Terapeuta: | No, non la considero pregiudiziale |
| 279 | Cliente: | Senta una cosa: se uno fa una terapia familiare con che frequenza consiglia gli incontri? |

La cliente si pone come competente e assertiva, cercando ancora di assumere il controllo della relazione. Le domande alla terapeuta sono formulate utilizzando un linguaggio forbito e hanno un ritmo serrato: la cliente interagisce simmetricamente, arrivando perfino a chiedere di spostare la sede dei colloqui. La terapeuta rimane ferma sulla propria metodologia: in questo episodio la cliente dà messaggi one-up e la terapeuta retroagisce messaggi neutrali, rispondendo con calma ed evitando di entrare in simmetria.

Aspettative verso la terapia

- | Cliente 1 (sed. 1) | | |
|--------------------|------------|--|
| 281 | Cliente: | però io chiedo: la durata? Cioè se uno si imbarca in una terapia familiare a che cosa sta guardando? |
| 282 | Terapeuta: | non si può dire, bisogna capire (...) io non penso a un itinerario lunghissimo |
| 283 | Cliente: | e questo cosa vuol dire? Perché io non riuscirei.. un anno? |
| 284 | Terapeuta: | per me, un itinerario non lungo può essere.. un anno (spiega in modo articolato perché è importante avere in seduta tutta la famiglia della cliente) |
| 285 | Cliente: | ma, in una terapia familiare/ |
| 286 | Terapeuta: | (guarda l'orologio) io, purtroppo, devo lasciarla (..) |

La cliente prova ancora a mettere sotto "inquisizione" la terapeuta, la quale però, a fine seduta, chiude il confronto. In questo caso la terapeuta, arginando la cliente, legittima il proprio ruolo al fine di gestire i tempi della seduta: anche in questo caso è possibile notare i movimenti one-up della cliente, dati da domande continue ed incalzanti, e i movimenti one-across della terapeuta, che solo alla fine interrompe la cliente assumendo un ruolo direttivo, concludendo la seduta.

Cliente 2

Le reazioni alla spiegazione del setting

Cliente 2 (sed. 1)	
7	Terapeuta: ..Ah le dico subito una cosa, noi abbiamo lo specchio unidirezionale, la telecamera e il microfono
8	Cliente: Eh, ma io non sono truccato (ride)
9	Terapeuta: No, se lei non ha niente in contrario questa è la nostra modalità, che è sorta per quando abbiamo le coppie e le famiglie; inizialmente quando vedevamo in individuale non la utilizzavamo dopodiché abbiamo visto che è un aiuto, non è che è obbligatorio
10	Cliente: Un aiuto per lei o per.. (fa segno con la mano per indicare entrambi)?
11	Terapeuta: Per me, per il nostro lavoro diciamo
12	Cliente: Può frenare l'interlocutore però, oppure addirittura l'istrione
13	Terapeuta: Ho visto che la gente si dimentica (...)
14	Cliente: Benissimo!

Dopo aver ascoltato la spiegazione del setting, in particolare la presenza della telecamera, il cliente fa un movimento per sdrammatizzare la situazione: in tal modo compie un avvicinamento verso la terapeuta e smorza l'imbarazzo. L'uso di una battuta spiritosa è un movimento one-across, che innesca una transazione transitoria in cui la terapeuta richiede il permesso di registrare e il cliente lo concede.

Evidenziando che la registrazione costituisce un ausilio soprattutto per la terapeuta, il cliente ne abbassa implicitamente la professionalità. Il cliente ipotizza inoltre che la presenza della telecamera potrebbe portare le persone a non essere autentiche, mettendo in guardia la terapeuta sulla possibilità che sapere di essere registrato non gli consentirà di aprirsi in modo sincero e di mostrarsi per ciò che realmente è. In questi primi minuti emergono due emozioni che si ritroveranno frequentemente nel corso della consulenza: l'imbarazzo e la vergogna derivanti dal sentirsi giudicato. Tornando al setting, il cliente accetta di essere ripreso e non ribatte alle considerazioni della terapeuta, riconoscendone il ruolo e la competenza. Tale movimento di legittimazione emerge anche quando si parla del segreto professionale:

Cliente 2 (sed. 1)	
19	Terapeuta: C'è il super segreto professionale
20	Cliente: Ma ci mancherebbe, non lo doveva neanche dire... poi sa di segreti ce ne sono pochini

Il cliente riconosce la professionalità e la correttezza della terapeuta e parallelamente, pone se stesso come sincero e autentico: in realtà la presenza della telecamera non è per lui un elemento trascurabile, e il senso di soggezione rispetto al sentirsi osservato emerge anche verso la fine della seduta:

Cliente 2 (sed. 1)	
121	Terapeuta: Ecco, siamo qui per quale problema in questo momento lei mi ha parlato di una separazione di.. ecco voglio capire
122	Cliente: Io la ringrazio per la domanda. Mi stanno riprendendo con la telecamera
123	Terapeuta: Ma poi si dimenticherà (ride)
124	Cliente: Mi ero già dimenticato mi è venuto in mente adesso.. no, perché la.. beh non so da dove partire, lei naturalmente metta ordine lei naturalmente

In questo episodio si nota come il cliente valorizzi l'intervento della terapeuta, esperta, che pone una domanda pertinente e dimostra la propria capacità di comprendere i bisogni dell'altro. Implicitamente però il cliente sta comunicando di sentirsi imbarazzato per la questione della telecamera e tarda a rispondere alla domanda: ha atteggiamento impacciato, cambia posizione sulla sedia, si sistema i pantaloni, interrompe il contatto oculare con la terapeuta guardandosi in giro visibilmente a disagio. Probabilmente si sente osservato e giudicato dall'equipe, o forse è la tipologia stessa della domanda, che porta il cliente a esplicitare una posizione one-down, di colui che è in un momento di difficoltà e sofferenza.

Il cliente si affida alla terapeuta: non è sicuro di come iniziare il racconto, un atteggiamento che implica il riconoscimento della terapeuta di guida competente.

Riferimenti espliciti o impliciti alla relazione con la terapeuta

La sensibilità del cliente 2 al tema del giudizio e i conseguenti vissuti di imbarazzo e vergogna emergono frequentemente nei commenti espliciti e impliciti alla relazione con la terapeuta. È importante ricordare che queste tematiche costituiscono le emozioni caratterizzanti la semantica del Potere, alle quali sono connessi specifici *positioning* riconducibili alla polarità semantica autentico – di facciata: essere autentici comporta esporsi al giudizio e provare imbarazzo o vergogna, mentre adottare un'immagine di facciata, permette di mantenere un'immagine di sé positiva e sperimentare emozioni quali vanto, boria ed orgoglio.

Nell'episodio seguente il cliente dimostra di aver assunto un *positioning* di facciata, non autentico: presumibilmente per il timore di dare un'immagine di sé negativa e sfigurare, ha omesso delle informazioni (l'aver avuto una relazione con una donna molto più giovane di lui):

Cliente 2 (sed. 1)		
132	Cliente:	Lei può immaginare cosa può significare per un uomo la riscoperta di tante cose.. ecco forse questo dovevo dirglielo subito...

Almeno nelle fasi iniziali, l'uomo ha probabilmente avuto l'intenzione di cautelarsi dal giudizio della terapeuta; l'emozione prevalente in questi passaggi è la vergogna.

Una situazione analoga si ripropone in seconda seduta, quando la terapeuta chiede quali motivazioni abbiano spinto il cliente a cercare una terapia, oltre a voler provocare la moglie:

Cliente 2 (sed. 2)		
344	Terapeuta:	Ci sarà anche questa componente o no?
345	Cliente:	Certo sì sì. Certo secondo lei quali sono, oltre a quelli che io le ho già dichiarato tra l'altro?
346	Terapeuta:	La curiosità è un po' poco
347	Cliente:	Beh visto il quadro assieme la curiosità potrebbe voler dire necessità
348	Terapeuta:	Cioè lei mi viene a dire: <i>“Io ho una storia complicata dietro le spalle”</i>
349	Cliente:	Non risolta

In questo episodio il tono di voce del cliente è sfidante e svalutante: la terapeuta non ha trovato motivazioni a iniziare un percorso se non quelle menzionata dallo stesso cliente. La polarità semantica autentico – di facciata emerge implicitamente: il cliente

risponde citando solo la curiosità tra le motivazioni che lo hanno portato in terapia; soltanto su esortazione della terapeuta accenna velatamente ad una propria difficoltà.

La scelta di non esser autentico è più comprensibile, assumendo il punto di vista del cliente, analizzando altri due esempi tratti dalla seconda seduta:

Cliente 2 (sed. 2)	
532	Terapeuta: Quindi il suo non aver l'obiettivo chiaro è che lei è in un momento mobile anche?
533	Cliente: No, intendevo un'altra cosa... scusi la dico in maniera esagerata per farmi comprendere .. Io mi sento evidentemente giudicato da lei se io sono una persona sana o una persona che può essere ancora più sana o sono una persona che ha bisogno di essere effettivamente aiutata e curata per poter migliorare
534	Terapeuta: Sì poi lì c'è tutto questo problema che lei ha del giudizio, dobbiamo anche parlare della telecamera, se la vuole, se non la vuole, ad esempio se non vuole il collega dietro lo specchio. (...)
539	Cliente: No, non avrei timore di parlare delle cose di cui abbiamo parlato di fronte a cento persone.
540	Terapeuta: No, lo so. Non è una questione di timore però se lei ha l'idea del giudizio è una cosa, dobbiamo/
541	Cliente: No, l'ho detto in maniera neutra, evidentemente c'è il suo giudizio e non le sto chiedendo qual è il suo giudizio, le sto solo dicendo: vorrei che sia lei a giudicare se c'è qualcosa su cui lavorare .

In questi passaggi il cliente esplicita il proprio sentirsi giudicato: l'emozione della vergogna emerge prepotentemente. L'uomo ha il timore di sfigurare davanti agli esperti e pone se stesso come persona problematica che cerca di essere rassicurato dalla terapeuta rispetto alla gravità della propria condizione. La terapeuta accoglie il timore del cliente e compie una mossa di apertura, ma il cliente, interrompendola, fa un movimento simmetrico nel tentativo di non posizionarsi nel polo perdente.

In un'altra occasione invece, il cliente si posiziona come autentico, aprendosi alla terapeuta posta come figura accogliente e non giudicante:

Cliente 2 (sed. 2)		
457	Cliente:	Eh, se vuole ci vado piatto: il mio obiettivo è capire quali sono i miei difetti..

Anche nel seguente passaggio il cliente si rivolge alla terapeuta sottolineandone i meriti rispetto all'operato nella seduta precedente:

Cliente 2 (sed. 2)		
74	Terapeuta:	Mi sono fatta l'idea, molto vaga, volevo capire oggi.
75	Cliente:	Però precisa, cioè corretta la sua, mi pare
76	Terapeuta:	Sì mi sembra di aver capito
77	Cliente:	Senza orpelli, è quella linea lì, l'ha identificata credo.

Il cliente pone la terapeuta come competente, vantandone le capacità perché è stata in grado di comprendere in modo corretto quanto lui ha esposto nella prima seduta. Pochi secondi dopo il cliente la elogia nuovamente:

Cliente 2 (sed. 2)		
95	Cliente:	io sono una persona curiosa, aperta, mi piace guardare dentro di me e tanto più riesco ad andare a fondo, naturalmente in compagnia di una professionista, tanto più mi sento arricchito, è il desiderio di provare un'esperienza come quella che potrei fare in compagnia di un professionista dell'analisi o del confronto.

Oltre che mostrarsi coinvolto e motivato nell'intraprendere la terapia, il cliente rivolge un complimento alla terapeuta, definendola "*una professionista dell'analisi e del confronto*", mentre di se stesso, in materia, ha un'idea molto diversa:

Cliente 2 (sed. 1)		
529	Cliente:	Lei capisce, sono molto poco attrezzato
530	Terapeuta:	No lo è moltissimo
531	Cliente:	La ringrazio..attrezzato nel capire il senso di direzione, il perché e il che cosa.

Il cliente si pone come non all'altezza del lavoro terapeutico, almeno per alcuni aspetti; si abbassa rispetto alla terapeuta, che prima aveva vantato e che viene posta in posizione di eccellenza. La terapeuta rassicura il cliente, valorizzando le sue qualità. In questo episodio può essere rintracciata una transazione neutrale rispetto al tema della gestione del controllo relazionale.

Il vissuto di inadeguatezza e vergogna già evidenziato nei brani precedenti, emerge anche dall'osservazione del comportamento non verbale:

Cliente 2 (sed. 1)	
346	Terapeuta: Ecco, il motivo per cui siamo qua
347	Cliente: (sorride) emm grazie per... (silenzio).

Il cliente si mostra visibilmente a disagio per la domanda posta dalla terapeuta: sta in silenzio, non risponde, abbassa il capo e distoglie lo sguardo dalla sua interlocutrice. Nella semantica del cliente esprimere le proprie difficoltà, svelarsi, significa sfigurare e assumere una posizione perdente. Poco più tardi:

Cliente 2 (sed. 1)	
356	Terapeuta: Lei dice in questo momento io mi separo, è un fallimento comunque di un progetto di vita
357	Cliente: Esatto, questo non l'ho detto, ma l'ho sentito molto forte questo fallimento

In questo passaggio esplicita che ammettere e comunicare di essere in difficoltà significa sfigurare agli occhi della terapeuta e posizionare se stesso come fallito e umiliato. La terapeuta fa un movimento di legittimazione nei confronti del cliente, che viene implicitamente invitato a essere autentico.

Modalità di gestione della seduta

In diverse sequenze interattive il cliente rifiuta e/o squalifica gli interventi della terapeuta: tale movimento, semanticamente riconducibile alla polarità umiliare – svergognare, è tipico e ricorrente nei soggetti in cui la semantica del potere prevale:

Cliente 2 (sed. 1)	
112	Cliente: (...) quindi praticamente sono partito con un fortissimo debito
113	Terapeuta: La muta dei cani dietro, di fatto..
114	Cliente: Adesso, non so ricollegarmi a questa metafora ma.. quando ho comprato l'azienda era molto indebitata

In questo episodio il cliente non chiede ulteriori delucidazioni per comprendere quanto detto dalla terapeuta, ma ne squalifica l'intervento sottolineandone l'incomprensibilità e la non pertinenza rispetto al contesto. Egli mantiene altresì il controllo sulla conversazione, dal momento che riprende il discorso esattamente al punto precedente l'intervento della terapeuta. Se il cliente avesse chiesto di esser aiutato nella comprensione della metafora, avrebbe implicitamente cercato la complicità con la

terapeuta. Anche nella sequenza successiva, un'espressione della terapeuta riferita alla ex moglie del cliente, non viene accolta:

Cliente 2 (sed. 1)	
185	Cliente: (riferendosi alla moglie) ma purtroppo il cervello pompa poco (ride)
186	Terapeuta: un po' corta di cervello..
187	Cliente: Prego?
188	Terapeuta: Come se fosse corta di cervello?
189	Cliente: Sì

Come in altre sequenze, il cliente non accetta in prima battuta le definizioni che gli vengono proposte; utilizzando una modalità comunicativa che amplifica la propria incomprensione, di fatto squalifica implicitamente gli interventi della terapeuta, abbassandola. A differenza dell'esempio precedente, il cliente in questo caso chiede delucidazioni.

Nella conversazione possono anche essere rintracciati movimenti relazionali opposti, collocabili sul polo del vantare, nei quali il cliente valorizza la professionalità della terapeuta:

Cliente 2 (sed. 1)	
289	Cliente: Lei si è espressa come si sarebbe espressa mia moglie, è corretto

Sottolineando la capacità della terapeuta di comprendere il punto di vista dell'altro, il cliente implicitamente la posiziona nel polo dell'eccellenza, vantandone la competenza.

Cliente 2 (sed. 1)	
163	Terapeuta: Si era già parlato di separazione, sì?
164	Cliente: Ehm no... D'ambì però.. atteso, atteso da me, atteso e giustificato anche, quindi mi sorprende la sua sorpresa di questa cosa
165	Terapeuta: No voglio capire cosa c'è dietro

Il cliente palesa il proprio stupore per la domanda sulla separazione e fa intuire che la terapeuta non ha capito a fondo la situazione, abbassandola. La terapeuta chiarisce di desiderare comprendere più a fondo la questione; in tal modo retroagisce un movimento neutrale alla provocazione del cliente, evitando di entrare in simmetria.

Un'altra dimensione semantica emergente dall'analisi dei movimenti relazionali del cliente è adeguarsi – opporsi, all'interno della quale il cliente si posiziona soprattutto sul polo dell'opporci:

Cliente 2 (sed. 1)		
503	Cliente:	Cioè, nella descrizione che le ho fatto fino adesso le sembra strano che una donna mostri una cosa del genere?
504	Terapeuta:	No, può capitare che mostri, ma la vedo più mostrato che vero
505	Cliente:	Questo non glielo so dire
506	Terapeuta:	Perché in realtà la situazione che vedo che ha in mano..
507	Cliente:	Non so come può arrivare a questa conclusione però
508	Terapeuta:	Cioè non ho gli elementi, mi sembra molto (...) in linea col modo in cui avete gestito anche il conflitto eh non strano rispetto a come
509	Cliente:	Non la seguo!

L'atteggiamento del cliente in questo episodio pare essere caratterizzato da sarcasmo (turno conversazionale 503), rifiuto (505), scetticismo (507) e da un'esplicita affermazione sull'impossibilità di comprendere la terapeuta (509). Ancora:

Cliente 2 (sed. 1)		
522	Terapeuta:	<i>[parla della decisione della moglie del cliente di volersi separare]</i> sembra una risposta reattiva, lei ha fatto così per un anno poi le ha anche detto dell'amante .. e pac separazione
523	Cliente:	Adesso sembra essere una risposta reattiva, che cosa? che cosa? (...) cosa sembra essere una risposta reattiva?
526	Terapeuta:	La richiesta di separazione di sua moglie
527	Cliente:	Sì.. perchè reattiva?"
528	Terapeuta:	Reattiva nel senso che lei per un anno non ha rapporti sessuali, è silente in casa, proprio non c'è
529	Cliente:	Ma non si giustifica però

Quando la terapeuta introduce l'ipotesi rispetto all'aiuto che potrebbe dare rispetto all'elaborazione della separazione, il cliente assume un *positioning* oppositivo:

Cliente 2 (sed. 1)		
550	Terapeuta:	La sua richiesta adesso, venire qua c'è anche l'elaborazione di questa separazione che non c'è stata con sua moglie.. cioè non avete dato

	parola
551 Cliente:	No, no la spiegazione c'è
552 Terapeuta:	A freddo
553 Cliente:	No, scusi, c'è la spiegazione della sepa..la la razionalizzazione
554 Terapeuta:	C'è la roba a freddo
555 Cliente:	No, no, ma il perchè ci siamo separati.. a me questo interessa capire
556 Terapeuta:	Eh appunto
557 Cliente:	Sì e quello che diceva lei adesso era questo?
558 Terapeuta:	Esatto

Il cliente simmetrizza nei confronti della terapeuta: ne rifiuta le definizioni, fa precisazioni e pone domande quasi retoriche, salvo poi concordare con la lettura fornita. Le manovre di controllo relazionale emergono anche da altri movimenti simmetrici, ad esempio l'interruzione della terapeuta. A livello semantico, questo *positioning* è riconducibile al prevaricare, movimento relazionale attraverso cui si regolano i rapporti in contesti conversazionali in cui la semantica del potere risulta dominante:

Cliente 2 (sed. 2)	
316 Terapeuta:	(stanno parlando del fatto che il cliente ha detto alla moglie della consultazione) cioè rispetto a questo/
317 Cliente:	A un certo punto smetto perché sentivo che non ascoltava, il mio atteggiamento.. emh mi scusi l'ho interrotta
318 Terapeuta:	Cioè l'atteggiamento era quello di dirle tutto, adesso lei dice lo dicevo perché volevo fare, eh non perché ne avessi voglia ma perché me l'ero imposto
319 Cliente:	Me l'ero imposto (...)
320 Terapeuta:	Sì, dice " <i>io ho fatto tutto quello che si poteva fare</i> "
321 Cliente:	Io sono fatto così (...)
322 Terapeuta:	No, no io ti ho dato tutti gli elementi/
323 Cliente:	Sì esatto (T: eh in questo/) ti dico il canale è sempre aperto, perché io istintivamente gliene posso dare tutti quelli che lei vuole o scoprirne io stesso altri da darle.. comunque scusi.

Il cliente gestisce i turni della conversazione, interrompendo la terapeuta e prendendo la parola senza aspettare che venga terminato il discorso.

Il cliente si pone apparentemente in modo adeguato al setting; è calmo e pacato, risponde in modo congruo alle domande ma implicitamente, attraverso continue precisazioni ed interruzioni, si oppone al *positioning* asimmetrico che il setting prevedrebbe. Inoltre, subito dopo essersi scusato interrompe nuovamente la terapeuta, prende il controllo del turno e si scusa ancora per averlo fatto, denotando una modalità passivo-aggressiva di gestire la comunicazione.

Riferimento ad altri psicologi e curanti

Cliente 2 (sed. 1)	
399 Cliente:	In periodo di fidanzamento c'erano delle cose che non andavano... Siamo andati da una certa signora... una signora anziana, le dirò eventualmente il nome, nei confronti della quale ci siamo confrontati, abbiamo parlato io con i miei temi e la mia visione del mondo, mia moglie con i suoi. È durato molto poco, lei poi ha detto non mi interessa più

Il cliente racconta che nelle sedute di una precedente terapia di coppia, con la psicologa c'era stato un “*confronto*”: questo termine lascia intendere una relazione paritaria con la professionista, di cui viene ridimensionato il ruolo, come si può notare anche dall’uso del generico appellativo di “*signora*” al posto del titolo “*dottoressa*” o “*psicologa*”. Entrambi gli elementi, l’appellativo di signora e l’utilizzo del termine confronto, denotano una non accettazione dell’asimmetria dei ruoli tipica del setting e il tentativo di abbassare la figura dell’esperto.

Anche nell’episodio successivo, il ruolo della precedente terapeuta viene ridimensionato a “*facilitatore*” nonostante il cliente si dica soddisfatto:

Cliente 2 (sed. 1)	
421 Cliente:	Eravamo in odore di matrimonio, siamo andati a trovare questa signora e abbiamo fatto tre sedute però
422 Terapeuta:	E non è venuto fuori niente?
423 Cliente:	Mi è piaciuto molto perché si è parlato.. (...) con un facilitatore magari si parla, senza il facilitatore non si parla (...) è stata un'esperienza interessante

Aspettative verso la terapia

Anche al momento di esplorare le aspettative, il cliente interagisce secondo una delle modalità relazionali che più lo hanno caratterizzato nel corso della consulenza:

Cliente 2 (sed. 2)	
546	Terapeuta: Bisogna capire bene dove vuole andare, qual è la direzione, ha capito?
547	Cliente: Mi sta facendo la domanda troppo presto, secondo me (T: anche secondo me) perchè la soluzione dobbiamo trovarla insieme io non riesco a dargliela.

Il cliente si pone ancora in posizione up: sottolineando la domanda a suo avviso non consona e prematura della terapeuta, implicitamente si oppone.

Cliente 3

Modalità di gestione della seduta

Le modalità relazionali che caratterizzeranno il percorso di consulenza con la cliente 3 emergono fin dai primi minuti della seduta:

Cliente 3 (sed. 1)	
36	Cliente: Io accetto come dire se lei mi dice “ <i>Eh ma perchè tu da piccola, la tua infanzia, tuo padre</i> ”.. sì va beh, ok, sarà quello, ma come posso fare io per non avere sempre così paura? Io sono qua per un come, a parte avere le... delle risposte magari. Però anche come posso fare quando mi trovo in alcune situazioni Poi dopo magari entrerà nei dettagli. Forse magari lei aveva delle cose da dirmi...non so”.
48	Cliente: [<i>sta parlando del suo lavoro, poi si interrompe e si rivolge alla terapeuta con una domanda</i>]..Lei ha delle cose che vuole sapere?

La signora assume uno stile direttivo finalizzato a controllare la conversazione e la relazione con la terapeuta: esplicita cosa non ritiene utile sentirsi dire, prosegue poi in un'autopresentazione che termina con una concessione alla terapeuta: se, e quali, informazioni le servono per iniziare il lavoro? È la cliente a porre domane e a legittimare la terapeuta nel farne: si tratta di un forte tentativo di capovolgere i ruoli definiti dal setting. La cliente assume un *positioning* prevaricante, paritario alla terapeuta, che viene posta come passiva e remissiva (la traccia del colloquio sembra

esser indicata dalla cliente stessa). In questo episodio la terapeuta sceglie di porsi in modo complementare.

Il tentativo di ridurre l'asimmetria si nota anche nella scelta dell'uso dell'appellativo di “*signora*” e non di “*dottoressa*” da parte della cliente, come nell'esempio seguente in cui si sta parlando di alcune telefonate anonime che riceveva e durante le quali veniva schernita e colpevolizzata per il suo sovrappeso:

Cliente 3 (sed. 2)	
26	Terapeuta: Ma chi era?
27	Cliente: Non lo so signora, ma non è mica finita qua

I tentativi di controllare la relazione avvengono anche tramite altre manovre, come si può notare negli episodi successivi:

Cliente 3 (sed. 2)	
349	Terapeuta: Quindi sceglie femmine che dice “ <i>Aiutami a diventare come mi vuole la mamma e a togliermi dalla famiglia paterna</i> ”
350	Cliente: Non ci ho mai pensato a questa cosa.. È una sua affermazione?
351	Terapeuta: No, sto chiedendo
352	Cliente: Non lo so, la richiesta mia così esplicita non lo è mai stata probabilmente inconsciamente può essere così
353	Terapeuta: Che però questi qui li frustra tutti e alla fine odia meno, perché tutti falliscono questi qua
354	Cliente: Sì diciamo che non mi hanno aiutato, cioè non mi hanno risolto quello che io volevo
355	Terapeuta: Cioè le portano via un po' di soldi senza avere niente di.. cioè questo è quello che è accaduto
356	Cliente: Sì sì

La cliente pur stupita e forse perturbata dall'affermazione della terapeuta agisce un movimento oppositivo, chiede precisazioni, puntualizza; sono tentativi di mantenere una posizione paritaria rispetto alla terapeuta.

Commenti relativi alla sintomatologia

Cliente 3 (sed. 1)	
98	Cliente: ...e questa è la classica dismenorrea. E anche qui sono andata in psicoterapia perché dico speriamo di capire che cosa ho io qua dentro, perché io ci ho provato, però non ho mai trovato la causa vera

		che mi... nel momento in cui/
99	Terapeuta:	Fisica.. non c'è una causa..
100	Cliente:	No, perché ho fatto tutti gli esami ginecologici e io non ho nulla... quindi per me era qua, perché io ho sempre pensato che tutto da qua
101	Terapeuta:	Insomma, una situazione causata da tanti motivi
102	Cliente:	Beh io ho sempre pensato quindi sono arrivata a fare de...dei corsi di rinascita in acqua perché dico boh, magari dipende da... proprio quando sono nata, ho provato con la psicoterapia, ho provato con l'agopuntura, con la pranoterapia...niente nulla! Va beh, adesso per il momento diciamo l'ho curato sup...superficialmente grazie a queste pastiglie, però in realtà mentalmente che è quello che secondo me è, che è questo blocco che non so se sia perché non mi sono mai accettata fisicamente, se è perché non accetto la mia femminilità s... Io non lo so, a me uno mi può dire qualsiasi cosa: " <i>Bene! Adesso facciamo qualche cosa per...</i> " Non mi dà fastidio, non ho paura di scoprire il motivo per cui...

A partire dalla presentazione dei propri sintomi, la cliente racconta le numerose esperienze terapeutiche e i relativi fallimenti: la signora, elencando i percorsi di cura compiuti, assume un *positioning* volitivo, combattivo e motivato alla guarigione. Come succederà altre volte nel corso delle due sedute di consultazione, la signora si pone esplicitamente come collaborante con i terapeuti ma implicitamente, come si vedrà nel paragrafo successivo, svergogna tutti i professionisti precedenti mettendo in risalto la caducità delle loro interpretazioni e l'inefficacia degli interventi. Essi sono posti come mediocri e inetti.

Riferimento ad altri curanti/psicologi

La cliente inizia a ripercorre le precedenti esperienze terapeutiche fin dai primissimi momenti della prima seduta:

Cliente 3 (sed. 1)		
24	Cliente:	Perché... perché non è la prima volta che mi rivolgo a uno psicoterapeuta perché sono comunque sono anni che come dire cerco di ..
25	Terapeuta:	..uscirne fuori
26	Cliente:	..uscirne fuori

- 27 Terapeuta: tante cose. Quindi lei aveva già fatto una psicoterapia? Quanti tempo fa?
- 28 Cliente: Diverse.
- 29 Terapeuta: Diverse
- 30 Cliente: diverse, e ho cambiato e continuo a cambiare perchè non riesco a capire se c'è un motivo per cui io cambio
- 31 Terapeuta: Certo
- 32 Cliente: ...che può essere inconscio, oppure se è perché comunque non ho mai trovato una persona che mi ha dato completamente fiducia. (T: sì) Io sono abbastanza rigida, diciamo così che è un termine magari un po' assoluto, però eh faccio fatica a fidarmi questo lo... sia nel mondo comune, quotidiano sia probabilmente anche con
- 33 Terapeuta: Nel rapporto interpersonale, con gli psicoterapeuti?
- 34 Cliente: Sì sì sì

La signora eteroattribuisce l'interruzione delle esperienze terapeutiche al fatto di non aver mai trovato una persona competente, esortando implicitamente la terapeuta a non fallire come gli altri. Presentandosi come un territorio di difficile conquista (*"faccio fatica a fidarmi"*), la cliente assume un *positioning* diffidente e giudicante. La terapeuta sarà all'altezza del ruolo o sarà mediocre come quelli incontrati in precedenza? Questo sembra esser il biglietto da visita col quale la cliente si presenta nei primi minuti, evincibili in altri passaggi:

Cliente 3 (sed. 1)	
36	Cliente: No, non ho mai...perché non ho mai trovato grossi cambiamenti dentro di me, cioè se li ho trovati è perché dentro di me bolliva tant...eh tante cose e quindi piano piano piano

La cliente svaluta le terapie fatte: i modesti cambiamenti ottenuti sono frutto del proprio lavoro interiore. Implicitamente la cliente domanda alla terapeuta se sia in grado di produrre risultati, a differenza dei terapeuti passati che si sono rivelati incapaci. In tal modo assume un *positioning* svalutante nei confronti della terapia.

Ancora:

Cliente 3 (sed. 1)	
36	Cliente: Faccio una fatica incredibile eh sono sempre stata molto sulle difensive, guai a chi mi attaccava... Guai se qualcuno si intromette

troppo nei miei spazi e va oltre dei limiti... quindi sono una che ascolta molto. Ascolto, ascolto, ascolto. Però poi se qualcuno mi chiede... sì, rispondo però...sempre un po' cioè fin dove voglio io, mai oltre

La signora, descrivendo il suo modo di essere, sta mettendo in guardia la terapeuta su come si dovrebbe relazionare a lei (*“guai se qualcuno si intromette troppo nei miei spazi e va oltre i limiti”*): sembra un invito alla cautela. La signora si pone in modo assertivo: *“Rispondo, sì, però sempre un po' cioè dove voglio io, mai oltre”*: è lei a controllare la situazione e non ha intenzione di lasciarsi guidare. La cliente parla delle precedenti esperienze anche in altri momenti della prima seduta:

Cliente 3 (sed. 1)	
199	Cliente: Allora c'era un po' di ipnosi però poca, poca poca... un po' un po' di gestalt era un mix perché aveva fatto tante cose questa signora questa dottoressa un po' di PNL e ...aspetti, perché sono passati otto anni, ne conosceva diverse, poi era una che si aggiornava molto quindi comunque faceva corsi nuovi scuole nuove, psicoterapie di qua di là ee comunque era iscritta all'albo degli psicoterapeuti (...)
202	Terapeuta: Due anni si chiude come questo rapporto?
203	Cliente: Si chiude male perché ee io non riuscivo a fid.... non lo so non riuscivo .. e sempre per mancanza mia di fiducia che non so se è... non lo so come chiamarlo comunque è finita perché lei faceva anche dei corsi... dei corsi di gruppo, dinamiche di gruppo e con temi specifici sull'amore, sulle relazioni di coppia, su.. l'accettazione di se stessi.. quindi voleva un po' emm come dire inserirmi all'interno dei gruppi per fare oltre a una terapia individuale, mi poteva servire anche una di gruppo ma io cosa sentivo? Ho iniziato a farli poi mi sembrava che le facesse a scopo di lucro, che stesse lucrando e me ne sono andata. Una volta ho chiamato dicendo che non potevo venire, l'ho chiamata il giorno prima le ho detto guarda che non posso venire emm e lei me l'ha fatta pagare lo stesso questa... questo corso sono ci son rimasta male perché comunque/
204	Terapeuta: L'aveva avvertita prima/

- 205 Cliente: Eh! Allora alla fine abbiamo dovuto contrattare me l'ha fatto pagare lo stesso tutto senza...quindi questa è stata come una conferma che io sentivo/
- 206 Terapeuta: Che non c'era/
- 207 Cliente: Che era proprio/
- 208 Terapeuta: Competenza
- 209 Cliente: Esatto allora dico questa è non posso stare qui che non sto bene in più dopo due anni non ottengo nulla ero sempre incazzata coi miei cioè non mi sembrava che dentro di me... non sentivo nulla di nuovo allora ho detto basta!

Dapprima la cliente tesse le lodi della prima terapeuta (199), per poi posizionarla come disonesta e incompetente: il movimento di abbassare i curanti, interessati unicamente al denaro e non alla persona, sembra racchiudere implicitamente una domanda rivolta all'interlocutrice: "anche tu sarai così?". Da questo episodio è possibile evincere un altro *positioning* della cliente: l'interruzione dei percorsi terapeutici è sempre stata una scelta "obbligata", dovuta agli errori dei professionisti, dato che da parte sua c'è sempre stata totale disponibilità e massimo impegno.

Lo svergognare i curanti precedenti è rintracciabile anche nel seguente passaggio:

- | Cliente 3 (sed. 1) | |
|--------------------|--|
| 209 | <p>Cliente: poi sono andata da un altro che è [omissis] che scrive anche libri.... Ma lì son stata ancora meno perché mi sembrava proprio ...il mio scopo sempre dimagrire. Sono arrivata lì mi ha messo sulla bilancia emm mi ha dato le storie lì delle calorie, mi faceva fare delle cose come si chiaman... non mi viene in mente mi faceva gli esercizi ... mi faceva parlare con una scimmietta che era un un peluche per farmi dire le cose "io cosa vedo, tu cosa senti [nome cliente] in questo momento, come la vedi come vedi la [nome cliente] lì" eee lì poi ancora peggio per cui ho mollato dopo un po' di mesi; poi da chi sono andata, ho perso il conto alcuni forse non me li ricordo neanche più perché poi io rimuovo molto</p> |

Anche il secondo terapeuta era famoso e ben preparato ("scriveva libri"), ma la cliente interrompe dopo pochi mesi, insoddisfatta dalla metodologia. Gli altri terapeuti non sono nemmeno degni di esser ricordati per quanto sono risultati inefficaci ed inutili.

Anche in questa occasione implicitamente la domanda e l'avvertimento che la cliente rivolge alla terapeuta è “Anche tu sarai come loro?” L'elenco dei terapeuti caduti prosegue; il tono della voce è altezzoso, quasi inorgogliato, quando la cliente assumendo un *positioning* borioso e sicuro di sé muove l'ultimo affondo svalutante nei confronti dei curanti: “*ho perso il conto, qualcuno l'ho anche rimosso*”.

La cliente, mostrando gli scalpi dei terapeuti precedenti, tenta di esercitare pressione sulla terapeuta, che è stata scelta in virtù della propria esperienza. Nel seguente scambio infatti, viene implicitamente contrapposta una collega giovane e inesperta:

Cliente 3 (sed. 1)		
213	Cliente:	sì e poi l'ultima sono andata.. ah l'ultima son stata un anno e mezzo però forse per me non andava bene perché lei... cioè non che io abbia qualcosa contro le persone della mia et... cioè questa qua aveva credo trent'anni/
214	Terapeuta:	giovane/
215	Cliente:	Sì 30, 35 al massimo (...) ho cercato di darle fiducia ma sembrava che era lei che chiedesse le risposte a me.

A fine seduta la terapeuta ridefinisce la situazione rispetto alle precedenti terapie:

Cliente 3 (sed. 1)		
394	Terapeuta:	Sì, bisogna un po' capire che cosa vuole se siamo in grado anche di darle quello che vuole/
395	Cliente:	oppure mi dica cosa posso fare per...-
396	Terapeuta:	appunto bisogna capire un attimo la situazione, perché è inutile fare la centesima terapia
397	Cliente:	e sì chiaro, mmh

La terapeuta esplicita che uno dei punti da chiarire è capire come mai tutte le terapie precedenti non siano servite, sottolineando che occorre valutare se sia in grado di offrire quello di cui la cliente ha bisogno: in tal modo la terapeuta non si pone come l'esperta guaritrice, ma esplicita la possibilità di non essere il curante risolutore dei problemi. Si tratta di un movimento di complementarietà, nel quale la terapeuta si dichiara fallibile. La cliente assumendo un *positioning* assertivo, dà un ordine alla terapeuta: se non è all'altezza del caso, almeno le dia qualche consiglio.

Pochi minuti dopo, la signora sottolinea che la scelta della terapeuta è dettata anche dal fatto che lavori in un contesto privato considerato migliore delle strutture pubbliche: in tal modo posiziona la terapeuta come preparata ed eccellente, migliore di tante altre.

Cliente 3 (sed. 1)		
435	Cliente:	Io, ma io... sono sempre andata da privati non sono mai andata nei pubblici mai mai mai mai in consultorio in posti così insomma
436	Terapeuta:	No, ci sono nei posti pubblici anche persone preparate cioè
437	Cliente:	Sì, ma non non mi è mai capitato di andare in un posto pubblico eee non ne ho mai sentito

Nella seconda seduta l'argomento delle precedenti terapie viene ripreso:

Cliente 3 (sed. 2)		
64	Terapeuta:	Ecco io però quello che non riesco a capire è come mai questa passione per le terapie che non ce n'è una che ha funzionato e sono otto anni
65	Cliente:	Non è una passione cioè io non, non lo so è che dopo un po' non è che io mi stufo del terapeuta, è che non vedo nulla cioè dopo che vado avanti due anni mi stufo non ce la faccio più o anche l'ultima son andata avanti un anno mi sembrava più che sufficiente/
66	Terapeuta:	E cosa ha fatto con l'ultima che tipo era l'ulti... cos'era una donna?/
67	Cliente:	Si era una donna mm giovane che avrà avuto sui mm 35 anni e che la prima volta che che l'ho vista l'ho un po' mm etichettata perchè dico <i>“oddio è giovane o mamma mia come farà su di me”</i> poi ho detto <i>“no bisogna dare la possibilità perché è vero che io per lei magari sono una cavia o comunque sta facendo tirocinio quello che vuoi no il tirocinio l'ha già fatto va beh ma sta sperimentando”</i>

La terapeuta ridefinisce come “passione” la ricerca di terapie da parte della cliente che però rifiuta tale definizione: ponendosi come motivata alla riuscita, che si è data da fare per guarire implicitamente svergogna e scredita i professionisti che vengono posti ancora una volta come inetti e perdenti. La cliente, riferendosi all'ultima giovane terapeuta, assume un *positioning* di superiorità, ponendosi come colei che sceglie se “concedersi” o meno ai curanti (*“bisogna dare la possibilità”*).

Riferendosi a un giovane medico (fidanzato della sorella) che è riuscito a farle perdere peso, la cliente suggerisce implicitamente alla terapeuta come comportarsi se vuole ottenere dei risultati:

Cliente 3 (sed. 2)		
163	Cliente:	Tenero, gentile, bravo, non mi ha fatto sentire troppo a disagio. Inoltre... (...)
171	Terapeuta:	Non è no che dice “ <i>spilliamo i soldi</i> ”, le ha fatto una dieta
173	Cliente:	L’ho seguito per un po’, poi mi stufo

La cliente sostenendo che un giovane medico è stato più efficace di una serie di psicoterapeuti, sferra implicitamente un ulteriore attacco alla professione. Nell’ultimo passaggio, in antitesi rispetto ai *positioning* precedenti, la signora si pone come incostante e arrendevole, non disposta ad coinvolgersi in un impegno prolungato.

Accordi relativi a prossimi appuntamenti:

Anche durante la conclusione della prima seduta emerge la scarsa disponibilità della cliente ad assumere un impegno costante:

Cliente 3 (sed. 1)		
408	Terapeuta:	vediamo quando posso sistemare.. è un po’ un problema la settimana prossima
409	Cliente:	Beh io non so lei come è abituata a vedere le persone entro quant’è la distanza da una seduta all’altra /
410	Terapeuta:	Una settimana tendenzialmente, soprattutto per la consultazione poi sarà ogni 15 giorni /
411	Cliente:	Perché mmm sì a me va bene, nel senso che in genere a me non piace mai andare tremila volte è una roba che proprio mi non mi dà secondo me neanche la possibilità di../
412	Terapeuta:	Di elaborare/
413	Cliente:	Sì è una roba che... per me è una sofferenza quindi diciamo che io al mese mi ricordo che cioè see andavo due volte, ogni 15 giorni ma mai cioè tutte le settimane per me sarebbe stata veramente una sofferenza cioè glielo dico perché è giusto che /

In merito alla frequenza delle sedute, la signora opponendosi alla proposta della terapeuta che viene posta come prevaricante, assume un *positioning* assertivo: non si lascerà piegare dalla richiesta.

Accordi relativi al pagamento

Cliente 3 (sed. 1)		
425	Cliente:	Senta poi io non so come mmm cosa io non so neanche che cosa

		costa (...) la consultazione non so se è perché poi ognuno ha il proprio metodo no la consultazione può essere gratuita nel momento in cui si inizia a lavorare poi c'è un... /
428	Terapeuta:	No no È sempre la stessa cifra
429	Cliente:	Ah sempre uguale
430	Terapeuta:	Sì sì, sono 200 mila lire più iva ad incontro...è tanto per lei ?
431	Cliente:	200 mila lire non ce la faccio io economicamente 200 mila lire a botta
432	Terapeuta:	Son 200 mila lire più iva... non più iva più il 2 per cento quindi 204
433	Cliente:	Ci si stanca ecco io sotto questo aspetto sono stanca cioè vado avanti perché comunque ho molta forza dentro però anch'io ho i momenti di debolezza
434	Terapeuta:	Certo di debolezza ...comunque ci ragioniamo su, io direi questo, ci ragioniamo su, questo è un posto privato con anche le regole dei posti privati comunque
435	Cliente:	Io ma io sono sempre andata da privati non sono mai andata nei pubblici mai mai mai mai in consultorio in posti così insomma

La cliente assume una posizione da esperta rispetto alla gestione del pagamento e one-up nei confronti della terapeuta, alla quale spiega come può essere gestita la consultazione (“può *anche essere gratuita*”). Quando apprende il costo delle sedute la cliente inizia un’escalation simmetrica attraverso la contrattazione sul prezzo; ritenendo che il lavoro della terapeuta non valga il costo richiesto, svergogna implicitamente la qualità del suo intervento. Tale interpretazione non si basa sul fatto che la parcella richiesta possa esser considerata dai clienti troppo onerosi rispetto alla propria disponibilità economica; infatti la cliente 3 ha fatto numerosi riferimenti alle questioni economiche correlandole alla professionalità e all’onestà del terapeuta. Ad esempio:

Cliente 3 (sed. 2)		
80	Terapeuta:	Ecco esatto come mai lei ha questa droga diciamo dei terapeuti come no come –
81	Cliente:	Sì, sembra una dipendenza ma in realtà non lo è –
82	Terapeuta:	Esatto una dipendenza che però lei sa infatti non li vuol pagare cioè servono anche poco, questi terapeuti qui non li vuol pagare –
83	Cliente:	Non è che non li voglio pagare, perché comunque lav lavorano su di

		me lavorano con me mi danno una mano ecco –
84	Terapeuta:	Sì però danno un cattivo servizio e lei l'altra volta diceva quando ha sentito la cifra ha detto ma siamo matti io non non posso pagare questa cifra ed era anche piuttosto arrabbiata ee con l'idea che dice ma come che pretesa è? -
85	Cliente:	Mh Ma non è la quest se lei non mi avesse detto 200 mila ma se avessi sentito le le solite cifre quelle almeno che sento io non mi sarei spaventata

La terapeuta ridefinisce come una “droga” la sete di terapie della signora, che rifiuta questa definizione che la collocherebbe in una posizione di dipendenza ed inferiorità. Anche la seconda ridefinizione (“inutile pagare se non serve”) viene rifiutata. La signora si oppone alla terapeuta.

Cliente 3 (sed. 2)		
87	Cliente:	L'ultima è stata fantastica sotto l'aspetto economico, le ho raccontato tutto e lei è stata l'unica che mi è venuta incontro.

In questo passaggio la terapeuta, in opposizione alla precedente, viene posizionata come poco sensibile alle difficoltà della cliente perché non lascia aperta la via della negoziazione sul prezzo.

La cliente, a conclusione della seconda seduta, prova nuovamente a contrattare il prezzo e la terapeuta si pone in modo complementare, pur non negoziando la cifra:

Cliente 3 (sed. 2)		
511	Terapeuta:	Ecco, io quello che le dico è questo, poi se se lei vuole affrontare cioè vuole affrontare eh vuole andare a vedere quelle robe lì e ritiene opportuno a suo rischio e pericolo nel senso non rischio e pericolo di essere una cosa negativa, ma temo che non sia risolutivo –
512	Cliente:	Ma infatti non mi sento così spaventata forse perché comunque son già cioè la cosa che è –
513	Terapeuta:	Il rischio e pericolo è che possa spendere dei soldi inutilmente/
514	Cliente:	Ah, a proposito dei soldi, emm come cioè comunque la cifra è 200mila lire? –
515	Terapeuta:	Sì/
516	Cliente:	Ah, giusto per... l'altra volta eravamo rimasti si vedrà poi ne parliamo ok almeno così so anche questo cioè quindi è 200mila

lire".

La cliente reagisce con disappunto, evincibile anche dal tono di voce:

Cliente 3 (sed. 2)		
520	Cliente:	Lo so che c'è lo scarto di... anche perché io ne ho bisogno molto cioè io ne ho proprio bisogno se lei mi dovesse dire guardi ci vuole un minimo di non so 5 o 6 mesi io non ci vengo perché non sono cioè non mi sento più di di fare delle terapie così lunghe cioè sono.. /
521	Terapeuta:	No ma secondo me ecco è giusto anche questo suo essere stufa e secondo me non solo è giusto ma è spiegabile, cioè la strada non era quella giusta c'è il rischio è che lei continui a spendere effettivamente inutilmente perché il ritorno che ha avuto 7
522	Cliente:	È minimo.
528	Cliente:	Sì ma come è possibile che in 8 anni non ci sia stato nessuno che abbia azzardato questa ipotesi, non mi sembra..

La cliente si definisce a livello esplicito come sofferente e bisognosa, ma implicitamente fa un movimento di opposizione e chiusura. Conclude infatti screditando la terapia, sottolineando che in 8 anni *"non c'è stato nessuno che abbia azzardato questa ipotesi"*.

Aspettative nei confronti delle terapie

Nell'analisi delle aspettative la terapeuta pone la cliente di fronte alla questione economica e alle sue numerose esperienze di terapie:

Cliente 3 (sed. 2)		
142	Terapeuta:	Ha speso certo non solo ma lei sa già che intanto non serve. Cioè questo è il principio quindi va nella sua slot machine a tirar giù una... sa che non serve semplicemente lei in qualche modo lei riceve questa conferma che anche questo qui non ha potuto fare niente e passiamo ad un altro. Quando è un po' più intelligente rispetto più furba rispetto ecc ecc contratta il prezzo in modo che non servirà ma almeno non mi faccio dissanguare. È così la storia?
143	Cliente:	Sì può essere così, ma io dopo che so questo a me cosa mi dà? Cioè dopo che io mi rendo conto che è così, posso decidere di non andare più e me li tengo da sola i problemi come cioè, come ho sempre

	fatto?
144	Terapeuta: Cioè voglio dire intanto prima di iniziare un lavoro io voglio capire che che musica devo suonare e qual è la situazione (...) non mi sogno neanche di iniziare un lavoro che è su basi sbagliate io adesso sto lavorando non per vedere se le serve o non le serve se le serve ad esempio lo spendere soldi inutilmente
147	Cliente: Sì sì io sono apertissima su se lei mi dice che è così eh io le posso dire può essere che sia così probabilmente lo faccio... è come dice lei cioè negozio il prezzo oppure non accetto il prezzo perché per me è troppo alto può essere

La terapeuta posiziona la cliente come poco motivata e interessata a coinvolgersi in un percorso, a cui la cliente retroagisce un movimento atto ad esplicitare la propria totale disponibilità.

Inoltre:

Cliente 3 (sed. 2)	
247	Terapeuta: L'idea è che questi terapeuti devono rimetterla a posto
248	Cliente: A me piacerebbe, sennò uno perché va da un terapeuta? Mi piacerebbe che mi dessero delle risposte visto che ne ho cambiati.. Non ho gli strumenti per aiutarmi di più.

La cliente si pone come bisognosa, poco attrezzata a far fronte ai suoi problemi: esplicitamente si affida all'esperta per ricevere risposte ed essere cambiata, ma implicitamente ha in diverse occasioni abbassato i terapeuti che pur avendole fornito delle "risposte" non l'hanno guarita.

Cliente 4

Spiegazione del setting

Cliente 4 (sed. 1)	
1	Terapeuta: Qui c'è una telecamera se non ha niente in contrario
2	Cliente: Ehh...ho un po' in contrario/
5	Terapeuta: Non le funziona?
6	Cliente: Mmmh
7	Terapeuta: Per noi, le spiego, adesso siamo in consultazione può fare quello che vuole, però ne abbiamo bisogno, è uno strumento di lavoro per me

		essenziale
8	Cliente:	Allora se è essenziale (<i>tono scettico</i>)
9	Terapeuta:	Adesso è in consultazione può fare quel che vuole
10	Cliente:	No beh
11	Terapeuta:	Io gliela spengo, però se si parla di un lavoro futuro, per forza, le spiego il motivo..è essenziale perché perdo la sequenza degli argomenti
14	Cliente:	Sì sì, no, ok va bene

La cliente è inizialmente contrariata dalla presenza della telecamera e apre con un movimento oppositivo: la terapeuta la rassicura ponendosi in modo complementare specificando che se desidera, per la fase di consulenza, potrà tenerla spenta. La signora, assumendo un *positioning* remissivo e accomodante non negozia le regole del setting nemmeno in seconda seduta, quando la terapeuta le chiede nuovamente il permesso per la registrazione:

Cliente 4 (sed. 2)		
457	Terapeuta:	...Se mi consente di registrare..
458	Cliente:	Quello lì va beh, a me basta solo non rivedermi!
459	Terapeuta:	Invece di aver dietro i colleghi, quello me lo deve dire, se me lo consente o no
460	Cliente:	No no, va bene

Riferimento ad altri psicologi e curanti

Durante la telefonata la cliente mette implicitamente in guardia la terapeuta facendo riferimento all'inviante, posta come competente ed esperta:

Cliente 4 (telefonata)		
	Cliente:	questa dottoressa mi ha detto "non me la vedo che si affidi completamente...la vedo più attiva" (...)
	Cliente:	ha capito subito.. io non lo farei mai, di affidarmi.

La signora assume un *positioning* attivo e assertivo suggerendo alla terapeuta che in seduta avrà di fronte una persona capace di farsi valere, non disposta a posizionare la terapeuta come punto di riferimento.

Nella prima seduta la cliente rivolge un implicito elogio alla terapeuta attraverso i complimenti fatti alla curante precedente, che è l'inviante. Attraverso questo movimento relazionale riconducibile alla polarità vantare – abbassare, la cliente sta implicitamente mettendo in guardia la terapeuta (anche tu sarai così brava?):

Cliente 4 (sed. 1)	
143	Terapeuta: Ecco, lei aveva avuto un'ottima impressione di questa dottoressa
144	Cliente: Molto, perché/
145	Terapeuta: Le è piaciuta-molto
146	Cliente: Perché mi ha inquadrato con una velocità straordinaria.

I curanti divengono anche oggetto di movimenti riconducibili al polo “abbassare, svergognare” , ad esempio:

Cliente 4 (sed. 1)	
222	Cliente: Sono andata da un dietologo ma poi non ci sono andata più...perché io generalmente non mento, poi non vedo perché devo andare a mentire, se ti dico che io non mangio, ma sarò cretina a spendere quello che spendo per raccontarti delle balle, ma faccio prima a non venire, cioè... da essere senziante, se ti dico che è così, è così, vienimi incon.. vediamo perché.. per cui vedere questo che mi guardava come la donnetta, ma.. oh! In che film?

La cliente assume un *positioning* autentico e sincero e parallelamente svergogna il dottore, mediocre e incompetente, dal quale si è sentita giudicata. In tal modo, la signora sta implicitamente avvertendo la terapeuta di non assumere lo stesso *positioning* squalificante e one-up del medico: boicotterebbe la relazione interrompendo le sedute.

La cliente presenta poi una seconda terapeuta, vantandone l'acume:

Cliente 4 (sed. 1)	
224	Cliente: È stato veramente frustrante, sono andata da questa donna, questa dottoressa molto brava, che immediatamente mi ha detto “ <i>Guardi il suo problema è sistemare la sua vita sentimentale (...) è come se mettesse le cose nei cassetti sbagliati, come se prendesse il burro e lo mette nel cassetto e le calze in frigorifero</i> ”...Io sono rimasta molto colpita da questa cosa perché me l'ha detta subito eh!

La cliente opponendo l'uomo dietologo (fallimentare) alla dottoressa donna, elogia la competenza di quest'ultima e implicitamente pone l'attuale terapeuta nella stessa

posizione di eccellenza e superiorità, in quanto donna: è un altro movimento relazionale nei confronti della terapeuta collocabile semanticamente sul polo “vantare”.

Modalità di gestione della seduta

Rivelando nella propria autopresentazione che avrebbe voluto fare anche lei la psicoterapeuta, la cliente valorizza implicitamente il lavoro della terapeuta:

Cliente 4 (sed. 1)		
28	Cliente:	Io volevo diventare psicoterapeuta
29	Terapeuta:	Ah
30	Cliente:	Avrei voluto fare psicologia

Movimenti simili sono rilevabili in altri momenti delle sedute, ad esempio mentre la cliente sta parlando del rapporto con la propria madre:

Cliente 4 (sed. 1)		
358	Cliente:	eh cioè io le ho fatto da marito
359	Terapeuta:	eh la coppia, lei è stata da marito
360	Cliente:	mi sono sempre comportata come un maschio, cioè non ho mai avuto dubbi sul fatto che mi piacessero gli uomini (...) purtroppo, infatti avrei avuto meno problemi visto quanto le donne sono migliori rispetto agli uomini".

Utilizzando il genere come elemento di confronto, la cliente posiziona se stessa e la terapeuta dalla parte dei vincenti, compiendo una mossa di alleanza e avvicinamento.

L'emozione che emerge di frequente nella conversazione è la paura di sfigurare: ciò implica che la signora costruisce il *positioning* della terapeuta come giudicante, in posizione one-up.

Cliente 4 (sed. 1)		
213	Terapeuta:	La sua vita sentimentale?
214	Cliente:	Ecco.. Son di quelle cose di cui uno vorrebbe evitare di parlare..inesistente.

La cliente con tono imbarazzato, fa intuire il proprio disagio: vorrebbe chiudersi, ma ponendosi in modo sincero decide di rispondere alla domanda che potrebbe farla sfigurare agli occhi della terapeuta, alla quale è riconosciuto il ruolo di esperta.

Occorre precisare che la signora oscilla tra il vantare il setting terapeutico e l'abbassarlo: nell'arco di entrambe le sedute ad esempio, utilizza un lessico colorito,

volgare, non consono e incongruo al proprio livello socio-culturale. Sono di seguito riportati alcuni brevissimi esempi tratti da due episodi in cui la signora sta parlando del proprio padre (turni conversazionali 171 e 175) e delle proprie esperienze sentimentali fallite (turni conversazionali 309 e 425)

Cliente 4 (sed. 2)		
171	Cliente:	mi vedeva e non mi sopportava... io me ne andavo a mangiare per i cazzi miei
175	Cliente:	ma per qualsiasi cazzata qualsiasi cretinata era proprio... (...)
309	Cliente:	e tutta la vita.. ne ho i coglioni pieni.. Andassero affanculo le prede che scappano!
425	Cliente:	vero che là fuori ci sono cinque miliardi di potenziali stronzi, però dico ce ne saranno anche migliaia e migliaia di potenziali persone splendide

Anche dall'analisi degli aspetti analogici emerge che la cliente assume un *positioning* assertivo e sicuro di sé, nel tentativo di collocarsi nel polo vincente nell'interazione con la terapeuta: adagiata comodamente sulla sedia, gesticola quando risponde alle domande e utilizza con un tono di voce alto, deciso, mantenendo il contatto oculare e lo sguardo fisso sulla terapeuta.

Aspettative nei confronti della terapia

In apertura di seconda seduta, la cliente manifesta subito il suo scetticismo rispetto al percorso, abbassando implicitamente la terapeuta, che viene posta come inutile e non efficace:

Cliente 4 (sed. 2)		
2	Terapeuta:	Ci sono delle cose che ha pensato in questo periodo, di cui voleva accennarmi?
3	Cliente:	Mmm...sì, dubbi, perplessità...cioè se questa cosa può essere effettivamente utile, l'accordo su cui voglio andare a parare.

Nel corso della stessa seduta, la signora compie un movimento one-up, provocatorio:

Cliente 4 (sed. 2)		
220	Terapeuta:	Volevo capire l'aiuto che le posso dare, cioè che tipo di lavoro

	vorrebbe fare.
221 Cliente:	Eh questo me lo deve dire lei.

La cliente retroagisce all'intervento one-across della terapeuta un movimento simmetrico che fa sfigurare l'intervento terapeutico: la terapeuta è posta come non all'altezza: viene infatti chiesto a lei, in difficoltà, di proporre l'aiuto che vorrebbe.

Poi esplicita i suoi desideri:

Cliente 4 (sed. 2)	
288 Terapeuta:	Quindi i suoi desiderata sono "riuscire a dimagrire senza innamorarmi"
289 Cliente:	Sì.. se ci sono queste energie, queste capacità e ci sono, ci sono sempre state, non sono mica di qualcun altro
290 Terapeuta:	Certo, perché non tirarle fuori, c'è bisogno di qualcun altro che inneschi
291 Cliente:	Non parliamo di cose senza dire voglio cambiare la mia vita che oramai insomma è un po'...però almeno questa cosa qui, se è possibile.

Se nel corso della consultazione la cliente a livello esplicito si è proposta come attiva, grintosa e determinata, questa transazione fa emergere un movimento di opposizione a un potenziale cambiamento: la paura è di incrinare il rapporto con la madre, terrorizzata all'idea che la figlia intraprenda una terapia.

Cliente 4 (sed. 2)	
449 Cliente:	La psicoterapia la prima cosa che fa dice ti mette contro la famiglia, divide la famiglia, mette contro i figli e i genitori.
450 Terapeuta:	La mamma ha questa idea
451 Cliente:	Eh sì, ma anch'io, abbastanza, cioè nel senso che comunque adesso siamo in un periodo storico in cui si va sempre più verso la divisione che l'unione, generalmente. Però ad esempio questo tipo di psicoterapia già il fatto di fare una terapia familiare lo fai per.. devi scavare, devi tirarli fuori sti conflitti ma per costruire poi qualcosa; non è una cosa fine a se stessa insomma
452 Terapeuta:	Sì sì
453 Cliente:	Come la vecchia psicoanalisi sempre la mamma, il papà...l'invidia del pene, della vagina, cioè nel senso è servito, però mo' è passata,

cioè, nel senso, siamo oltre

La cliente attraverso la madre, si posiziona come timorosa e cauta nei confronti della terapia, che viene considerata una potenziale minaccia alla loro relazione. D'altra parte, contrapponendo l'approccio psicoanalitico che ha l'attitudine a colpevolizzare i genitori a quello della terapeuta, considerato moderno e costruttivo, la cliente ne valorizza il lavoro. Attraverso il movimento dell'elogiare la signora si appella implicitamente alla terapeuta, esortandola ad andare oltre e a non attaccare il suo rapporto con la madre.

Cliente 5

Reazioni alla spiegazione del setting

Cliente 5 (sed. 1)	
8	Terapeuta: ...e seguono due colleghi come.. come..
9	Cliente: Ah, due colleghi?
10	Terapeuta: Sì sì
11	Cliente: Sì, tanto io le ho detto, guardi, pur di uscire da questa empasse mi metterei in piazza, guardi! In piazza no perché ho un certo ritegno, c'è sempre una certa sofferenza.

La cliente in avvio di seduta dichiara di esser disposta a tutto pur di uscire dal suo problema, ponendosi come combattiva e volitiva. La terapeuta appare però agli occhi della cliente come prevaricante, perché approfittando della sua temporanea posizione di debolezza e del rapporto asimmetrico le impone di esser osservata da altri due colleghi.

Emerge in questi primi scambi la dimensione di significato autentico – di facciata: almeno a livello esplicito la signora si dice pronta ad aprirsi e mostrarsi in modo sincero, anche se ciò potrebbe significare sfigurare agli occhi della terapeuta:

Cliente 5 (sed. 1)	
675	Cliente: Però le dico sinceramente, dato che qui non si bara,...
676	Terapeuta: Sì sì..

Anche in seconda seduta:

Cliente 5 (sed. 2)	
259	Cliente: Io sono tutta d'un pezzo, io... Io son qui, le dico me stessa.

Il movimento relazionale è riconducibile alla polarità semantica svelarsi – nascondere: la cliente si pone quindi sul polo dell'autenticità, mentre la terapeuta viene posizionata come interlocutrice affidabile e fidata.

Riferimenti espliciti o impliciti alla relazione con la terapeuta

Durante la raccolta di informazioni sulla famiglia di origine, la cliente utilizza dimensioni fisiche ed estetiche per descrivere la madre, coinvolgendo anche la terapeuta nel paragone:

Cliente 5 (sed. 2)		
268	Terapeuta:	E la mamma?
269	Cliente:	La mamma era una bella signora, come lei, una bella signora. La mia mamma era una bella signora.
272	Terapeuta:	Un po' in carne.
273	Cliente:	No, no, no, no, no. Una bella signo...
274	Terapeuta:	Rispetto a voi era in carne.
275	Cliente:	No
276	Terapeuta:	No
277	Cliente:	Sa, un po' sfatta perché aveva la pancia
278	Terapeuta:	Sì
279	Cliente:	...dovuta al fatto che a 40 anni ha avuto due gemelle, però se lei l'avesse vista diceva: "una bella signora!".
280	Terapeuta:	Sì
281	Cliente:	Non magra
282	Terapeuta:	Non magra. Appunto, la mamma no.

Apparentemente la signora fa un complimento alla terapeuta, posizionandola sullo stesso polo della madre che viene definita "una bella signora", ma implicitamente la umilia, ammettendo poco dopo che rispetto a lei, estremamente magra, era più grassa. La polarità magro – grasso e il movimento dell'umiliare emerge anche nell'episodio seguente:

Cliente 5 (sed. 2)		
366	Terapeuta:	La mamma invece non era per niente asciutta
367	Cliente:	No,no, era una bella signora
368	Terapeuta:	Sì
369	Cliente:	Come lei!

370	Terapeuta:	Ecco, lei..., lei... Io non mi offendo se mi dice che sono grassa, per lei sono un baule
371	Cliente:	No no no, ha una bella figura, no!
372	Terapeuta:	Un po' robusta
373	Cliente:	No
374	Terapeuta:	Come me ecco
375	Cliente:	Sì

Nell'interazione esplicita con la terapeuta, la cliente insiste nel definirla normopeso, (adeguarsi): soltanto quando la terapeuta si autodefinisce “baule” la signora accetta il *positioning* e concorda nel definirla “non magra” (opporsi).

La cliente riconosce però una qualità importante alla terapeuta, che viene posta nel polo volitivo e grintoso. Implicitamente cerca un avvicinamento a lei:

:Cliente 5 (sed. 1)		
1262	Terapeuta:	T –(il cellulare) lo tengo aperto – perché poi son sempre in seduta... – alla mattina presto deve chiamarmi... (...)
1273	Cliente:	ah, ecco, anche lei è mattiniera!

Generalmente i *positioning* espliciti della cliente afferiscono alla dimensione dell'essere sofferente e bisognosa di aiuto; la terapeuta è posizionata come esperta alla quale affidarsi:

Cliente 5 (sed. 2)		
1123	Cliente:	E infatti io volevo anche, prima di tutto io volevo chiederle: mi dia qualcosa per calmarmi perché pensi che io sono arrivata a un punto tale che, quando vado a scuola al mattino alle otto, son tesa! Perché mi sembra di avere un cumulo di... Che poi mi devo vestire e fare il latte al Filippo. No, c'è anche Francesco a cui pensare: dare la pappa anche a Francesco. Mmh... Però mi sento schiacciata da tanto di quel, di, di, di quel lavoro.

Come si nota nell'episodio successivo, la signora si posiziona come una malata grave e chiede esplicitamente alla terapeuta di accettare la sfida e prenderla in carico nonostante la difficoltà della situazione:

Cliente 5 (sed. 1)	
1190	Terapeuta: ...dobbiamo veder se ci sono le condizioni e che tipo di lavoro fare, dobbiamo deciderlo insieme
1191	Cliente: Mmh, e però non mi lasci, eh? perché io non posso stare in piedi da sola.
1192	Terapeuta: Tutto quello che è possibile...
1193	Cliente: Vado alla de..., vado alla deriva, io da sola non ce la faccio

La cliente si affida alla terapeuta, che si pone in modo accogliente.

Riferimento ad altri curanti/psicologi.

La cliente riferisce di aver già avuto alcune esperienze terapeutiche:

Cliente 5 (sed. 1)	
33	Cliente: non volevo affrontare il viaggio a Milano, ero andata a [<i>nome del paese</i>], nelle nostre zone ...una persona squisita. Però mi ha detto proprio: <i>“Io non sono in grado di aiutarla... perché è una situazione troppo complessa”</i> . (...)
37	Cliente: E mi ha mandato, appunto, da questa Mariangela..., Marie..., bah, insomma ce l’ho qui l’indirizzo, dove son rimasta un anno.

La prima psicologa si ritira impaurita dalla complessità del caso: la cliente si presenta come una paziente difficile e impegnativa. In tal modo sta implicitamente sfidando la terapeuta: è abbastanza competente per poterla aiutare o non sarà all'altezza, inetta come la precedente? È come se la cliente innescasse una sorta di competizione tra i curanti.

La signora riferisce inoltre di aver interrotto anche l’ultima terapia, rivelatasi inefficace rispetto al problema del cibo:

Cliente 5 (sed. 1)	
1033	Cliente: Adesso comincio ad avere paura. Non me ne frega niente di crepare se è il mio momento, però.. son stufa di.. però guardi alla dottoressa
1036	Terapeuta: Sì
1037	Cliente: L’ultima, che lunedì mi ha voluto vedere però io le ho detto <i>“stop”</i> ,

	le ho detto
1038	Terapeuta: Quindi questa terapia è ancora in atto in qualche modo.. ne parliamo
1039	Cliente: No, no, no io lunedì ho detto stop, ho bisogno di troncare perché son stanca di questi compiti di queste.. Che han risolto il problema “X” però c'è sempre questo senso di colpa (...) lei non ha saputo gestire le due porte che si son chiuse.. e però il mio rapporto col cibo è sempre conflittuale e non è mai stato risolto.

La cliente si pone come assertiva e grintosa, umiliando la psicologa che utilizzava tecniche inutili e superficiali *“sono stanca dei compitini”*.

Nel corso della consultazione il *positioning* esplicito assunto dalla cliente è sul polo della volitività, dell’impegno per tentare di risolvere il problema.

Nella seconda seduta, il riferimento agli altri curanti è utilizzato per cercare un’alleanza con la terapeuta:

Cliente 5 (sed. 2)	
257	Cliente: ...che è stato proprio il campanello d’allarme, dove mi son resa conto: <i>“Devo scegliere, tra mio marito e la Gabriella.”</i> E guardi che io... Noi a scuola abbiamo una psicologa, che è anche mia amica.
258	Terapeuta: Sì
259	Cliente: E allora io le ho detto: <i>“Maddalena, io non so come dire alla Gabriella che ho bisogno di più autonomia, di più libertà, di, di, che lei influisca meno nella mia famiglia”</i> . E l’ho portata: un’attrice. Di fronte alla mia collega: <i>“Ma è giusto, ma indubbiamente: loro hanno diritto alla loro esistenza...”</i> . Ma dico! Il comportamento allora dov’è? Se tu razionalizzi che non devi venire tutte le domeniche, che non devi, ehm, uscire sempre con noi, perché di fatto lo fai?.

La cliente posiziona la terapeuta come un’alleata con l’aiuto della quale vincere la battaglia, implicitamente le chiede di schierarsi al suo fianco contro la sorella, come ha fatto la psicologa, sua amica e collega.

Modalità di gestione della seduta

Gli aspetti analogici dell'interazione evidenziano che nel corso della consultazione la cliente assume un *positioning* collaborante e coinvolto; è protesa verso la terapeuta, a volte gesticola nel tentativo di farsi meglio comprendere e mantiene il contatto oculare costantemente. Le risposte fornite sono precise e complete. Attraverso il tono di voce fermo e deciso la cliente si pone inoltre come grintosa e determinata.

Nonostante le sue modalità cordiali ed educate, la cliente tenta di assumere il controllo della conversazione e della relazione con la terapeuta in diversi episodi della seduta:

Cliente 5 (sed. 1)		
903	Cliente:	Dottoressa, veramente pesante (...) e..., e lui mi è semp... E a me dà fastidio... [<i>Guarda l'orologio: è passata un'ora</i>] Se, se dobbiamo...
906	Terapeuta:	No, no, un'ora e mezza possiamo stare.

La cliente assume la gestione dei tempi del colloquio: è lei a decidere se è giunto il momento di chiudere la seduta. Non rispettando l'asimmetria dei ruoli si pone one-up nei confronti della terapeuta.

Al termine della seduta la terapeuta lascia un biglietto alla cliente con i propri recapiti telefonici, da utilizzare in caso di bisogno e per confermare il prossimo appuntamento:

Cliente 5 (sed. 1)		
1260	Terapeuta:	Esatto. Con quell'altro parla direttamente con me, però lo tengo aperto, perché poi son sempre in seduta, alla mattina presto deve chiamarmi
1261	Cliente:	Infatti io ho provato, però quel giorno che l'avevo chiamata lei l'aveva chiuso!
1262	Terapeuta:	Boh, può darsi. Qualche volta, perché, se sono in macchina...o se sono per strada lo chiudo
1263	Cliente:	Eh infatti..

La cliente smaschera la terapeuta, precisando che nonostante quanto abbia appena detto, non rispetta le sue stesse regole non rendendosi reperibile agli orari indicati. La terapeuta viene posta come poco sincera, o meglio, poco professionale e viene implicitamente svergognata.

Infine, la cliente chiede che le venga chiamato un taxi, e si rivolge alla terapeuta trattandola come se fosse la sua segretaria:

Cliente 5 (sed. 1)		
1301	Cliente:	Senta, se però gentilmente mi chiama un taxi
1302	Terapeuta:	Sì sì
1303	Cliente:	Ho il cellulare che è esaurito

3.5.2. Gruppo 2: clienti con disturbo dello spettro fobico

Cliente 6

Riferimenti espliciti o impliciti alla relazione con la terapeuta

La cliente arriva all'appuntamento con pochi minuti di ritardo:

Cliente 6 (sed. 1)	
Terapeuta:	Eccoci qua
Cliente:	Buongiorno, mi dispiace che ho fatto tardi..
Terapeuta:	[<i>si sposta di sedia per dare le spalle alla telecamera</i>] Le dispiace accomodarsi qua, che sono abituata eh/
Cliente:	No assolutamente, mi dispiace che sono arrivata anche 5 minuti in ritardo.. mamma mia.. sono contenta che ci siamo riuscite a
Terapeuta:	A conoscere
Cliente:	Mamma mia sì

La signora si scusa immediatamente con la terapeuta e accetta di cambiare sedia senza replicare. In questo episodio la cliente costruisce una transazione complementare: dapprima si posiziona one-down assumendosi la responsabilità del ritardo, poi si alza per far posto alla terapeuta.

La cliente valorizza in diverse occasioni gli interventi della terapeuta, come emerge dall'esempio seguente:

Cliente 6 (sed. 1)	
Terapeuta:	un lavoro quindi anche più interessante
Cliente:	Ecco! Brava! [<i>allarga le braccia mentre si protende verso la terapeuta</i>]

La cliente, con questo complimento esplicito, colloca la terapeuta nella posizione di competente ed esperta e se stessa nella posizione di chi è accolta e capita. La gestualità della signora appare goffa e a tratti enfaticizzata: tende ad assumere un *positioning* infantile, quasi da bambina. Anche al termine della fase di consultazione è possibile rilevare questa modalità interattiva:

Cliente 6 (sed. 2)	
Terapeuta:	Io direi per oggi mi sono fatta un'idea
Cliente:	Lei dice che sono stata abbastanza chiara? Mi dispiace
Terapeuta:	Sì ha detto un sacco di cose

Cliente:	Anche con i pianti, (<i>sorride contenta</i>)
Terapeuta:	Ci vediamo ancora una volta per fare il punto
Cliente:	Certo, certo

La cliente ponendosi ancora come una bambina, chiede alla terapeuta come si sia comportata, probabilmente nel tentativo di ottenere delle rassicurazioni, come accade nel seguente episodio:

Cliente 6 (sed. 2)	
Cliente:	Seconde lei, cioè io potrò finalmente diventare una persona più sicura? È questo che io voglio, mi fa paura diventare più sicura perchè son stata talmente male adesso comincio a ritornare oddio
Terapeuta:	Non so la storia è complicata (...)
Terapeuta:	Possiamo fare sei sette incontri, mantenendo la T, on sarei tranchante in questo caso, questo è un rapporto storico di 11 anni
Cliente:	Sì caspita, ma lei dice che è un caso difficile?
Terapeuta:	La sua non è una cronicità tetra, ha fatto delle cose, si è sposata, lavora...

La cliente si pone come debole, fragile si affida alla terapeuta, che la rassicura rispetto alla gravità della situazione. La signora si pone complementariamente alla proposta terapeutica, accettandola sorridente e mostrandosi contenta.

Reazioni al setting

La cliente, pur essendo imbarazzata per la presenza della telecamera, non lo riferisce alla terapeuta e dà il suo consenso sorridendo. Il comportamento analogico però rivela un certo disagio: la signora si guarda in giro, chiude le spalle arroccandosi sulla sedia.

Cliente 6 (sed. 1)	
Terapeuta:	Dunque intanto le spiego, noi qua lavoriamo con lo specchio unidirezionale e la telecamera e dietro c'è un collega che segue la seduta; questo per le sedute di consultazione
Cliente:	Ah... ho capito
Terapeuta:	È un metodo che abbiamo cominciato ad usare con le famiglie, lì è indispensabile ma poi abbiamo visto che è molto utile anche per le individuali
Cliente:	Ah, sì sì

Terapeuta:	Poi se si dovesse decidere di proseguire può decidere se avere i colleghi dietro lo specchio oppure no, perché magari preferisce non averli, però la telecamera è indispensabile perché se no perdo troppe informazioni
Cliente:	Ah certo.. sì sì sì.. è un metodo..
Terapeuta:	È un metodo che serve a lavorare meglio
Cliente:	Sì sì
Terapeuta:	Nelle individuali ci mettiamo d'accordo perché può essere che le dia fastidio
Cliente:	Sì no , non lo sapevo mi sento un po'..
Terapeuta:	Esatto
Cliente:	Sì sì sì eh eh, sì certo

La cliente ascolta senza ribattere; l'imbarazzo (“*mi sento un po'...*”) viene solo accennato. A livello esplicito, la signora si pone in modo complementare alla terapeuta, che viene posta nel ruolo di guida competente a cui potersi affidare, un movimento relazionale caratteristico della semantica della Libertà. Implicitamente però, il setting e la terapeuta vengono posti come pericolosi: all'inizio della seconda seduta infatti la cliente riferisce timidamente alla terapeuta di aver riflettuto sulla presenza dei colleghi dietro lo specchio:

Cliente 6 (sed. 2)	
Cliente:	Perché cioè dico.. se giustamente le serve per aiutare così meglio e avere una più corretta visione l'idea che qualcun altro segua oltre che lei
Terapeuta:	La mette un po' in ansia
Cliente:	Sì un pochino, magari dentro di me penso direi qualcosa in più invece magari uno è tentato di dire qualcosa in meno

La signora assume un *positioning* timoroso e diffidente rispetto al setting; per questo fa un movimento di chiusura chiedendo cautamente alla terapeuta di non far seguire i colleghi. Di fronte alle rassicurazioni della terapeuta che la tranquillizza (one-across), la cliente si pone ancora una volta in modo complementare: sorridendo accetta le regole.

Riferimento ad altri psicologi o curanti

La cliente riferisce che suo marito ha un'opinione negativa degli psicologi:

Cliente 6 (sed. 1)	
Cliente:	Siccome lui ha tra virgolette questa avversione per gli psicologi, no, io invece.. a me piace nel senso che persino .. avevo un interesse anche quando ero giovane per la materia però poi nel mio percorso che ho avuto di sofferenza così..cioè, sono un po' stufa (si commuove)
Terapeuta:	È un periodo pesante
Cliente:	Ne ho avuti di tremila volte peggio, questo a confronto è acqua di rosa però sa quando dice "ci sarà un momento in cui potrò stare un po' tranquilla? Non so, avere una visione un po' più a lungo raggio, una serenità, così ecco è questo che mi chiedo. Poi sa ho iniziato ad avere il primo attacco di panico a 17 anni..

Assumendo una posizione esplicitamente in antitesi a quella del marito, la cliente valorizza il lavoro della terapeuta, alla quale si affida nella speranza di avere delle risposte. Successivamente la signora racconta del percorso psicologico avuto con un illustre terapeuta cognitivista:

Cliente 6 (sed. 1)	
Cliente:	Lui mi ha preso per i capelli, cioè mi ha detto " <i>Lei deve costringersi a lavorare, ad uscire, a fare</i> " e io " <i>no sto male, sto male, sto male non ce la faccio</i> ". Mi sono imbottita di farmaci e ho fatto un part-time, mi sono messa di fianco a imparare (..) insomma le mie cose le facevo (...)

La cliente si pone come fragile e sofferente e, al tempo stesso, come motivata alla guarigione: ha infatti seguito i consigli del curante nonostante le costassero molta fatica. Dall'interazione con la cliente è possibile rilevare numerosi movimenti relazionali riconducibili alla polarità affidarsi – affrancarsi, nella quale si colloca sull'estremo della dipendenza, come si può evincere dal racconto della seconda esperienza terapeutica, mantenuta nonostante l'inizio della presente consultazione:

Cliente 6 (sed. 1)	
Cliente:	Devo dire che a livello di farmaco mi ha portato beneficio, poi sono approdata da questa terapeuta che tuttora mi segue, avevo 40 anni

Terapeuta: Quindi sono 12 anni
 Cliente: Sì, 12 anni, 12 anni
 Terapeuta: Prima c'era stato [*nome terapeuta*]
 Cliente: Sì dai 23 ai 35, poi mi sono un po' stufata perché vedevo che stavo meglio, vedevo che comunque .. però non son mai stata (da sola senza T intende) perché son passata poi all'altra

 Terapeuta: Con questa terapeuta si vede una volta la settimana?
 Cliente: Sì, i primi sei anni due volte la settimana, poi dal sesto anno in avanti una volta a settimana, poi dopo io vedevo che era un periodo che stavo meglio soprattutto quando mi ero sposata e io chiedo, comincio a.. e lei: "sì, boh" e io dicevo: "boh ma.. cioè" (intende che voleva smettere la terapia) e poi le ho portato un sacco di persone, di pazienti, perché io parlavo... Io dicevo magari se sto male poi ritorno
 Terapeuta: Quindi ha fatto un periodo di intervallo?
 Cliente: No mai di intervallo, ero riuscita ad arrivare una volta ogni 15 giorni, e adesso sono tornata una volta la settimana.. però certo iniziamo a parlare ed è già ora di lasciarci, perché dopo 15 giorni le cose son tante e si accumulano

In questi passaggi emerge l'oscillazione tipica nei pazienti fobici tra il bisogno di autonomizzarsi e svincolarsi dalle relazioni significative, in questo caso della psicologa, e la paura di allontanarsene troppo, che induce la cliente a mantenere una posizione di dipendenza e vicinanza: non prende mai la decisione di interrompere il percorso anche nei momenti di benessere. La psicologa viene esplicitamente posta come competente e accogliente, ma implicitamente la cliente ne mette in dubbio la professionalità, ponendola come interessata al suo denaro:

Cliente 6 (sed. 2)	
Terapeuta:	Chi sa che è venuta qua?
Cliente:	Mio marito alcune mie amiche, a mia madre ho detto " <i>vado da questa professoressa, molto in gamba</i> " e lei " <i>sì però, vedi anche col neurologo ti ha aiutato</i> "
Cliente:	[<i>riferisce di non aver detto nulla all'altra terapeuta per paura di ferirla:</i>] siccome poi ogni tanto.. mi frulla questa cosa, " <i>ma ci fa o ci</i> "

è?”. Sa com’è, senza essere negativo, ma con un marito che continua eeeh, io che ho fiducia però sa com’è alla fine vedo che comunque cioè..

La cliente esprimendo la paura di esser sfruttata dall’attuale curante, chiede implicitamente alla terapeuta di seguirla in modo disinteressato. La signora assume quindi un *positioning* diffidente: non sa se fidarsi o meno, nonostante il nominativo della terapeuta le sia stato fornito da una carissima amica. Anche nella seconda seduta, la cliente oscilla tra il desiderio di chiudere il rapporto e il desiderio di mantenere la relazione:

Cliente 6 (sed. 2)	
Cliente:	Cioè, io vorrei staccarmi, io vorrei/
Terapeuta:	Però mantenendo il rapporto
Cliente:	Ecco
Terapeuta:	È questo il problema, vorrebbe staccarsi ma mantenere il rapporto, ormai è anche un’amica
Cliente:	Sì, ma cioè non dovrebbe essere così (..) cioè adesso non sto bene, ma perchè nel periodo in cui stavo bene non mi hai.. cioè comunque “ <i>ci vediamo</i> ” questo appuntamento fisso c’era sempre allora, dai dai dai, alla fine uno dice
Terapeuta:	Lei pensa che sia disonesta
Cliente:	Ci ho anche pensato, poi mio marito che continua tatattata

Modalità di gestione della seduta

Come è stato evidenziato in occasione della spiegazione del setting, la cliente costruisce generalmente transazioni complementari:

Cliente 6 (sed. 1)	
Cliente:	Io andavo anche per lui quindi per aiutarlo nelle sue situazioni, si stava facendo perdere una possibilità di lavoro/
Terapeuta:	Ecco senta una cosa
Cliente:	Sì, basta

Quando la terapeuta riprende il filo del discorso interrompendo il dilungarsi del racconto della signora, questa prontamente le lascia la parola, riconoscendole il ruolo di conduttore della seduta. La signora si pone come una bambina dipendente e pone la terapeuta come un genitore da ascoltare.

Aspettative verso la terapia

Cliente 6 (sed. 1)	
Cliente:	Ho avuto una crisi come tante.. nella mia vita mi domandavo: “ <i>Cosa faccio della mia vita?</i> ”

La cliente si sta implicitamente affidando alla terapeuta, posizionata nel corso della seduta come esperta e competente. Approfondendo ulteriormente le aspettative, la cliente esprime chiaramente i propri *desiderata*:

Cliente 6 (sed. 1)	
Terapeuta:	Ecco, perché ce l’ho qua?
Cliente:	Perché.. prima di tutto.. anche io me lo sono chiesto in questi ultimi anni, perché questa terapia con questa terapeuta emm.. non mi porta più da nessuna parte. Mio marito che continua a dirmi: “ <i>Ti prende in giro ormai da anni</i> ”, io che 5 anni fa volevo quasi finire, e sono riuscita ad avere ogni 15 giorni, però lei mi diceva... quindi sapere cosa vuol dire tutto ciò sicuramente in questi anni mi ha aiutato ma adesso io come mi comporto? Cioè se no mi sembra di non farcela mai da sola, nello stesso tempo terrorizzata di lasciarla perché poi ho avuto un paio di anni fa problemi di insonnia e quindi/
Terapeuta:	Perché è diventato un familiare
Cliente:	È diventato un familiare
Terapeuta:	Per lei è importante
Cliente:	Per me è importante, perché conosce la mia vita.. e io poi quando non riuscivo a dormire potevo telefonarle “aiuto che cosa faccio, sto male sto male”.. e poi ce l’ho fatta a superare quella cosa, quindi sapere come mi devo muovere a livello terapeutico ecc ecc. Due a livello... ci sono tante cose.. la paura di restare da sola, perché lui magari lo posso perdere
Terapeuta:	Mentre la terapeuta ce l’ha sempre, lei pensa
Cliente:	No, cioè.. rispetto a mio marito non avere sempre questa paura che lui mi lasci (...) poi a livello lavorativo, come muovermi

La cliente si pone come debole e disorientata; a livello esplicito tali richieste denotano un totale affidarsi alla terapeuta, posizionata come colei che può guidarla nelle aree più importanti della sua vita.

In linea con questa interpretazione, la cliente afferma:

Cliente 6 (sed. 2)	
Cliente:	Alla fine dico.. nello stesso tempo mi piacerebbe capire un po' come impostare la mia vita futura.. non so se qualcuno.. dovrei farlo io, lo so che dovrei farlo io, ma non riesco

Accordi sui prossimi appuntamenti

La cliente chiede in modo timoroso e gentile se sia possibile posticipare l'orario del prossimo appuntamento; alla risposta negativa della terapeuta, accetta senza protestare confermando la modalità complementare di posizionarsi nei confronti della terapeuta:

Cliente 6 (sed. 2)	
Terapeuta	Dal 15 aprile possiamo iniziare, alle 17?
Cliente:	Un pochino più tardi no? non ce la fa vero?
Terapeuta:	No
Cliente:	Mm, va bene senta io cercherò di...
Terapeuta:	17.15 posso fare al massimo
Cliente:	Sì sì sì
Terapeuta:	Al massimo se mi viene uno spazio libero in quella settimana lì, la chiamo
Cliente:	Sì sì
Terapeuta:	Io farei una volta la settimana
Cliente:	Sì sì sì
Terapeuta:	Però mi deve venire incontro in questo periodo
Cliente:	Certo certo!

Cliente 7

Modalità di gestione della seduta

L'osservazione della comunicazione analogica risulta essere una chiave di lettura particolarmente informativa per analizzare i movimenti relazionali emergenti nella conversazione con il cliente 7. Nella parte iniziale del primo colloquio il ragazzo è sdraiato sulla sedia con le gambe accavallate: l'apparente atteggiamento rilassato è però tradito dallo sguardo, guardingo e prudente, con il quale osserva la stanza e la terapeuta.

La prudenza e il conseguente cautelarsi si possono inferire inoltre dalla modalità di risposta alle domande della terapeuta, pertinenti ma circoscritte: il cliente non fornisce

spontaneamente informazioni aggiuntive che permettano di approfondire l'argomento della conversazione. Soltanto intorno alla metà della seduta il cliente appare maggiormente a suo agio, coinvolto: si protende con il busto verso la terapeuta mantenendo il contatto visivo e risponde in modo più articolato. Questo movimento di apertura è però seguito da un progressivo chiudersi alla terapeuta quando tenta di approfondire un tema emotivamente intenso come le vicende familiari: progressivamente il ragazzo modifica la postura rannicchiandosi e chiudendosi sulla sedia, si avvicina allo schienale e chiude le spalle.

In alcuni passaggi della seduta inoltre, il cliente assume un *positioning* incongruo rispetto alla sua età, al suo livello di istruzione e al setting: mette i piedi sulla sedia e si siede a gambe incrociate, utilizza un linguaggio colorito.

Cliente 7 (sed. 1)	
356	Cliente: ...insomma quando viene a casa uno stanco dopo dieci ore di lavoro, non è che s'incazzava a volte.. scusi, s'incavolava a volte se andava a dormire alle otto e mezza, però lo capiva anche

Il cliente ridacchia per qualche secondo prima di scusarsi e correggersi con la terapeuta. Sembra un tentativo di rendere l'interazione più informale e familiare, quasi ad assimilarla a una conversazione quotidiana: il cliente si pone come un adolescente nei confronti della terapeuta, che viene posizionata come professionista con la quale scusarsi dopo aver trasgredito una norma.

Nonostante il movimento del cautelarsi, tipico del *positioning* prudente assunto dal cliente, è possibile rilevare in alcuni passaggi della seduta una richiesta di aiuto implicita alla terapeuta, posta come esperta dalla quale essere rassicurato rispetto al suo essere "normale". Un esempio, in tal senso, è fornito dalla descrizione che il cliente espone sulle vicende del proprio zio materno, ricoverato in una struttura psichiatrica:

Cliente 7 (sed. 1)	
437	Cliente: Sì poi la situazione in questi posti penso.. gli facevano l'elettroshock.. una volta all'anno andavano i miei a trovarlo (...) non mi era mai stata spiegata la situazione finchè un giorno che eravamo soli con mio padre in macchina mi fa: "<i>Senti ti devo dire una cosa, è giusto che tu sappia</i>". Eravamo giù al mare, mio padre ha raccontato un po' questa storia, poi con gli anni si è affinata, tanti particolari son venuti fuori per sommi capi me l'ha raccontata .. e io

da allora ho iniziato a interiorizzare molto la figura di questo zio in manicomio, l'ho sentita una figura molto vicina ecco

Il cliente riferisce di sentirsi molto vicino alla figura dello zio schizofrenico, ponendosi quindi come malato grave, timoroso di diventare pazzo: il movimento relazionale implicito verso la terapeuta è quello di affidarsi a lei, affinché lo aiuti a non diventare come lo zio. Il movimento dell'affidarsi è osservabile anche quando a conclusione della prima seduta il cliente esplicita di aver contattato la terapeuta a seguito del consiglio datogli dalla precedente curante, una persona vicina e familiare:

Cliente 7 (sed. 1)	
547	Terapeuta: Lei però in questi tre anni e mezzo non è andato avanti a prendere sempre le pastiglie, ha smesso.
548	Cliente: No, no, ho smesso e ho cercato anche di fare un percorso mio, di capire tante cose, di.. No, mi sento molto cresciuto insomma, ho cercato di focalizzare tante cose di me
549	Terapeuta: Quindi praticamente l'idea di venire qui le viene suggerita pochi giorni prima
550	Cliente: Suggerita sì
551	Terapeuta: Diciamo
552	Cliente: Diciamo

Riferimenti espliciti o impliciti alla relazione con la terapeuta

Cliente 7 (sed. 1)	
566	Cliente: Poi, diciamo, mi è balenata tante volte l'idea di iniziare una psicoterapia o consultare uno psicologo, che insomma mi desse, ascoltasse le mie cose e non mi desse le pastiglie.

Il cliente, parlando in generale di psicoterapia, chiede implicitamente alla terapeuta di essere empatica e vicina, non distaccata come lo psichiatra che voleva risolvere tutto con le medicine. All'interno dello stesso turno conversazionale però, il cliente prende implicitamente le distanze dalla terapia, mostrando l'oscillazione tra il polo affidarsi e cautelarsi tipica dei clienti con disturbo dello spettro fobico:

Cliente 7 (sed. 1)	
566	Cliente: ...però era, ho sempre avuto paura di far spendere ai miei soldi, per una cosa che loro, soprattutto mio padre che li guadagnava e non

	capiva
568 Cliente:	Diceva: <i>“Cosa vuol dire andare da uno psicologo? Cos’è? In questi ultimi anni va di moda (ride) e i miei soldi cioè servono per comprarci il pane”</i>

Il cliente attraverso il padre attacca implicitamente la terapia, considerata come costosa e non necessaria; mette in guardia la terapeuta, prendendo le distanze da un completo coinvolgimento nella relazione.

Poco dopo il cliente ribadisce la propria cautela:

Cliente 7 (sed. 1)	
568 Cliente:	E sapendo di avere sto blocco io di dire: <i>“Ecco, non posso far spendere i soldi ai miei, non posso andare da uno privato che magari mi tiene sei anni chi lo sa.”</i>

Implicitamente la terapeuta viene posizionata come colei che vuole vincolare in una relazione di lunga durata. Il problema per il cliente non sembra essere primariamente la questione economica, quanto piuttosto l’idea di sentirsi intrappolato:

Cliente 7 (sed. 1)	
570 Cliente:	E poi benché, un blocco legato, questo un po’ meno però, legato al fatto che comunque volevo partire, per cui non mi sentivo di legarmi a uno psicologo qua, se volevo comunque, avevo progetti
571 Terapeuta:	Ah, certo, che lei in tutto, per tre anni...
574 Cliente:	Sì, avevo anche.. ma lo cerco su l’aiuto o lo cerco giù, ero anche diviso su sta cosa però meno.. è del fatto economico, di far spendere soldi ai miei
579 Terapeuta:	Quindi lei al primo grosso disturbo va subito al servizio psichiatrico ne parla con la mamma e va al servizio psichiatrico.. mentre sullo psicologo ha la remora del denaro e poi anche di questo fatto che..
580 Cliente:	Che è una cosa lunga per cui mi fa, mi faceva paura, cioè mi fa ancora paura.

Il cliente si mostra spaventato all’idea di intraprendere una relazione terapeutica potenzialmente lunga, posizionandosi sul polo dell’autonomia e dell’indipendenza.

In apertura di seconda seduta però il ragazzo compie un movimento di apertura nei confronti della terapia:

Cliente 7 (sed. 2)		
8	Cliente:	Il fatto che riuscissi a risolvere i miei problemi solo a ondate, il fatto che avessi affrontato il problema attraverso il CPS così, quindi solo con metodi farmacologici... le pastiglie mi sembrava un palliativo .. poi ho fatto una visita osteopatica da una persona molto in gamba, molto seria, che mi ha.. fatto una manipolazione e lui ha detto che appunto, secondo lui, erano problemi che avrei dovuto affrontare attraverso appunto la psicologia, di lasciare da parte la psichiatria.. dentro di me c'era già, come forse avevo detto l'altra volta da tempo quest'idea però la ricacciavo sempre, l'avevo sempre ricacciata..
17	Terapeuta:	E questa cosa le ha detto per farle venire la voglia.. di venire a Milano? [<i>il cliente proviene infatti da un'altra regione</i>]
180	Cliente:	M'ha detto che c'era una persona molto in gamba che affrontava le tematiche attraverso lo studio anche della famiglia...

Come è stato precedentemente accennato, il cliente ha contattato la terapeuta affidandosi al consiglio di un suo curante, una figura quindi vicina e familiare.

Nell'episodio appena riportato emerge nitidamente l'ambivalenza nei confronti della terapia, che viene posizionata come un'esperienza potenzialmente pericolosa dalla quale tenersi lontano, ma che parallelamente suscita curiosità ed interesse.

A livello pragmatico, sono identificabili alcuni episodi in cui il cliente costruisce transazioni complementari con la terapeuta, nei confronti della quale assume una posizione one-down. Ad esempio, durante la prima seduta la terapeuta approfondisce il rapporto tra la nonna materna e lo zio: il cliente si scusa per non essere stato abbastanza chiaro e comprensibile nella sua esposizione (turni 478–479) e si lascia guidare dalla terapeuta per fornire ulteriori informazioni, assumendo una posizione one-down.

In seconda seduta, durante la ricostruzione della storia familiare, la terapeuta pone alcune domande di precisazione per chiarire alcune informazioni:

Cliente 7 (sed. 2)		
Minuto 45:	Terapeuta:	(...) mi spieghi meglio
	Cliente:	no, no.. Perchè capisco che è un casino! (<i>ride</i>)

Il cliente attribuisce alla complessità dell'argomento i *misunderstanding* con la terapeuta, di cui non viene messa in discussione la professionalità

Riferimento ad altri curanti

Il cliente sta parlando dello psichiatra al quale si era rivolto per i suoi problemi:

Cliente 7 (sed. 1)	
171	Cliente: Ho iniziato a fare.. M'ha ridato la terapia di nuovo con le pastiglie, che però ero iniziato a diventare un po' scettico nei confronti di questa.. questa terapia e ho voluto iniziare a fare un po' di yoga.. Poi ho iniziato con una medicina un po' omeopatica da un mio amico dottore, ho voluto andare un po' al di là di questi psicofarmaci (...)
172	Terapeuta: Quindi non li ha presi di fatto
173	Cliente: Sì li ho presi per due o tre settimane e poi ho mollato lì e ho detto “ <i>Ma no, cosa stai qua a prendere sta roba</i> ”. Poi a dicembre sotto Natale ho incontrato una morosetta e sono state due settimane molto intense, molto belle e poi ho iniziato di nuovo verso metà gennaio ad andare in crisi, di nuovo con questi fenomeni che non le sto a ripetere (...) per cui sono tornato di nuovo da questo dottore questo psichiatra che mi ha ridato una cura, che sto attualmente facendo e da una decina di giorni va un po' meglio; infatti ho trovato la forza anche di telefonarle, di vedere un po' di cose e niente..

Il cliente si pone esplicitamente come motivato e disposto a seguire i suggerimenti dei curanti, ma implicitamente costruisce i tentativi fatti per risolvere il problema come un'esplorare nuove possibilità senza peraltro fare una scelta definitiva e vincolante. Inoltre svalutando l'approccio medico, il cliente valorizza implicitamente il ruolo della terapeuta che usa come strumento di lavoro la parola e che per questo viene posta come più efficace e adeguata nel trattare i suoi sintomi.

Commenti relativi alla sintomatologia

Come abbiamo visto, dopo la fase iniziale caratterizzata da un *positioning* cauto e prudente rispetto alla quantità di informazioni da riportare alla terapeuta, il cliente ha fatto un movimento di apertura, fornendo numerose informazioni anche rispetto alla sintomatologia: l'uso di un linguaggio colorito ha l'effetto di amplificare il *positioning* di malato grave, pazzo, in cui il cliente si colloca rispetto alla terapeuta:

Cliente 7 (sed. 1)	
530	Cliente: Sono dimagrito nel giro di tre quattro giorni di 6 kg proprio di botto, adesso mi sto riprendendo un po' per cui questo dimagrimento forte, stati confusionali e di ansia che duravano tutto il giorno

- 531 Terapeuta: Cosa intende per stati confusionali? Perché lei parla psichiatrico
- 532 Cliente: Sì sì, lo so (ride)
- 533 Terapeuta: Perché poi non ci si capisce più
- 534 Cliente: No, nel senso che tante mattine mi svegliavo e mi sentivo smontato, tutta la realtà intorno a me era proprio smontata, non sentivo più un io (...) mi sentivo proprio destrutturato

Aspettative nei confronti della terapia

Nonostante nel corso della consulenza il cliente si sia presentato come un caso molto grave, non si dichiara interessato ad un profondo cambiamento:

Cliente 7 (sed. 2)	
337	Terapeuta: ecco, sì, quello che vorrebbe dal questo lavoro
338	Cliente: <i>[qualche secondo di silenzio prima di rispondere]</i> sì è abbastanza difficile anche questa domanda, fondamentalmente essere un po' più consapevole.. parola grossa, un po' più di consapevolezza nel gestire appunto queste cose.. magari parlandone di farmi aiutare a capire..
350	Cliente: per cui ho capito son fatto così e non posso cambiarmi, non posso pretendere di cambiarmi dall'oggi al domani devo semplicemente imparare a conoscermi e accettarmi un po' di più .. ecco magari con un po' più di razionalità, cercare di limitarmi nelle cose che faccio abitualmente, cercare di farle con metodo

Anche in questo passaggio è rilevabile l'oscillazione tra il posizionarsi come bisognoso di aiuto e l'affidarsi alla terapeuta e il cautelarsi da quest'ultima, dichiarando di non desiderare grossi cambiamenti. Iniziare un percorso terapeutico significa per il cliente porsi nel polo dell'esplorare, movimento che all'interno di un contesto caratterizzato dalla semantica della libertà, risulta pericoloso:

Cliente 7 (sed. 2)	
391	Terapeuta: ...e un po' anche questi disturbi che ha avuto cioè.. come una cosa da cui vorrebbe anche non allontanarsi completamente, mi faccia capire
392	Cliente: Ecco, in fondo sì è vero.. in fondo ho anche sempre un .. secondo me un legame abbastanza forte nei confronti di questi problemi il fatto stesso che non li abbia mai voluti affrontare anche, come le dicevo, con una terapia appunto adeguata (...) ma sempre un po' cercando dei palliativi, un po' di qua, un po' di là, perché in fondo sì..

Il ragazzo con una risata conferma l'ipotesi della terapeuta, ponendosi sul versante dell'esplorazione, fuggitivo. Esplicitamente si dice disinteressato a un cambiamento radicale:

Cliente 7 (sed. 2)	
403	Terapeuta: Cioè c'è come un attaccamento a questa sofferenza
404	Cliente: Sì è vero, indubbiamente (<i>ride</i>) no, cioè è come se fosse tipo, affrontare la terapia fosse in fondo quello che ho sempre desiderato e ricacciato (...) diciamo che è un po' a metà tra il palliativo, fra l'essere uno degli altri palliativi e l'essere un.. un veramente conoscersi, un cercare di risolvere anche i problemi
407	Terapeuta: Li ha provati tutti, molto, un vestiario diciamo di tutti i tipi
408	Cliente: Sì, ma forse più che per non guarire, per un desiderio di conoscenza..

Per la terapeuta rimane fondamentale capire quali aspettative nutra realmente il cliente verso la terapia e quali obiettivi egli si ponga:

Cliente 7 (sed. 2)	
	Terapeuta: Bisogna capirci anche rispetto al tipo di lavoro che lei vuole
	Cliente: Certo vero
	Terapeuta: Va bene il 22 maggio?
	Cliente: Sì sì... (si alza) io faccio i compiti (<i>sorridendo</i>)
	Terapeuta: Beh no, può far quel che vuole, però questa è una cosa che a me ha in qualche modo colpito e su cui bisogna capirci

Con l'affermazione “*io faccio i compiti*” il cliente si pone come un alunno che seguirà le indicazioni di un professore del quale ha fiducia; il sorriso può essere considerato una mossa per ricercare la complicità e la vicinanza della terapeuta, che in questa transazione assume un *positioning* collocabile nel polo liberare-svincolare. A livello pragmatico il cliente assume un *positioning* one-down nei confronti della terapeuta, che retroagisce un movimento one-across.

Il pagamento

Il discorso economico, come visto in precedenza, è stato introdotto dal cliente nel corso della consulenza come un elemento di criticità. Al termine della fase di consultazione la terapeuta affronta l'argomento del costo delle sedute:

Cliente 7 (sed. 2)	
	Terapeuta: C'è anche un altro problema di cui non abbiamo parlato, che è quello economico, le sedute qua sono relativamente care rispetto alla media

	in sostanza, sono 200 mila lire a incontro
Cliente:	Sì
Terapeuta:	La durata è di circa un'ora, un'ora e mezza
Cliente:	Certo
Terapeuta:	E se si dovesse iniziare un terapia la frequenza è tendenzialmente quindicinale
Cliente:	Sì
Terapeuta:	Sono circa 400 mila lire al mese, che non è poco per uno studente
Cliente:	Sì

Il cliente, nonostante le reali difficoltà economiche, non fa alcun tentativo di negoziazione, accettando quanto comunicato dalla terapeuta.

Cliente 8

Riferimenti espliciti o impliciti alla relazione con la terapeuta

Il cliente arriva con una decina di minuti di ritardo; attribuendo a sé l'errore, assume un *positioning* one-down, al quale la terapeuta retroagisce un movimento neutrale, contribuendo alla costruzione di una transazione complementare:

Cliente 8 (sed. 1)	
1	Cliente: Oh buongiorno, mi scusi tanto ma sono stato proprio uno stupido [mentre si alza in piedi]
2	Terapeuta: Sì [sorride]
3	Cliente: Ho sbagliato tutto [si risiede] pensi che io ogni ora vado a vedere su internet poi convinto che
4	Terapeuta: Sì perché c'è tutto, c'è anche come raggiungerlo [sorride], va beh insomma

L'argomento viene ripreso anche al termine del colloquio: di fronte a un implicito rimprovero della terapeuta, il cliente si pone come pasticcione e confusionario.

Ancora, il cliente assume ancora una posizione one-down e la terapeuta ridimensionando l'accaduto agisce un movimento one-across:

Cliente 8 (sed. 1)	
382	Terapeuta: Perché non ce la faccio. Io di solito i primi incontri faccio anche un'ora e mezza
383	Cliente: E purtroppo ho sbagliato tutto, ho sbagliato tutto [<i>si mette le mani tra i capelli</i>], ma porca miseria non ho capito come mai, ero convinto di andare in corso Vittorio Emanuele e invece era in corso Buenos Aires e non, non, cioè ho sbagliato tutto ma convinto che era là

Nel seguente passaggio è rilevabile il *positioning* che il cliente assume nella polarità affidarsi-chiudersi all'altro: a livello esplicito si pone come dipendente e posiziona la terapeuta come guida dalla quale ricevere una valutazione della sua situazione. La terapeuta si colloca nel polo svincolare, autonomizzare: precisa al cliente che nel prossimo incontro decideranno insieme la modalità più idonea per proseguire:

Cliente 8 (sed. 1)	
403	Terapeuta: Così lì, bene, così lì discutiamo un po' di tutto (Cl: sì), adesso una prima idea
404	Cliente: Poi io mi rimetto a lei
405	Terapeuta: No, ne discutiamo, vediamo, e vediamo, ho bisogno di sapere un po' di più

Nel corso della seduta il cliente ha un atteggiamento cordiale e informale e in diverse occasioni sono rintracciabili movimenti di avvicinamento alla terapeuta, come nel seguente episodio:

Cliente 8 (sed. 1)	
406	Cliente: Di lei mi ero fatto un'altra figura [<i>ride e anche T</i>], non mi aspettavo una bella signora, no veramente, per me scusi è, [<i>farfuglia</i>], sa vai là, una signora, va beh [<i>si alzano e si avviano verso l'uscita</i>]
407	Terapeuta: Cioè mi aspettava più ...?
408	Cliente: Più anziana, non lo so
409	Terapeuta: Beh un po' di anni li ho, eh!

410	Cliente:	[ride] Ma il bello è quello eh, non ho detto una ragazzina guardi non è che faccio il filo, però si vede, una bella signora si vede negli anni, i ragazzi sono tutti belli, quando invece ci teniamo bene, si va su con l'età decenti è un bene, tutto qui [ride], non l'ho mica offesa? [mentre si stringono la mano]
-----	----------	---

Il cliente attraverso il complimento e l'appellativo "signora", tenta di diminuire la distanza dalla terapeuta e l'asimmetria dei ruoli propria del setting; inoltre chiedendo se abbia fatto un commento fuori luogo, si pone come un bambino pasticcione.

Parallelamente però, il cliente mette implicitamente in guardia la terapeuta rispetto a un reale coinvolgimento in un percorso con lei: con tono di voce alto, sorridendo, ripete che gli attacchi di panico a suo parere sono riconducibili a una questione meccanica, ponendosi come scettico e posizionando la terapeuta come inefficace:

Cliente 8 (sed. 1)		
412	Cliente	Eventualmente facciamo anche qualche altra seduta, cioè, voglio (non si capisce) io che lei
413	Terapeuta:	Ma io direi che voglio capire bene
414	Cliente	Se riusciamo a
415	Terapeuta:	Esatto, se vediamo una strada
416	Cliente:	Se vediamo una strada che in questo perché le ripeto, io ho parlato con la mia dottoressa e infatti gliel'ho chiesto e m'ha detto: " <i>Guardi che è una cosa meccanica</i> " però sa

Modalità di gestione della seduta

Durante la conversazione il cliente si mostra collaborativo: fornisce informazioni ricche e non sollecitate fin dai primi minuti, raccontando alla terapeuta del suo passato lavoro:

Cliente 8 (sed. 1)		
43	Cliente:	Un continuo studiare, un'evoluzione continua, un cambiare macchina da elettronica a... cioè prima era manuale, meccanica, più che, meccanica (T: certo), adesso l'elettronica è talmente avanzata
44	Terapeuta:	Di meccanico non c'è più niente
45	Cliente:	No, nemmeno la lettura del disco, prima c'era la puntina che strusciava sul disco, adesso non la tocca nemmeno la punta, no, la sente in maniera, guardi quei cd, quei cd sono un'invenzione, guardi

	glielo dico io
46	Terapeuta: Stia a sentire, prima di entrare
47	Cliente: No, no, basta, basta, basta non dico più niente

Quando la terapeuta lo interrompe per poter fornire le informazioni sul setting, il cliente allarga le braccia e con tono bonario dice che non dirà più nulla. La terapeuta si pone come conduttrice del colloquio e il cliente accetta questo *positioning* e l'asimmetria dei ruoli in seduta retroagendo un movimento one-down. Il cliente scusandosi implicitamente con la terapeuta si colloca a livello esplicito nel polo dell'affidarsi assumendo un *positioning* dipendente e pone la sua interlocutrice come una guida.

Come si è visto, la modalità interattiva del cliente sembra caratterizzata dalla tendenza a costruire transazioni complementari. Ad esempio, durante la compilazione dei moduli privacy la terapeuta pronuncia scorrettamente il suo cognome:

Cliente 8 (sed. 1)	
60	Terapeuta: Ed è, e devo dare a lei, lei (<i>pronuncia il cognome errato</i>) di (scrive)
61	Cliente: No, (<i>pronuncia il cognome corretto</i>), due effe, due erre e la o finale, è un po' difficile il cognome
62	Terapeuta: Allora, e di nome?
63	Cliente: Michele
64	Terapeuta: Fer
65	Cliente: faro, una effe, una erre e la o finale

Il cliente si protende verso la terapeuta quasi spostando la sedia per poterla aiutare nella compilazione del foglio: assumendo un *positioning* disponibile e collaborativo ricerca la complicità della sua interlocutrice. Inoltre, minimizzando l'errore attribuendolo alla difficoltà del proprio cognome, fa un movimento one-across.

Reazioni al setting

Cliente 8 (sed. 1)

48	Terapeuta:	Perché poi entriamo dentro, no, no, no, mi interessa sapere di lei, no, la devo avvertire (indica la telecamera), qua è una telecamera, dietro c'è un collega
49	Cliente:	E ho visto
50	Terapeuta:	Esatto, che segue, una collega, che segue la seduta, questo nella fase di consultazione, dunque nelle famigliari lo facciamo sempre (...)
51	Cliente:	(Si gira verso la telecamera) Ma là, mi vede di testa vado là (indica una sedia di fronte alla telecamera)
52	Terapeuta:	Sì, sì, le dico perché lo facciamo, lo facciamo perché così mi consulto anche coi colleghi per un'impostazione del caso (...)
53	Cliente:	Non ho motivi che non ci sia, allora mi metto così che è meglio (si alza e siede sulla sedia di fronte alla telecamera)
54	Terapeuta:	Eh, esatto, così mi fa una gentilezza (si alza e siede nella sedia occupata prima dal cliente)
55	Cliente:	Ah lei no? Lei non si fa riprendere? (ride)

Quando la terapeuta illustra il setting evidenziando l'utilità della videoregistrazione, il cliente, che fino a quel momento era di spalle alla telecamera, propone spontaneamente di cambiare sedia e mettersi frontalmente. A livello esplicito si pone come collaborante e motivato alla riuscita del lavoro.

Aspettative nei confronti nella terapia

Il cliente, nonostante la sua cordialità e i movimenti relazionali espliciti collocabili nel polo dell'affidarsi e dell'aprirsi all'altro, si pone implicitamente come scettico nei confronti della terapia, posizionandola come inutile e inefficace per trattare i suoi problemi, che vengono ricondotti a cause meccaniche. Nel seguente episodio il cliente svaluta implicitamente il lavoro della terapeuta:

Cliente 8 (sed. 1)

- 358 Terapeuta: Senta i suoi figli però, cioè non, uno dei suoi figli, perché uno è contento di questa cura che sta facendo con questa allieva di XXX, mentre l'altro no
- 359 Cliente: L'altro ha detto: "*Babbo ci si vuole qualcos'altro*", ma perché, ora le spiego anche un'altra cosa, quando io alla dottoressa X le ho detto questa roba, perché non riesco a controllare io questo, lei mi ha spiegato che nel cervello c'è una specie di, di sensore, no? Cioè è una cosa meccanica più che cerebrale, cioè scatta questo, poi ti si infiamma e scatta, cioè è come se toccasse, cioè lei ha fatto un esempio così ecco, scatta questa cellula e, "proprio meccanico" dice, non è una cosa che è fantasioso, no, è una cosa meccanica, in base a questo dolore questa cellula è talmente sensibile e scatta l'attacco, di fatti mi ha cambiato la cura

In un altro passaggio il cliente fa un movimento di chiusura nei confronti della terapeuta:

- | Cliente 8 (sed. 1) | |
|--------------------|--|
| 377 | <p>Cliente: E mio figlio dice: "<i>No babbo, eh proviamo, guarda ho sentito parlare di questa signora, di questa dottoressa</i>" così, così, dico e va beh poi l'ho accontentato (<i>Terapeuta ride</i>) e son venuto no? Sono, sono molto scettico in queste cose, psicologi, vedo film americani, va dallo psicologo, sa io quando, io penso al mondo operaio, io ho vissuto in mezzo agli operai, di qua, di là, ma quella gente lì se avessero quello cose, a me sembrano mali dei ricchi ecco (<i>ride</i>)</p> |

Da una parte il cliente si pone come poco motivato e scettico, come si può evincere anche dalla comunicazione analogica: "*l'ho accontentato*" dice sorridendo e aprendo le braccia. Assume pertanto un *positioning* difensivo, cauto, e parallelamente posiziona la terapeuta come una professionista che si occupa di questioni superflue e accessorie, di cui soffrono solo i ricchi.

Poco più tardi, il cliente chiede alla terapeuta, posta nel ruolo di esperta, un parere su come proseguire la consultazione: a livello esplicito egli si colloca nel polo dell'affidarsi:

Cliente 8 (sed. 1)		
379	Cliente:	Ormai e invece, invece ci sarà anche il bisogno, ma io non so nel mio caso se veramente riesco tra uno e l'altro, se, se mi fa bene a qualcosa penso di sì, non so, me lo dica lei
380	Terapeuta:	Eh, proviamo, io la vedrei ancora un'altra volta perché oggi tra l'altro riusciamo a fare solo un'ora
381	Cliente	Sì, no, no, certo, certo

Quando la terapeuta propone una seconda seduta, il cliente rimane qualche secondo in silenzio: implicitamente mantiene la sua posizione cauta e scettica, ma a livello esplicito si pone come motivato e interessato a incontrare ancora la terapeuta: .

Cliente 8 (sed. 1)		
384	Terapeuta:	Allora io direi che la prossima volta vediamo un attimo di andare un pochino più a fondo e vediamo se c'è la possibilità di fare un lavoro assieme
385	Cliente:	Ben volentieri, cioè io voglio vivere un po' meglio (...)
392	Terapeuta:	Stia a sentire io direi di fare così se lei è d'accordo o se vuol pensarci, richiamare, però io dire
393	Cliente:	No, no, no, non ci penso nemmeno
394	Terapeuta:	Che valga la pena
395	Cliente:	Lei mi fissi un altro appuntamento
396	Terapeuta:	Di fissare un appuntamento secondo me
397	Cliente	Senz'altro

La terapeuta lascia libero il cliente di prendere una decisione, collocandosi sul polo liberare, svincolare; il cliente accetta subito la data proposta.

Cliente 9

Riferimenti espliciti o impliciti alla relazione con la terapeuta

Il cliente arriva con qualche minuto di ritardo perché ha avuto difficoltà a trovare lo studio:

Cliente 9 (sed. 1)		
1	Terapeuta:	Eccoci qua, senta, mi perdoni che non gli ho detto di Eist
2	Cliente:	Ah beh non si preoccupi, l'importante è essere arrivati
3	Terapeuta:	Mi ero dimenticata

4	Cliente:	Non mi ha detto di guardare Eist, ma ho chiesto giù e ho trovato subito
---	----------	---

La terapeuta fa un movimento one-down scusandosi per non aver fornito l'indicazione esatta del nome sul citofono: il cliente si mostra gentile e non dà importanza all'accaduto, costruendo una transazione complementare.

Nelle sedute di consultazione il cliente 9 posiziona la terapeuta come figura esperta, competente e alla quale potersi affidare. Tale movimento relazionale è rilevabile in diversi episodi, in alcuni dei quali il cliente si rivolge implicitamente alla terapeuta parlando di altre persone. Un primo esempio di tale dinamica emerge dal racconto della depressione della ex compagna in seguito ad un aborto spontaneo:

Cliente 9 (sed. 1)		
42	Cliente:	Era stata ricoverata d'urgenza e ha generato un periodo di depressione pesante e comunque con un ulteriore distacco nei miei confronti ed anch'io ho reagito distaccandomi.. eravamo due estranei in casa. Questa cosa è andata avanti, andata avanti, andata avanti sta cosa poi ha iniziato a farsi a vedere non so da chi, a prendere quintalate di Prozac che le davano degli sbalzi d'umore che.. cioè quando le cose andavano bene era euforica come non so che cosa, quando le cose andavano male era sottoterra.. Io che non sono tra i più tranquilli di questo mondo se no non sarei qui a parlare con lei, non è che vivessi bene questa situazione..

Il cliente si definisce come “*non tra i più tranquilli di questo mondo*”, presentandosi alla terapeuta come ansioso e problematico; implicitamente si colloca nel polo debole-bisognoso di aiuto, e pone la terapeuta come esperta in grado alla quale affidarsi per risolvere i suoi problemi. Successivamente il cliente descrive il rapporto tra i genitori, soffermandosi sull'avarizia del padre, che controlla le spese della moglie proibendole di fare regali ai nipotini:

Cliente 9 (sed. 1)		
130	Cliente:	La mamma dice: “ <i>A me dispiace non regalare niente ma papà vien giù il mondo se spendo troppi soldi...</i> ”
131	Terapeuta:	Cioè una tortura..
132	Cliente:	Eh si.. infatti mia mamma.. mia mamma dovrebbe venire qui da lei perché tirarsi un po' su perché lei è veramente

133	Terapeuta:	È giù...
134	Cliente:	Ooh, una roba, devo dire che quando la sento, io che non sono sicuramente su di morale, quando la sento mi viene voglia di mettere giù il telefono e dire “ <i>mamma, non mi dire anche i tuoi problemi</i> ”

La madre viene posizionata nel polo bisognosa di cure-fragile, lo stesso *positioning* assunto dal cliente che l’ha portato a rivolgersi alla terapeuta.

Da questi due episodi emerge la fiducia del cliente nei confronti della terapeuta: oltre ad affidare se stesso, desidererebbe affidarle anche la propria madre. Questo movimento relazionale emerge più chiaramente nell’episodio seguente.

Cliente 9 (sed. 1)		
443	Terapeuta:	Questo è un altro obiettivo che lei ha, quello di eliminare i farmaci...
444	Cliente:	Certo! A meno che lei mi dica “ <i>Guardi adesso le consiglio... continui con me e intanto continui col neurologo che magari le consiglia...</i> ”
445	Terapeuta:	Se abbiamo bisogno siamo sempre in tempo a farlo, però
446	Cliente:	io nei confronti della figura professionale del dottore, lei per me è un dottore, verso di lei ho la massima fiducia, la massima disposizione... [...]

Il cliente si affida apertamente alla terapeuta ponendola come punto di riferimento, guida esperta e parallelamente assume un *positioning* dipendente. L’uomo a livello esplicito si pone one-down, disposto a seguire tutto quanto gli verrà indicato:

Cliente 9 (sed. 2)		
377	Terapeuta:	(...) senta ha escluso l’idea della presenza di sua moglie in questi incontri? Perché sua moglie si è data da fare, ha telefonato...
378	Cliente:	Ma io non ho escluso niente, se lei ritiene, si figuri!

Anche nel seguente passaggio il cliente assume un *positioning* dipendente, one down, lontano dalla modalità interattiva illustrata nei clienti con disturbi alimentari psicogeni: alla terapeuta viene attribuito un ruolo di superiorità e competenza in virtù del quale potrà giudicare la pertinenza dell’informazione che il cliente desidera fornire:

Cliente 9 (sed. 2)		
294	Cliente:	Un’altra cosa che poi mi ha sempre....magari lei dirà “non c’entra niente”.. è che io non sono mai riuscito ad ubriacarmi..

Il cliente posiziona la terapeuta nel ruolo di guida da seguire, dalla quale desidera ricevere delle risposte. Tale atteggiamento si nota anche in altre occasioni:

Cliente 9 (sed. 2)		
280	Cliente:	Mi ricordo che quando la mamma di mia moglie è la...suocera?
281	Terapeuta:	Sì, suocera
282	Cliente:	Ecco, che è psicologa
283	Terapeuta:	Quella che è l'inviante qua
284	Cliente:	Mi aveva insegnato questo training autogeno, mi aveva insegnato la pratica... io non riuscivo mai a ...(si distende come per dire "rilassarmi"), appena sentivo un TIC! Io subito (si alza di colpo con la schiena e spalanca gli occhi)... quando dovevo stare sdraiato per terra, io sentivo tutti i rumori, sentivo tutto...

In questo episodio il cliente assume un *positioning* infantile, di bambino pasticcione, rilevabile sia nella domanda banale posta alla terapeuta sul grado di parentela, sia nella mimica adottata per descrivere le sedute di training autogeno.

Riferimenti ad altri curanti/psicologi

Sulla suocera, inviante e psicologa, il cliente non si sofferma molto, a parte il riferimento appena presentato. Approfondisce invece l'unica esperienza terapeutica avuta con uno psichiatra che non l'ha soddisfatto:

Cliente 9 (sed. 2)		
439	Terapeuta:	Ecco, cos'è che non le era andato bene... tanto per capire quello che non le va
440	Cliente:	La mancanza più assoluta di... cioè la freddezza...
441	Terapeuta:	Era come allievo-maestro mi aveva detto...
442	Cliente:	Sì lì proprio, con lei parlo più volentieri.

Il cliente mostra un movimento di avvicinamento alla terapeuta che, in contrapposizione alla lontananza e al distacco del collega precedente, è implicitamente definita come calda e accogliente.

Aspettative nei confronti della terapia

Le aspettative sul percorso terapeutico sono introdotte dal cliente spontaneamente, mentre sta parlando dello stress lavorativo:

Cliente 9 (sed. 1)		
316	Cliente:	Io vorrei stare tranquillo, io sono venuto qui da lei per capire se è

possibile quando non so in che maniera per carità, se c'è la possibilità di abituare la mia testa a reagire in maniera differente, come un allenamento... cioè io ho fatto per una vita lo sportivo, ho visto che dal punto di vista fisico se il corpo viene allenato ottiene delle determinate reazioni, dal punto di vista mentale non mi sono mai fatto problemi di questo genere, solo che sono arrivato ad un punto in cui mi rendo conto che non mi sto godendo come mi dovrei godere la famiglia

Il cliente pone la terapeuta come un'addestratrice che gli insegni delle procedure per stare meglio: è l'implicita richiesta di un lavoro superficiale che non tocchi aspetti emotivamente significativi della sua vita, che esprime un movimento di cautela nei confronti di un eccessivo coinvolgimento:

Cliente 9 (sed. 1)	
Cliente:	Io nella mia testa mi sono immaginato che lei mi possa aiutare, magari insegnandomi un metodo, non lo so, un procedimento mentale tale per cui io quando avverto questo stato di ansia riesca a elaborare qualcosa con la mia testa in maniera tale di...

Il cliente posizionando la terapeuta come un'insegnante che dovrebbe guidarlo, implicitamente si pone come un discente, bisognoso di aiuto, salvo poi aggiungere:

Cliente 9 (sed. 2)	
Cliente:	(...) non sono così ingenuo da pensare che lei mi cambi e mi faccia diventare un'altra persona, e non credo sia neanche giusto.

“Cambiami senza farmi cambiare” sembra esser la richiesta implicita che il cliente rivolge alla terapeuta, affinché lo guidi in un cambiamento moderato che non lo destabilizzi. L'ipotesi di coinvolgersi in un percorso più approfondito è implicitamente vissuta come pericolosa per la stabilità del cliente, che assume un *positioning* cauto e porta a un movimento di chiusura nei confronti della terapia. Esplicitando di volersi focalizzare solamente sul problema mette quindi in guardia la terapeuta rispetto al tipo di lavoro su cui è disposto a impegnarsi.

Nel seguente scambio il cliente si pone esplicitamente come un malato motivato a curarsi e, parallelamente, posiziona l'interlocutrice del ruolo di curante esperta dalla quale cerca di essere rassicurato rispetto alla sua situazione:

Cliente 9 (sed. 2)	
203	Terapeuta: Ok! Mi sono fatta un quadro di quello che mi mancava per collocare un po' la situazione. Veniamo ai suoi problemi: approfondiamo quelli che dovremmo riuscire ad affrontare
204	Cliente: Io sono venuto da lei sostanzialmente perché mi giudico un ammalato, mentalmente, e questa mia malattia ha ripercussioni....poi magari sbaglio eh, questa è la mia analisi, anche dal punto di vista fisica... e come tutte le persone di buon senso che si giudicano ammalati si recano da uno specialista... per me lei è un dottore, perché sostanzialmente mi rendo conto che non sto bene

Nonostante il *positioning* esplicito assunto dal cliente, si possono rilevare movimenti relazionali che lo collocano sul polo della cautela ad affidarsi alla terapeuta:

Cliente 9 (sed. 2)	
373	Terapeuta: Perché proprio adesso lei ha scelto di venire qua? O comunque dall'altro psichiatra, in questo ultimo periodo... c'è un peggioramento?
374	Cliente: Mia moglie mi ha spinto molto, c'è stato un peggioramento.

L'inizio della terapia è stato caldeggiato dalla moglie del cliente, che implicitamente si pone come poco motivato e desideroso di accontentare le richieste dalla compagna. In seconda seduta, il cliente ridefinisce il proprio *positioning* rispetto alla gravità della sua situazione:

Cliente 9 (sed. 2)	
489	Terapeuta: sì, lei vuole il cellulare delle 8 del mattino?
490	Cliente: nooo, quello nooo... era per sapere l'appuntamento
491	Terapeuta: ah sì, direttamente con la segretaria?
492	Cliente: sì, non credo di aver bisogno per chiamare per dirle "sto male cosa devo fare?" (ride).

Attraverso il movimento dell'autonomizzarsi, il cliente si posiziona come forte e indipendente.

Accordi sulla data del prossimo appuntamento

Cliente 9 (sed. 1)	
364	Cliente: Io preferirei fare tutto di venerdì
365	Terapeuta: Venerdì non c'ho niente

- 366 Cliente: Tutto occupato... perché venerdì io, lavorando solo mezza giornata, perché noi di abitudine... bello tranquillo sarei qui anche alle cinque, se no dovrei comunque sempre rubar qualcosa al lavoro, però chiaro, se...
- 367 Terapeuta: Però siamo già avanti, perchè purtroppo ho la settimana bloccata e qui la sto inserendo
- 368 Cliente: Nooo (*come per dire non c'è problema*). Non per questa volta, per il futuro
- 369 Terapeuta: Per il futuro il venerdì è un giorno che lavoro, quindi ... non tutti i venerdì perchè a volte ho degli impegni, però eh ... è una realtà possibile (...)
- 376 Cliente: Facciamo sempre un paio di orette? (...)
- 380 Cliente: Lei eventualmente alla sera fino a che ora lavora? (...)
- 384 Cliente: Lei quel giorno lì (*data della prossima seduta*) solamente a quell'ora?
- 385 Terapeuta: Solamente a quell'ora.

Nonostante la cordialità che contraddistingue la modalità interattiva del cliente, l'uomo non sembra intenzionato a dare troppo spazio alla terapia, esprimendo un movimento di chiusura e allontanamento nei confronti di un reale coinvolgimento nel percorso.

Cliente 10

Reazioni alla spiegazione del setting

Cliente 10 (sed. 1)	
1	Terapeuta: Stia a sentire le spiego qua, come è la situazione; qua c'è uno specchio unidirezionale, qua c'è il microfono. Dietro ci sono i colleghi C. e L. che seguono la seduta, questo, qui c'è una telecamera, è una cosa che proprio usiamo, diciamo proprio di prassi, ovviamente tutto è sotto segreto professionale e serve a noi per lo studio degli appunti. Il telefono non è un telefono... vero, nel senso che è un telefono interno, per i colleghi se ci vogliamo reciprocamente parlare. Ecco questo è proprio diciamo il tipo di...
2	Cliente: Sono un po' osservato (ride)
3	Terapeuta: Sì, eh, esplicitamente perché abbiamo visto che come metodo

	funziona meglio, abbiamo cominciato così soprattutto con le famiglie, quando c'è più di uno eccetera, ma anche con gli individui, le persone in individuale, abbiamo visto che funziona meglio perché, come dire, riusciamo poi a esser più rapidi nei...
4	Cliente: Mi abituerò all'idea

Nonostante il cliente abbia timidamente espresso il proprio imbarazzo, accetta le regole poste dalla sua interlocutrice senza porre domande o chiedere delucidazioni: costruisce quindi una transazione complementare, affidandosi all'esperienza e alla professionalità della terapeuta. A livello analogico il cliente è proteso verso di lei, le sorride, appare interessato e coinvolto.

Modalità di gestione della seduta

Il ragazzo risponde in modo pertinente e puntuale alle domande, rispetta l'alternanza dei turni ma non fornisce informazioni per approfondire gli argomenti trattati. Assume un *positioning* cauto, riconducibile alla modalità di costruire la seduta come una situazione nuova e per questo potenzialmente pericolosa:

Cliente 10 (sed. 1)	
64	Cliente: Quando è successo ... sì, l'ho presa al momento ... nonostante la pastiglia mi durava due o tre ore, ad esempio ieri sera ... eh, l'agitazione forte forte mi è durata 10 minuti, però poi..
65	Terapeuta: Rimane tutto... scombussolato
66	Cliente: Sì rimane... cioè, anche adesso, anche durante il giorno non, non sono, non mi sento a posto, insomma non...

Se a livello esplicito il cliente si posiziona come fragile e bisognoso di aiuto da parte della terapeuta, implicitamente si pone come timoroso e impaurito da una figura considerata non familiare e sconosciuta

Cliente 10 (sed. 1)	
223	Cliente: Io, mi sento debole ... ad esempio adesso sono quattro o cinque giorni che ho ... ho la testa vuota, una sensazione di questa testa vuota, io mi sveglio al mattino e ho paura di 'ste cose... potrei andare dal mio dottore (<i>ride</i>) ma il mio dottore mi dice (<i>ride</i>):“ <i>Stai tranquillo</i> ”, ti misura la pressione: “ <i>Dai, adesso sono tranquillo</i> ”, il giorno dopo mi sveglio, ho questo senso di vuoto e a me vengono in

		mente le cose più brutte del mondo, perché non è che mi, mi viene in mente un mal di testa, (T: Pensa a una malattia)... sì, un tumore, un ... <i>(ride)</i> e mi viene da ridere perché dico: “ <i>Ma porca miseria</i> ” eppure è così <i>(ride)</i> ; in questo momento non riesco a cambiare la mia
224	Terapeuta:	No, no, ho capito bene che..., mentre prima
225	Cliente:	Mentre prima io, insomma, giocavo a tennis, magari mi ... facevo uno scambio esagerato, mi veniva un giramento e, ero, non, non me ne accorgevo neanche! ... adesso mi viene un giramento, addio, sono in fin di vita! Lo so, quando sono lucido, ragionando eh, però quando mi capita la crisi, è crisi, come ad esempio adesso, sto, sto tremando tutto io dentro.
226	Terapeuta:	E probabilmente, va beh, e anche la crisi di stasera, perché, perché doveva venire qua
227	Cliente:	Probabilmente ... (T: E' la situazione nuova!) ...non so spieg ...,

Anche in apertura di seconda seduta è rilevabile la paura nei confronti del setting, che spaventa il cliente:

Cliente 10 (sed. 2)		
2	Cliente:	Solamente una roba...sono in piena crisi
3	Terapeuta:	Ah, si?
4	Cliente:	Incredibile, stavo venendo su e ... (T: Eh) ... alle quattro ho cominciato a sentire l'agitazione, adesso ho preso una pastiglia alle sei e dieci, eh, dal niente mi è venuta questa...
5	Terapeuta:	Questa tremenda ... eh, di quand'è, ecco, questo qui ci serve anche per capire
6	Cliente:	Sono distrutto in questo momento

Il cliente si pone come fragile e disorientato: chiedendo alla terapeuta di lasciarlo tranquillo e di non entrare in profondità nell'analisi della sua situazione fa un movimento di chiusura all'altro:

Cliente 10 (sed. 2)		
47	Terapeuta:	Mhm, l'idea di venire qui l'agitava ?
48	Cliente:	Prima no, quando ero agitato <i>(ride)</i> , sempre di più, cioè quando sono agitato, mi agita tutto, qualsiasi cosa veda, faccia, senta, mi agita, infatti preferisco quasi non parlare, perché, anche il dover parlare mi

		agita, è come se riuscissi magari a rilassarmi un attimo (T: come se facesse una concentrazione) poi dopo mi fa parlare..ecco..io parlo allora mi agito, adesso sta andando un po' via perché la pastiglia (<i>ride</i>)
49	Terapeuta:	Che prende
50	Cliente:	Però non so se è la pastiglia, se è una cosa psicologica, non so
51	Terapeuta:	Va bè, insomma, anche la pastiglia farà la sua parte, comunque
52	Cliente:	(<i>sbuffa</i>) son proprio stufo (<i>ride</i>)

La terapeuta rassicura il cliente e ridimensiona le proporzioni del suo disagio, rifiutando il *positioning* di malato grave entro cui si è finora collocato il ragazzo:

Cliente 10 (sed. 2)		
543	Terapeuta:	Eh, la sua emotività l'ha sempre superata e adesso, invece, è un momento che non riesce
544	Cliente:	mi sta..distruggendo.. piano piano..
545	Terapeuta:	Bè, adesso non esageriamo, eh, è un momento difficile chiamiamolo così..
546	Cliente:	per me, di.
547	Terapeuta:	Sì, lei lo vede anche..
548	Cliente:	Io lo vedo perché ... vedo solo me, non vedo altre persone, quindi per me una cosa, enorme, magari per lei
549	Terapeuta:	Sì, lo relativizzo perché sono.. tre mesi e non è che le sta impedendo neanche queste
550	Cliente:	Lei vede casi diversi ... magari vede questo e dice che è uno
551	Terapeuta:	Sì, non, non è una caso grave.
552	Cliente:	Io conosco solo il mio caso (<i>ride</i>)

Il cliente assume un *positioning* da neofita contrapponendosi alla terapeuta, posta come una professionista esperta alla quale affidarsi per ricevere una rassicurazione rispetto al proprio malessere. In questo episodio la terapeuta ridimensiona la percezione di gravità del cliente attraverso movimenti neutrali, ai quali egli retroagisce movimenti one-down.

Riferimenti espliciti o impliciti alla relazione con la terapeuta

Il ragazzo si pone esplicitamente come motivato ad impegnarsi nel percorso terapeutico, posizionando la terapeuta come un punto di riferimento dalla quale essere guidato:

Cliente 10 (sed. 1)		
273	Cliente:	Già anche perchè il fatto che... sono venuto anche da lei, sto muovendomi per farlo (T: Sì, da l'idea che proprio... vuole uscirne) voglio uscirne, non è che voglio aspettare e basta, che passa ...
274	Terapeuta:	Sì, che vuole aspettare, ecco.
275	Cliente:	Vorrei riuscire a uscirne... il più presto possibile, eh, facendo quello che ... che mi consiglia insomma

Nel seguente episodio il cliente si colloca nel polo dell'affidarsi:

Cliente 10 (sed. 1)		
451	Cliente:	Io ad esempio adesso ho lo sfogo di..ho i tremori ..(ride) eh , non lo so, ad esempio, quando le volevo chiedere una curiosità, quando mi succedono questi ... momenti, non c'è niente da fare no ? Devo stare lì e aspettare che mi passi
452	Terapeuta:	No, ci so.. il problema del sintomo, le possono servire o il rilassamento o le può servire, che ne so, lo yoga per certi aspetti, per gestirsi la crisi
453	Cliente:	Mhm, ho capito

Un movimento relazionale che caratterizza la conversazione riguarda la richiesta di rassicurazioni:

Cliente 10 (sed. 1)		
461	Cliente:	E sì, perché, le ripeto oltretutto ... ho sintomi sempre diversi, io mi spavento perché..
462	Terapeuta:	Eh..ma è tipico
463	Cliente:	Perché, fosse lo stesso, vado dieci volte dal dottore e mi dice dieci volte, poi ogni volta che mi viene quel sintomo lì, io so che è quello, un po' mi tranq... , invece, prima magari c'è un senso di vuoto alla testa, poi mi viene la vertigine, poi mi viene un'altra cosa e ogni ... sintomo nuovo, io , in questo momento, entro in agitazione, mi spavento..

La costruzione della terapeuta come punto di riferimento e guida alla quale affidarsi emerge anche in questo passaggio, in cui il cliente ponendosi in modo ingenuo e un po' infantile chiede consigli rispetto alla correttezza di una sua abitudine alimentare:

Cliente 3 (sed. 1)		
493	Cliente:	Posso una , chiedere una cosa ? Magari sembra stupida [<i>ride</i>] io sono un discreto bevitore di caffè..evito..
494	Terapeuta:	No, non ne beva tanto se può
495	Cliente:	Sì, però, non posso uno o due al giorno?
496	Terapeuta:	Sì, cosa vuole che faccia, uno o due al giorno, comunque al limite, tutto quello, non, andiamo, andiamo sempre all'idea che magari se uno è già agitato , anche il caffè aumenta l'agitazione se
497	Cliente:	Però non è una cosa, anche per berlo
498	Terapeuta:	Eh, ci mancherebbe altro !
499	Cliente:	Eh, è una cosa stupida però ho detto: “ <i>Non si sa mai che incida anche questo</i> ”.

Oltre a voler affidare se stesso alla terapeuta, il cliente vorrebbe inviarle anche un suo caro amico, confermando il *positioning* di guida esperta nella quale egli la colloca:

Cliente 10 (sed. 1)		
561	Cliente:	io ho un favore da chiederle , se possibile
562	Terapeuta:	Sì sì
563	Cliente:	Io ho un mio amico (<i>ride</i>) che sta passando un periodo molto brutto, lui addirittura ha perso 16 kg eh, siccome siamo molto amici me ne ha parlato eh, e mi ha chiesto sapendo che anch'io non sono.. e io gli ho detto che provavo ad accennare se, magari lei, poteva almeno sentirlo per telefono e poi , in caso, io so che lei ..io gli ho detto..
564	Terapeuta:	no.. è, purtroppo, perchè pendolo tra Milano e Venezia non è per altro
565	Cliente:	Infatti , io gli ho detto io so che ..io ci sono andato per l'aiuto di una persona, perché è straimpegnata, provo a diglielo
566	Terapeuta:	Senta lei provi, io, le può sempre dare il numero di telefono, magari sentire e vedere, perché in questo momento sono un po' eh, cioè faccio fatica, mi spiace, perché è una situazione ... quando ero a Milano potevo farlo anche molto perché, infatti adesso uso i sabati ..

che, una volta insomma ...

567 Cliente: No, no, ma certo, io a lui gliel'ho detto che sarà

568 Terapeuta: Comunque se, se vuole venire, alle otto del mattino mi deve chiamare

569 Cliente: Va bene, per lei non è un problema se magari la faccio chiamare, poi al limite gli dice di no

Conclusioni

“Chi ha esperienza di terapia familiare sa che nell'arco di una stessa giornata ci si può trovare immersi in contesti di significato molto diversi. Generalmente questo processo di condivisione di lessici familiari specifici avviene "spontaneamente", tanto che il terapeuta non se ne accorge quasi; a volte tuttavia il fenomeno si impone con forza: ciò per cui un intero gruppo si strugge, giubila o si dispera è del tutto insignificante per un altro. Quando ciò accade è difficile sfuggire a un sentimento insieme di meraviglia e di sgomento. Credo che l'antropologo sperimenti qualcosa di simile; per un terapeuta familiare questa sensazione è più dirompente: le famiglie appartengono alla sua stessa cultura. Di qui la sensazione, che sperimenta in modo così caratteristico chi effettua trattamenti familiari, di attraversare mondi diversi” (Ugazio, 1998, p.45, corsivo nell’originale).

È stata proprio la sensazione di aver attraversato mondi diversi, perfettamente descritta dalle parole di Valeria Ugazio, ad aver caratterizzato l’esperienza vissuta durante la realizzazione di questa ricerca: l’universo semantico dei clienti con disturbo dello spettro fobico è infatti distantissimo da quello dei clienti con organizzazione DAP, non soltanto per le peculiari modalità attraverso cui viene costruita la trama narrativa, per il modo in cui vengono raccontati gli episodi e descritte le persone significative, ma soprattutto per i *positioning* assunti dal cliente nell’interazione diretta con la terapeuta nel corso della seduta.

Il *positioning* interattivo rappresenta infatti una via di accesso privilegiata alle emozioni e alla storia vissuta che sono emerse con forza fin dai primi contatti con la terapeuta. Durante la spiegazione del setting ad esempio, i clienti con disturbi alimentari psicogeni pongono numerose domande per capire il motivo della presenza della telecamera e dei colleghi dietro lo specchio, richiedono precisazioni sull’utilità di tale prassi (cliente 1 e 3): emerge il timore del giudizio, accompagnato da sensazioni di imbarazzo e vergogna. I clienti cercano di gestire queste emozioni attraverso modalità differenti: alcuni ricorrono all’ironia (cliente 2), altri esplicitano il disagio del proprio “*mettersi in piazza*” (cliente 5, turno conversazionale 4), altri ancora, dopo un primo movimento oppositivo, si adeguano precisando le condizioni: “*a me basta poi non rivedermi*” (cliente 4, turno conversazionale 458).

L'iniziale disagio per la presenza della telecamera e di altri colleghi dietro lo specchio è presente anche nei clienti fobici, ma lo stile interattivo assunto nei confronti della terapeuta è profondamente diverso: si sono mostrati molto disponibili, nessuno ha chiesto precisazioni o ha manifestato il proprio dissenso. Alcuni hanno dato immediatamente il consenso anche se a livello analogico erano rintracciabili chiari segnali di imbarazzo e timore (cliente 6), altri hanno compiuto movimenti espliciti di apertura verso l'equipe, proponendo addirittura di cambiare posizione per permettere ai colleghi di seguire meglio la seduta (cliente 8).

A livello esplicito, i movimenti collocabili nel polo dell'affidarsi e dell'aprirsi all'altro sono stati frequentemente riscontrati nei clienti fobici, che spesso posizionano la terapeuta come una guida esperta attraverso complimenti e dichiarazioni di fiducia incondizionata, come nel caso del cliente 8 *"io mi rimetto a lei"* (turno conversazionale 404) o del cliente 9, che interrogato sulla possibilità di invitare anche la moglie in seduta mostra di appoggiarsi totalmente alla terapeuta: *"Se lo ritiene lei, si figuri!"* (turno conversazionale 378). Una seconda modalità esplicita attraverso la quale i clienti dimostrano la propria fiducia collocandosi sul polo dell'affidarsi riguarda l'intenzione di inviare in terapia persone significative: il cliente 9 porterebbe la madre (turno conversazionale 134), il cliente 10 chiede la disponibilità a prendere in carico un caro amico (turno conversazionale 563).

Tuttavia, se si analizzano *positioning* interattivi impliciti, emerge chiaramente come i clienti fobici assumano una posizione timorosa nei confronti del setting e tendano a oscillare tra il polo dell'aprirsi e quello del cautelarsi. Talvolta i clienti, dichiarando di aver contattato la terapeuta per accontentare altri familiari (la moglie per il cliente 10, turno conversazionale 374 della seconda seduta; il figlio per il cliente 8, turno conversazionale 359) la mettono implicitamente in guardia rispetto allo scarso coinvolgimento nei confronti del percorso. Nella stessa direzione sono collocabili i *positioning* emergenti nell'area delle aspettative, sintetizzabili con l'espressione *"cambiami senza cambiarmi"*, che esprime un movimento di chiusura nei confronti di un lavoro profondo: il cliente 7 desidera conoscere meglio se stesso (turno conversazionale 378, seconda seduta), il cliente 9 e il cliente 10 posizionano la terapeuta come un'allenatrice dalla quale apprendere tecniche per gestire i propri sintomi. In altri casi, i clienti dichiarando lo scetticismo di figure significative nei confronti della terapia (il marito e la madre della cliente 6, il padre del cliente 7) assumono implicitamente un *positioning* prudente nei confronti del contesto terapeutico. L'oscillazione dei

positioning tra affidarsi – cautelarsi, aprirsi – chiudersi denota quindi una certa ambivalenza nei confronti della terapia. È un’esperienza che permette di esplorare parti di sé, ed è proprio questo a renderla potenzialmente pericolosa: la terapeuta è posizionata da questi clienti come una figura esperta che può renderli più forti, autonomi e liberi, ma questo, per la natura del circuito riflessivo bizzarro caratteristico della semantica della libertà, li induce a cautelarsi. Non bisogna inoltre dimenticare che la costruzione di una relazione emotivamente significativa con la terapeuta, il vincolarsi all’altro, è vissuta come un implicito attacco alla propria autostima.

Per quanto riguarda i clienti con disturbi alimentari psicogeni i *positioning* assunti nei confronti della terapeuta ed evincibili dai movimenti relazionali oscillano tra il vantare, abbassare e l’elogiare, sfigurare. In alcune occasioni la terapeuta è oggetto di vanto da parte dei clienti, che si complimentano con lei per l’esperienza e la competenza con le quali ha scoperto punti nodali della loro storia familiare, come accade nel caso della cliente 1 (turno conversazionale 191); la signora però, nel corso dell’intera seduta, abbassa il setting attaccandone le regole, non riconoscendo l’asimmetria di ruoli esistente e attuando manovre simmetriche nel tentativo di assumere il controllo della conversazione. Anche il cliente 2 definisce la terapeuta come “*professionista dell’analisi o del confronto*” (turno conversazionale 95) e poco più tardi rifiuta i suoi interventi e ne squalifica le metafore, mostrandosi stupito per la sorpresa della terapeuta innanzi a concetti a suo parere scontati (turno conversazionale 164). La cliente 4 abbassa implicitamente il contesto terapeutico utilizzando un linguaggio volgare non consono al proprio livello socioculturale, pur non mancando di elogiare la terapeuta per aver compreso velocemente le dinamiche della propria famiglia (turno conversazionale 224). Sembra che nella semantica del Potere elogiare il proprio curante significhi implicitamente abbassare se stessi: se la terapeuta infatti si dimostrasse troppo brava, tanto da portare alla remissione dei sintomi, i clienti si collocherebbero nel polo perdente.

L’analisi della dimensione pragmatica (cfr. 3.4) sembra indicare che nell’interazione con la terapeuta i clienti con disturbi alimentari psicogeni assumono frequentemente un *positioning* one-up; i soggetti fobici al contrario, sembrano costruire preferibilmente transazioni in cui tendono a occupare una posizione one-down.

Credo che l'aspetto maggiormente innovativo della ricerca consista nel tentativo di elaborare un sistema di categorie per la codifica della conversazione terapeutica che includa la dimensione semantica e quella pragmatica.

Come è stato evidenziato nell'illustrazione dell'impianto metodologico (cfr. 3.3), le categorie individuate sembrano soddisfacenti sul piano della validità anche se, considerata l'esiguità del campione non è stato possibile utilizzare strumenti psicometrici più sofisticati e sui dati raccolti è stata condotta solo un'analisi descrittiva, peraltro in linea con l'intento esplorativo della ricerca.

Entrambi gli strumenti utilizzati per l'analisi della conversazione terapeutica non risultano ancora consolidati in questo ambito specifico: il RCCCS è un sistema di codifica costruito per l'analisi dell'interazione quotidiana, in cui i parlanti occupano generalmente posizioni paritarie (es. coppie); nonostante alcune ricerche ne abbiano esteso l'applicazione alla conversazione terapeutica, non sono state tenute debitamente in considerazione le peculiarità del setting e le sue regole implicite. I risultati di tali ricerche (cfr. 2.1.4) hanno portato ad affermare che il terapeuta assume frequentemente una posizione direttiva, one-up, senza minimamente considerare che in questo contesto la relazione con il cliente è per sua stessa natura asimmetrica e che il terapeuta, proprio in virtù del suo ruolo, pone domande e orienta la conversazione. Tale stile interattivo costituisce una caratteristica specifica del setting e non dovrebbe pertanto essere ricondotto alle caratteristiche dell'interazione tra i parlanti. Ad esempio, il RCCCS codifica il porre domande o il cambiare argomento come movimenti one-up e la risposta dell'interlocutore come l'assunzione di una posizione one-down nell'interazione. La trasposizione di tali procedure dall'ambito della quotidianità al contesto clinico senza una loro problematizzazione ha portato le precedenti ricerche a giungere a conclusioni per alcuni aspetti discutibili. Per questo motivo, in questa ricerca il RCCCS è stato applicato soltanto agli scambi comunicativi tra cliente e terapeuta che risultavano svincolati dalle regole implicite del setting e dai ruoli imposti a priori dal contesto, all'interno dei quali è emerso un positioning interattivo.

Per quanto concerne la GSF, essa è stata costruita con l'intento di essere applicata al contesto terapeutico e finora è stata utilizzata massivamente per l'analisi delle polarità narrate emergenti dalla conversazione con il cliente; la sua estensione alle polarità semantiche interattive che hanno rappresentato l'oggetto di questa ricerca è però ancora in fase di elaborazione.

Per concludere, credo che il limite più evidente del mio lavoro possa riguardare la scarsa numerosità del campione dai cui sono stati ricavati i risultati, troppo ristretto per consentirne una generalizzazione anche se sufficiente per adempiere alle finalità esplorative per cui la ricerca è stata realizzata.

Inoltre le categorie di codifica utilizzate risultano abbastanza restrittive e hanno permesso di includere nell'analisi un numero limitato di scambi conversazionali; una possibile estensione della ricerca potrebbe pertanto riguardare l'aumento del numero di sedute analizzate per ogni cliente, oltre che l'ampliamento del campione e la possibilità di poter avere due giudici per la codifica dell'interazione.

Bibliografia

- Arciero, G. (2002). *Studi e dialoghi sull'identità personale*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Arciero, G., & Guidano, V. (2000). Experience, explanation and the quest for coherence. In Neymeyer, R. A., & Raskin, J. D. (Eds.). *Constructions of disorders*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press.
- Arciero, G., Gaetano, P., Maselli, P., & Mazzola, V. (2005). *Le organizzazioni di significato personale*, in Bara, B.G., *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*, Vol. II, pp.17-38, Torino, Bollati Boringhieri.
- Ayers, J., & Miura, S. Y. (1981). Construct and predictive validity of instruments for coding relational control. *Western Journal of Speech Communication*, 45, 159-171.
- Bakeman, R., & Quera, V. (1992). SDIS: a sequential data interchange standard. *Behavior Methods, Instruments, and Computers*, 24, 554-559.
- Bakeman, R., & Quera, V. (1995). *Analyzing interaction: sequential analysis with SDIS and GSEQ*. New York: Cambridge University Press.
- Bamberg, M. (1997). Positioning between structure and performance. *Journal of Narrative and Life History*, 7, 335-342.
- Bamberg, M. (1999). Is there anything behind discourse? Narrative and delocal accomplishment of identities. In Maiers, W., Bayers, B., Duarte Esgalhdo, B., Jorna, R., & Schraube, E. *Challenges to theoretical psychology. Selected/edited proceeding of the seventh biennial Conference of the international Society for Theoretical Psychology*. New York: Captus University Publications.
- Bara, B. G. (1996). *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bara, B. G. (2005). *Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva. Volume secondo: Clinica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bateson, G. (1936/1988). *Naven*. Cambridge, England: Cambridge University Press. (2nd ed.) Stanford, CA: Stanford University Press. (Trad. it. *Naven. Un rituale di travestimento in Nuova Guinea*. Torino: Einaudi).
- Bateson, G. (1972/1976). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine. (Trad. it. *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi).
- Bateson, G. (1979/1984). *Mind and Nature*. New York: Dutton. (Trad. it. *Mente e Natura*. Milano: Adelphi).

- Berger, C. R. (1994). Power, dominance, and social interaction. In M. L. Knapp & G. R. Miller (Eds.), *Handbook of interpersonal communication* (2nd ed., pp. 450-507). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Beyebach, M. (1993). Therapeutic relationship and dropout in brief systemic therapy. Unpublished doctoral dissertation. Universidad Pontificia de Salamanca, Salamanca, Spain.
- Beyebach, M., de la Cueva, F., Ramos, M., & Rodriguez-Arias, J. L. (1990). *Relational communication control in first interview of systemic therapy*. Paper presented at the International Communication Association Annual conference, Dublin, Ireland.
- Beyebach, M., & Escudero, V. (1997). Therapeutic interaction and dropout: measuring relational communication in solution-focused therapy. *Journal of Family Therapy*, 19, 173-212.
- Beyebach, M., Rodriguez-Morejon, A., Palenzuela, D. L., & Rodriguez-Arias, J. L. (1996). Research on the process of solution-focused therapy. In S. D. Miller, M. A. Hubble, & B. Duncan (Eds.), *Handbook of solution brief therapy: Foundations, applications, and research* (pp. 157-194). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bruch, H. (1978/1989). *The golden cage*. New York: Vintage. (Trad. it: *La gabbia d'oro. L'enigma dell'anoressia mentale*. Milano: Feltrinelli).
- Bruner, J. (1990/1992). *Acts of meaning*. Cambridge: Harvard University Press (Trad. it. *La ricerca del significato*. Torino: Bollati Boringhieri).
- Cappella, J. N. (1987). Interpersonal communication: definitions and fundamental questions. In C. R. Berger & S. Chaffee (Eds.), *The handbook of communication science* (pp. 184-238). Beverly Hills, CA: Sage.
- Courtright, J. A., Millar, F. E., & Rogers, L. E. (1983). A new measure of interactional control patterns. *Communication*, 12, 47-68.
- Cronen, V. E., Johnson K., & Lannamann, M. (1982/1983). Paradoxes, Double Blinds and Reflexive Loops: an Alternative Theoretical Perspective. *Family Process*, 20: 91-112. (Trad. it. Paradossi, doppi legami e circuiti riflessivi: una prospettiva teorica alternativa. *Terapia Familiare*, 14, 87-120).
- de la Cueva, F. (1993). *Analysis of first interviews of MRI therapy with the Relational Control Communication Coding System*. Unpublished doctoral dissertation. Universidad Pontificia de Salamanca, Salamanca, Spain.
- De Shazer, S. (1982). *Patterns of brief family therapy*. New York: Norton.

- De Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: Norton.
- Dillard, J. P., Solomon, D. H., & Palmer, M. T. (1999). Structuring the concept of relational control. *Communication Monographs*, 66, 49-65.
- Ellis, D., Fisher, B. A., Drecksels, G. L., Hoch, D., & Werbel, W. (1976). A system for analyzing relational communication. Unpublished manuscript. University of Utah, Salt Lake City, UT.
- Ericson, P. M., & Rogers, L. E. (1973). New procedures for analyzing relational communication. *Family Process*, 12, 245-267.
- Escudero, V., Heatherington, L., & Friedlander, M. L. (2001). Observing couples' interaction: integrative analysis of interpersonal control, cognitive constructions and emotional impact. *Metodologia de las Ciencias del Comportamiento*, 3, 247-265.
- Escudero, V., Lopez, S., & Platas, L. (1998). Everyday family discussions: children in a context of competition and conflict. In J. A. Rios (Ed.), *El malestar en la familia* (pp. 51-86). Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces.
- Escudero, V., Rogers, L. E., Gutierrez, E., & Caceres, J. (1992). *Relational control and non verbal affect in marital conflict: an exploratory study*. Paper presented at the International Communication Association meetings, Miami, FL.
- Escudero, V., Rogers, L. E., & Gutierrez, E. (1997). Patterns of relational control and nonverbal affect in clinic and non clinic couples. *Journal of Social and Personal relationships*, 14, 5-29.
- Feixas, G. (1988). *L'anàlisi de construccions personals en testos de significació psicològica*. Doctoral Dissertation in microfilm (N.328). Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.
- Feixas, G., & Villegas, M. (1991). Personal constructs analysis of autobiographical tests: a method presentation and case illustration. *International Journal of Personal Constructs Psychology*, 4, 51 – 83.
- Folger, J. P., & Poole, M. S. (1982). Relational coding schemes: the question of validity. In M. Burgoon (Ed), *Communication yearbook*, 5 (pp 235-247), New Brunswick, NJ: Transaction Books.
- Friedlander, M. L., Siegel, S. M., & Brenock, K. (1989). Parallel processes in counseling and supervision: a case study. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 149-157.
- Fruggeri, L. (2009). *Osservare le famiglie. Metodi e tecniche*. Roma: Carocci.
- Gandolfi, M., & Martinelli, F. (2008). *Il bambino nella terapia*. Trento: Erickson.

- Gnisci, A., & Bakeman, R. (2000). *L'osservazione e l'analisi sequenziale del comportamento*. Milano: LED Edizioni Universitarie di Lettere Economia Diritto.
- Gottman, J. M. (1979). *Marital interaction: experimental investigations*. New York: Academic Press.
- Gottman, J. M. (1994). *What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gottman, J. M., & Notarius, C. I. (2000). Decade review: observing marital interaction. *Journal of Marriage and the Family*, 6, 927-947.
- Gottman, J. M., & Roy, A. K. (1990). *Sequential Analysis: a guide for behavioral researchers*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Guidano, V. F. (1987/1988). *Complexity of the Self*. New York: Guilford Press (Trad. it. *La Complessità del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri).
- Guidano, V. F. (1991/1992). *The Self in Process*. New York: Guilford Press. (Trad. it. *Il Sé nel suo divenire*. Torino: Bollati Boringhieri).
- Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. New York: Guilford Press.
- Haley, J. (1963/1974). *Strategies of Psychotherapy*. New York: Grune & Stratton. (trad. it. *Le strategie della psicoterapia*. Firenze: Sansoli).
- Harrè, R. (1986/1992). *The Social construction of emotions*. New York: Basil Blackwell. (Trad. it. *La costruzione sociale delle emozioni*. Milano: Giuffrè).
- Harrè, R., Moghaddam, F., Cairnie, T., Rothbart, D., & Sabat, S. (2009). Recent advances in Positioning Theory. *Theory & Psychology*, 19 (1) 5 – 31.
- Harrè, R., & Van Langenhove, L. (1999). *Positioning Theory: Moral Context of Intentional Action*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Heatherington, L., & Allen, G. J. (1984). Sex and relational communication patterns in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 287-294.
- Heatherington, L., & Friedlander, M. L. (1987). *Family Relational Communication Control Coding System*. Unpublished manuscript, Williams College, Williamstown, MA.
- Heatherington, L., & Friedlander, M. L. (1990). Complementarity and symmetry in family therapy communication. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 261-286.
- Hermans, H. J. M. (2001). The construction of a Personal Position Repertoire: Method and Practice. *Culture & Psychology*, 7, 323-366.

- Hollway, W. (1994). Beyond Sex Differences: A project for Feminist Psychology. *Feminism & Psychology*, 4 (4), 538-546.
- Holte, A., Wichstrom, L., Erno, K. O., & Kveseth, K. (1987). Confirmatory feed-back in families of schizophrenics: theory, methods, and preliminary results. In K. Hahlweg & M. J. Goldstein (Eds.), *Understanding mental disorder: the contribution of the family* (pp.139-155). New York: Family Process Publishing.
- Jackson, D. D. (1965). The study of the family. *Family Process*, 4, 1-20.
- Kelly, G. A. (1955/2004). *The Psychology of Personal Constructs*. New York: Norton. (Trad. it. *La psicologia dei costrutti personali. Teoria e personalità*. Milano: Cortina).
- Lichtenberg, J. W., & Barkè, K. H. (1981). Investigation of transactional communication relationship patterns in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 471-480.
- Lichtenberg, J. W., & Heck, E. J. (1986). Analysis of sequences and pattern in process research. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 170-181.
- Linares, J.L., & Campo, C., (2000/2003). *Tras la honorable fachada*. Paidòs, Barcelona. (Trad. it. *Dietro le rispettabili apparenze*. Milano: Franco Angeli).
- Lorenzini, R., & Sassaroli, S. (1987). *La paura della paura*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Lorenzini, R., & Sassaroli, S. (1992). *Cattivi pensieri*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Lorenzini, R., & Sassaroli, S. (2000). *La Mente Prigioniera*. Milano: Cortina.
- Lucius-Hoene, G., & Deppermann, A. (2004). Narrative Identität und Positionierung. *Gesprächsforschung* 5: 166-183.
- Lucius-Hoene, G., & Deppermann, A. (2000). Narrative Identity Empiricized: a dialogical and positioning approach to autobiographical research interviews. *Narrative Inquiry*, 10, 199-222.
- Lucius-Hoene, G., & Deppermann, A. (2006). *Levels of positioning in narrative interaction*, Unpublished manuscript, Psychology Institute, Freiburg University, Germany.
- Madill A., Sermpezis C., & Barkham M. (2005). Interactional positioning and narrative self-construction in the first session of psychodynamic-interpersonal psychotherapy, *Psychotherapy Research*, 15 (4), 420-432.

- Mahoney, M. J. (1991). *Human Change Processes: the Scientific Foundations of Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Mannino, G. (2005). Le organizzazioni di significato personale: un modello a tre dimensioni. *Rivista di psichiatria*, 40, 17-25.
- Mark, R., A. (1971). Coding communication at the relational level. *Journal of Communication*, 21, 221-232.
- Markman, H. J., & Notarius, C. I. (1987). Coding marital and family interaction: current status. In T. Jacob (Ed.), *Family interaction and psychopathology* (pp. 329-389). New York: Plenum.
- Millar, F. E., & Rogers, L. E. (1976). A relational approach to interpersonal communication. In G. R. Miller (Ed.), *Explorations in interpersonal communication* (pp. 87-103). Beverly Hills, CA: Sage.
- Millar, F. E., & Rogers, L. E. (1987). Relational dimensions of interpersonal dynamics. In M. Roloff & G. R. Miller (Eds). *Explorations in interpersonal processes: new directions in communication research* (pp. 117-139). Newbury Park, CA: Sage.
- Neimeyer, R. A., & Mahoney, M. J. (Eds.) (1995). *Constructivism in psychotherapy*. Washington, DC.: American Psychological Association.
- Odgen, C. K. (1932). *Opposition: a Linguistic and Psychological Analysis*. London, Kagan.
- Osgood, C. E., Suci, G. J., & Tannenbaum P. (1957). *The Measurement of Meaning*. Urbana: University of Illinois Press.
- Pearce, B. W., & Cronen, V. E., (1980). *Communication, Acting and Meaning*. New York: Praeger.
- Picardi A., & Mannino, G. (1991). Le organizzazioni di significato personale: un modello a tre dimensioni. *Rivista di Psichiatria*
- Reda, G. (1986). *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Rodriguez-Arias, J. L. (1996). *Relational control and brief therapy results: a focus on regulative maneuvers versus opposition*. Paper presented at the Primer Simposio sobre Investigacion de Procesos de Interaccion Terapeutica, La Coruna, Spain.
- Rodriguez-Arias, J. L. (2004). Relational research in brief family therapy: clinical implications. In L. E. Rogers & V. Escudero (Eds). *Relational communication. An interactional perspective to the study of process and form* (pp. 131-148). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Rodriguez-Arias, J. L., Real, M., Castillo, J. M., & Real, M. A. (2001). Brief family psychotherapy: how to facilitate therapeutic compliance across the patients' modality of cooperation. *Atención Primaria*, 27, 514-520.
- Rogers, L. E., & Bagarozzi, D. A. (1983). An overview of relational communication and implications for therapy. In D. A. Bagarozzi, A. P. Jurich, & R. W. Jackson (Eds), *Marital and family therapy* (pp. 48-78). New York: Human Sciences Press.
- Rogers, L. E., & Escudero, V. (2004). *Relational communication. An interactional perspective to the study of process and form*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Rogers, L. E., & Farace, R. V. (1975). Analysis of relational communication in dyads: new measurement procedures. *Human Communication Research*, 1, 222-239.
- Rogers-Millar, L. E., & Millar, F. E. (1979). Domineeringness and dominance: a transactional view. *Human Communication Research*, 5, 238-246.
- Rogers, L. E., Millar, F. E., & Bavelas, J. B. (1985). Methods for analyzing marital conflict discourse: implication of a system approach. *Family Process*, 24, 53-72.
- Ruberti, S. (1996). *L'organizzazione cognitiva di tipo depressivo*. In Bara, B. G. (a cura di). *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Ruberti, S. (2005). *L'organizzazione depressiva: aspetti strutturali e problematiche tecniche*. In: Bara, B. G. (a cura di). *Manuale di psicoterapia cognitiva, (Vol.II)*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Sassaroli, S., Lorenzini, R. (1990). Apego y exploración en la patogénesis de las fobias. *Revista de Psicoterapia*, 2/3, 95 – 112.
- Sassaroli, S., Lorenzini, R., Ruggiero, G.M. (2005). Le fobie e il loro trattamento, in Bara, B.G. (a cura di), *Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva. Volume secondo: Clinica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Selvini Palazzoli, M. (1981). *L'anoressia mentale*. Milano: Feltrinelli.
- Siegel, S. M., Friedlander, M. L., & Heatherington, L. (1992). Nonverbal relational control in family communication. *Journal of Nonverbal Behavior*, 16, 117-139.
- Simmel, G. (1950). *The sociology of Georg Simmel* (K.Wolff, Trans.). New York: Free Press.
- Sluzky, C., & Beavin, J. (1965). Symmetry and complementarity: an operational definition and a typology of dyads. *Acta psiquiatrica y psicologica de America Latina*, 11, 321-330.

- Thames, T., & Johnson, D. (1982). *The dynamics of relationship control during termination in time-limited therapy*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Washington, DC.
- Tracey, T. J. (1991). The structure of control and influence in counseling and psychotherapy: a comparison of several definitions and measures. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 265-278.
- Tracey, T. J. (1988). Topic following/not following as a measure of complementary/symmetrical communication. *Journal of Communication Therapy*, 4, 37-57.
- Tracey, T. J., & Miars, R. D. (1986). Interpersonal control in psychotherapy: a comparisons of two definitions. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 585-595.
- Ugazio, V. (1998). *Storie permesse, storie proibite*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Ugazio, V., & Castiglioni, M. (1995). Identità sociali e modelli di socializzazione a confronto. *Ricerche di psicologia*, 19, 79-106.
- Ugazio, V., Fellin, L., & Negri, A. (2009, luglio). *The Semantics of Phobic, Obsessive, Eating and Mood Disorders*. Paper presented at the XVIII International Congress on Personal Construct Psychology, Venezia, Italy.
- Ugazio, V., Fellin, L., Negri, A., & Zanaboni, E. (2008, ottobre). *La semantica dei disturbi alimentari psicogeni: una lotta fra vincenti e perdenti?* Paper presented at the Congresso nazionale della Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia, Padova, Italy.
- Ugazio, V., Negri, A., Fellin, L., & Zanaboni, E. (2007). La conversazione con i soggetti fobici è dominata dalla semantica della libertà? *Quaderni del Dottorato in Psicologia Clinica*, vol.1. Bergamo: Bergamo University Press.
- Ugazio, V., Negri, A., Fellin, L., & Di Pasquale, R. (2009). The Family Semantics Grid (FSG) – The narrated polarities. A Manual for the Semantic Analysis of Therapeutic Conversation and Self Narratives. *TPM – Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 16, (4), 165-192.
- Viaro, M. (2009). Osservare, descrivere, formare. In L. Fruggeri (a cura di), *Osservare le famiglie. Metodi e tecniche* (pp. 193-224). Roma: Carocci.
- Villegas, M. (1995). Psicopatologías de la libertad (I). La agorafobia o la constricción del espacio, *Revista de Psicoterapia*, 21, 17-40.
- Villegas, M. (1997). Psicopatologías de la libertad (II). La anorexia o la constricción de la corporalidad, *Revista de Psicoterapia*, 30/31, 19-92.

- Von Cranach, M., & Harrè, R. (a cura di) (1991). *L'analisi dell'azione. Recenti sviluppi teorici ed empirici*. Milano: Giuffrè Editore.
- Watt, J. H., & VanLear, C. A. (Eds) (1996). *Dynamic patterns in communication processes*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967/1971). *Pragmatics of Human Communication*. New York: Norton (trad. it.: *La Pragmatica della Comunicazione Umana*, Astrolabio, Roma).
- Wichstrom, L., & Holte, A. (1988). The relationship control coding system manual. Unpublished manuscript, University of Oslo, Oslo, Norway.
- Wortham, S. (2000). Interactional Positioning and Narrative Self-Construction. *Narrative Inquiry*, 10, 157-184.