

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BERGAMO  
Dipartimento di Scienze Umane e Sociali

Dottorato di Ricerca in Psicologia Clinica  
XXV Ciclo

Settore M-PSI/08 – Psicologia Clinica

**LA RELAZIONE TERAPEUTICA  
NEI DISTURBI ALIMENTARI PSICOGENI**

**Analisi della semantica e dei positioning interattivi  
fra paziente e terapeuta**

Docente supervisore:

Chiar.ma Prof.ssa Valeria Ugazio

Candidato:

Dott. Daniele Castelli

Matricola n. 39812



# Indice

Introduzione .....	3
1. <i>Positioning</i> : la costruzione conversazionale della soggettività.....	7
2. Significato e psicopatologia .....	15
3. Polarità semantiche familiari .....	19
4. La semantica del potere nei disturbi alimentari psicogeni.....	25
5. Relazione terapeutica e disturbi alimentari psicogeni.....	33
6. La ricerca.....	39
6.1 Obiettivo ed ipotesi .....	41
6.2 Metodo .....	42
6.2.1 I partecipanti .....	42
6.2.2 Procedura di codifica .....	44
6.3 Analisi dei dati .....	63
6.4 Risultati.....	66
6.5 Discussione e conclusioni .....	70
Riferimenti bibliografici .....	75



# Introduzione

Le pazienti con disturbi alimentari psicogeni adottano peculiari modalità nella costruzione della relazione terapeutica? Quali significati e quali modalità interattive caratterizzano la conversazione terapeutica con queste pazienti? E quali modi di porsi in relazione adotta invece il terapeuta?

Secondo alcune ricerche (cfr., ad es., Escudero, Friedlander, Varela, & Abascal, 2008; Johansson & Jansson, 2010; Knerr et al., 2011; Langhoff, Baer, Zubraegel, & Linden, 2008; Owen, 2012; Priebe, 2008) la relazione terapeutica gioca un ruolo di primo piano nel successo o nel fallimento della psicoterapia. La sua incidenza sull'esito delle terapie psicologiche sembra di gran lunga maggiore rispetto alle tecniche utilizzate dal terapeuta. Ma i pazienti costruiscono in modo simile la relazione terapeutica? È possibile rintracciare differenze sistematiche nei modi in cui paziente e terapeuta costruiscono reciprocamente la loro relazione?

Ugazio (2012) ha recentemente avanzato l'ipotesi che “non abbiamo un unico modo di costruire la relazione terapeutica, ma tanti modi diversi quante sono le semantiche. L'alleanza terapeutica, le fratture che in essa si creano, i circuiti disfunzionali risultano tanto diversi quante sono le semantiche prevalenti” (p. 303). Secondo l'Autrice, la semantica “della libertà”, “della bontà”, “del potere” e “dell'appartenenza” – caratteristiche, secondo il modello psicopatologico da lei elaborato (Ugazio, 1998, 2012), rispettivamente dei disturbi fobici, ossessivo-compulsivi, alimentari psicogeni e dell'umore – costruirebbero la relazione terapeutica con modalità specifiche.

Due recenti ricerche (Ugazio, Negri, & Fellin, 2011; Ugazio, Negri, Fellin, & Zanaboni, 2007), attraverso l'applicazione di un metodo di codifica delle sedute di psicoterapia individuale costruito *ad hoc* (Ugazio, Negri, Fellin, & Di Pasquale, 2009), hanno dimostrato che la conversazione nel corso delle prime due sedute di consultazione con pazienti con disturbo fobico, ossessivo-compulsivo, alimentare e dell'umore è caratterizzata dalla prevalenza delle rispettive semantiche che secondo Ugazio (1998, 2012) caratterizzano questi disturbi. Tali dimensioni semantiche, dette *polarità semantiche familiari*, consistono in opposizioni polari di significato attraverso

le quali è organizzata la conversazione fra i membri di una famiglia e di ogni altro gruppo con storia. Secondo questo modello, infatti, è attraverso la partecipazione a contesti conversazionali condivisi che il soggetto costruisce la propria storia personale, ancorando la propria identità a quella degli altri.

Ispirandosi alla *Positioning Theory* (Bamberg, 1997; Harré, Moghaddam, Cairnie, Rothbart, & Sabat, 2009; Harré & van Langenhove, 1999; Lucius-Hoene & Deppermann, 2000), Ugazio sostiene che la “con-posizione” dei soggetti lungo queste dimensioni semantiche avviene mediante specifici *positioning* assunti da ciascuno di essi. La già citate ricerche di Ugazio et al. (2007) e di Ugazio et al. (2011) si sono occupate dell’analisi delle *polarità semantiche narrate*, ovvero dei *positioning* assunti da paziente e terapeuta a livello di contenuti del racconto. Questo tipo di *positioning*, tuttavia, non coglie pienamente un aspetto fondamentale del concetto di polarità semantiche familiari, ovvero la sua accezione conversazionale. Se infatti è attraverso la conversazione, intesa come atto sociale, *qui ed ora*, che avviene il reciproco posizionamento dei soggetti, è necessario analizzare un altro tipo di *positioning*, quello *interattivo*, che corrisponde alle specifiche modalità attraverso le quali ciascun partecipante alla conversazione costruisce la relazione con l’interlocutore.

Considerato che i significati modellano la percezione di sé e degli altri, le emozioni esperite e i modi di porsi in relazione, anche la relazione terapeutica sarà diversamente connotata a seconda dei significati fondamentali attraverso cui paziente e terapeuta si posizionano reciprocamente. Da un lato il paziente tenderà ad assumere nei confronti del terapeuta modalità relazionali consonanti con i propri significati salienti, dall’altro è probabile che il terapeuta, allo scopo di costruire l’alleanza terapeutica con il paziente, cerchi, per lo meno nelle prime fasi della terapia, di assumere *positioning* interattivi congruenti con quelli mostrati dal paziente.

Queste considerazioni ispirano la mia ricerca, che intende affrontare il tema della relazione terapeutica con pazienti con disturbi alimentari psicogeni.

In primo luogo, approfondirò i concetti e i modelli teorici su cui si fonda questo lavoro. Dopo aver presentato il concetto di *positioning* nelle sue diverse tipologie, affronterò il tema del rapporto fra significati e psicopatologia, che a partire da Guidano (1987, 1991; Guidano & Liotti, 1983) ha dato vita ad un importante filone di ricerca in ambito cognitivista (Arciero & Bondolfi, 2009; Bara, 1996, 2005; Feixas & Villegas,

1991; Lorenzini & Sassaroli, 1987, 1991, 2000; Mannino, 2005; Neimeyer & Mahoney, 1995; Picardi & Mannino, 2001; Villegas, 1995, 1997, 2000, 2004) e sistemico-costruzionista (Ugazio, 1998, 2012; Ugazio et al., 2011; Ugazio et al., 2007).

Mi dedicherò poi al concetto di *polarità semantiche familiari*, ed in particolare alla semantica “del potere”, che secondo Ugazio (1998, 2012) caratterizza la conversazione delle famiglie in cui si sviluppano disturbi alimentari psicogeni.

In seguito approfondirò il tema della relazione terapeutica con pazienti con disturbi alimentari, focalizzandomi su come le peculiari modalità di costruire la relazione di questi pazienti possano modellare l’interazione fra paziente e terapeuta e su come tali modalità possano costituire un vincolo oppure una risorsa nel processo terapeutico.

L’ultimo capitolo sarà dedicato alla mia ricerca. Nella prima parte presenterò la nuova *Family Semantics Grid (FSG)*, un metodo di codifica, ispirato ad una precedente versione (Ugazio et al., 2009), costruito appositamente per l’analisi delle *polarità semantiche interattive*. Nella seconda parte descriverò l’impianto metodologico e i risultati della ricerca, evidenziandone gli aspetti critici, quelli di forza ed i suoi possibili sviluppi futuri.





# 1. *Positioning*: la costruzione conversazionale della soggettività

Nel campo degli studi sulla relazione terapeutica, alcune ricerche<sup>1</sup> si sono interessate all'analisi di quanto accade nella stanza di psicoterapia secondo un approccio dialogico-narrativo e socio-costruzionista (cfr., ad es., Angus & McLeod, 2004; Hermans & Dimaggio, 2004; McLeod, 1997; McNamee & Gergen, 1992; Seikkula & Arnkil, 2006). Questi approcci condividono una concezione dell'esperienza umana come un processo di costruzione di significati nei contesti sociali di appartenenza ed una visione della psicoterapia come uno spazio conversazionale attraverso il quale il soggetto può co-costruire, assieme al terapeuta, nuovi significati che aprono a possibilità di cambiamento.

Secondo la *Dialogical Self Theory* (DST; Hermans, 2002; Hermans & Di Maggio, 2004; Hermans & Hermans-Konopka, 2009; Hermans & Kempen, 1993), il Sé di un soggetto corrisponde ad un insieme di *voci* in continuo dialogo, accordo o conflitto fra loro. Questa “società interna di voci” (Verhofstadt-Denève, 2000) costituisce un insieme di “posizioni-Io” relativamente indipendenti, ma interconnesse, che prendono forma ogni qual volta l'individuo partecipa ad una conversazione nei diversi gruppi di appartenenza. Questa multidimensionalità di significati personali consente al soggetto di assumere diverse posizioni a seconda delle circostanze e dei contesti, ed un buon funzionamento individuale non corrisponde alla prevalenza di una di queste voci, ma all'integrazione dei vari personaggi che ciascuno interpreta nella propria storia personale. Pur considerando la soggettività individuale come un insieme di posizioni costruite attraverso il dialogo, nella DST l'attenzione alle dinamiche conversazionali e ai processi interattivi recede però sullo sfondo, in quanto il focus di osservazione ricade primariamente sull'organizzazione interna dei significati, a discapito dell'analisi degli aspetti dinamici e processuali che ne sono alla base:

---

<sup>1</sup> Si veda, ad es., Guilfoyle, 2002; Hare-Mustin, 1994; Kogan, 1998; Kogan & Gale, 1997; Kogan & Brown, 1998; Lewis, 1995; Madill & Barkham, 1997; Madill & Doherty, 1994; Messari & Hallam, 2003; Nye, 1994; Roy-Chowdhury, 2003; Soal & Kottler, 1996; Stancombe & White, 1997; Finlay & Robertson, 1990.

. . . the interaction with others gets too far backgrounded, so that the theory in fact may reconstitute the individual as a self-contained system which has incorporated different voices (I-positions). Instead of giving due attention to the interaction with real others (sociodialogue), dialogue runs the risk of being recast as interaction between internal I-positions and “inner audiences” in the mind. (Linell, 2009, p. 113)

La visione della soggettività come una posizione all'interno di processi interattivi e conversazionali è invece al centro del costruzionismo sociale, secondo il quale la realtà non è soltanto rappresentata, bensì creata dalla conversazione (Berger & Luckmann, 1966). In questa prospettiva, non esiste un “Io” senza un “Tu”, in quanto i significati personali si costruiscono e trovano forma esclusivamente attraverso l'azione congiunta dei diversi partecipanti ai processi conversazionali. Secondo questo approccio, l'identità narrativa (Wortham, 2000) è costituita da un *sé narrato*, ovvero il sé del soggetto costruito attraverso i contenuti delle proprie storie, e da un *sé narrante*, ovvero il sé del soggetto emergente all'interno della conversazione con l'interlocutore. Oltre ad essere *ab initio* interattivo, ogni racconto autobiografico è inoltre generalmente rivolto a qualcuno, che può direttamente modificare i significati introdotti dal parlante, ma può altresì influire sulla narrazione stessa per il solo fatto che colui che racconta lo fa con determinate aspettative rispetto agli effetti del proprio racconto sull'interlocutore e sulla relazione. La conversazione è dunque un processo sociale, che si struttura a partire dalle relazioni interpersonali e che al tempo stesso le crea. Noi *siamo* solo in quanto parte di storie socialmente condivise e i contesti conversazionali a cui partecipiamo sono la matrice costituente la nostra identità.

È all'interno di questa prospettiva che si colloca la *Positioning Theory* (Bamberg, 1997; Harré et al., 2009; Harré & van Langenhove, 1999; Lucius-Hoene & Deppermann, 2000; Madill, Sermpezis, & Barkham, 2005; Wortham, 2000), secondo la quale l'identità individuale si costruisce attraverso le diverse posizioni che il soggetto assume nei propri contesti conversazionali significativi. Il concetto di *positioning* nasce come revisione del concetto di “ruolo”, caratterizzato da una visione statica e definita dell'identità. La sua origine risale al campo del marketing (Ries & Trout, 1981), nell'accezione dell'insieme delle strategie di comunicazione utilizzate per poter posizionare un proprio prodotto a discapito della concorrenza. Questo concetto è stato

poi ereditato dalle scienze sociali, a partire dal lavoro di Hollway (1984), che lo ha applicato all'analisi delle relazioni eterosessuali.

Il positioning può essere definito come “the discursive construction of personal stories that make a person’s actions intelligible and relatively determinate as social act and within which the members of the conversation have specific locations” (Harré & van Langenhove, 1991, p. 395). Ne consegue che è attraverso una specifica posizione assunta nel corso dei processi conversazionali che un soggetto costruisce la propria identità, la quale risulta interconnessa alla posizione degli altri partecipanti alla conversazione; è attraverso questa interconnessione di posizioni che le azioni individuali acquistano un significato sociale:

Positions are relative to one another. If one is positioned as “nurse”, the expectation will be that someone else will be positioned as “patient”. Even taking on the nurse position oneself may serve to position someone else as patient whether he or she did or did not want it. Often someone positioning himself/herself as patient drives someone else into the nurse position. (Harré & Moghaddam, 2003, p. 128)

Il Sé è perciò situato nell'interazione e per ognuno è possibile assumere diverse posizioni, le quali sono legate a quelle degli altri membri della conversazione ed al contesto conversazionale di un dato momento (Cook, Moore, & Steel, 2005). Naturalmente, è sempre possibile modificare o abbandonare la propria posizione.

Seppur il concetto di positioning rimandi ad una dimensione attiva del soggetto, l'attività di posizionamento nella conversazione avviene comunque sempre alla presenza di altri e nel momento stesso in cui un soggetto assume una posizione, egli propone una specifica posizione al proprio interlocutore. Il positioning è perciò un processo sempre *in fieri*; le narrazioni non sono mai totalmente definite e i significati sono conversazionalmente rinegoziabili; quando infatti un soggetto propone specifici positioning di sé e dell'interlocutore (*first order positioning*; Harré & van Langenhove, 1991), questi possono essere rifiutati, rivisti, modificati attraverso la partecipazione degli altri soggetti impegnati nella conversazione (*second order positioning*). Le posizioni cambiano dunque man mano che la conversazione si dispiega e ogni nuova conversazione può modificare retrospettivamente le posizioni assunte in passato. Sebbene il processo di positioning possa avvenire in maniera intenzionale, e benché le

stesse posizioni nella conversazione possano talvolta divenire oggetto della conversazione stessa, in genere la co-costruzione dei reciproci positioning avviene in maniera implicita e tacita. Inoltre, ogni atto di positioning implica un ordine morale (Davies & Harré, 1990; Harré & Moghaddam, 2003; Harré & van Langehove, 1999), in quanto la posizione di un soggetto è associata ad un insieme di “diritti” e “doveri” (Harré & Slocum, 2003) che definiscono che cosa egli possa dire o fare a partire da quella specifica posizione, in uno specifico contesto e di fronte a specifici interlocutori:

It is easy to see that these positions are nothing but clusters of rights, duties, and obligations to perform, or to require the performance of certain acts (from others). In psychological reality, positions exist as expectations, beliefs and presuppositions. (Harré & Moghaddam, 2003, p. 128)

Il concetto di positioning, dunque, da un lato riconosce una certa agentività all'individuo, ma tale agentività è sempre interattiva, sociale e contestuale. Talvolta è il contesto sociale stesso a delineare in maniera piuttosto definita le posizioni assumibili nella conversazione (si pensi ad esempio alla relazione fra un docente ed uno studente, oppure a quella fra un medico ed un paziente). Esistono infatti diversi tipi di positioning (Harré & van Langenhove, 1991): ad ogni *deliberate self-positioning* corrisponde un *deliberate positioning of others*, ma esistono anche le posizioni definite dalle strutture istituzionali e dai contesti sociali (*forced positioning of self* e *forced positioning of others*).

Secondo Harré e Moghaddam (2003), il processo di positioning è ben rappresentabile da un triangolo, i cui vertici sono costituiti da posizione (*position*), trama narrativa (*story-line*) e azione sociale (*social act*). La posizione assunta da un individuo, infatti, con il sistema di diritti, doveri, aspettative e specifici modi di agire che implica, avviene sempre attraverso la co-costruzione fra più interlocutori di un intreccio narrativo (“a loose cluster of narrative conventions”; Harré & Moghaddam, 2003, p. 6), i cui significati possono essere dati per scontati oppure negoziati. Una *story-line* è dunque la struttura narrativa attraverso la quale una sequenza di eventi assume la forma di un episodio dotato di senso. In questo processo, ogni discorso è concepito come un'azione sociale, in quanto ogni espressione linguistica è sempre un atto illocutorio (Austin, 1962). Naturalmente, il significato di ogni azione sociale scaturisce

dal processo stesso attraverso cui prende forma e rispetto alla quale i soggetti in interazione assumono una specifica posizione. I tre vertici del triangolo, dunque, sono reciprocamente interconnessi e ogni cambiamento in un vertice produce degli effetti sugli altri.

L'assunzione di una specifica posizione, oltre a implicare un intrinseco ordine morale, che definisce l'insieme di reciproche aspettative, vincoli e possibilità nella conversazione, determina l'esperienza di alcune emozioni a scapito di altre. Parrott, (2003) ha affrontato il legame fra positioning ed emozioni, sottolineando che è anche attraverso l'espressione di determinate emozioni che la persona assume una certa posizione; contemporaneamente, la stessa persona si attende che l'interlocutore esprima certe altre emozioni, congruenti con il *co-positioning* proposto e con l'ordine morale che tale configurazione di posizioni implica (si pensi ad esempio alla posizione che implicitamente una persona attribuisce all'interlocutore attraverso l'espressione di stati emotivi come l'imbarazzo o la vergogna). Poiché le reciproche posizioni conversazionali possono essere negoziate, ridiscusse e modificate, anche le relative emozioni sono l'esito di un processo sociale e costituiscono un'azione sociale. Emozioni condivise possono generare narrative condivise, ma spesso la complessa danza di reciproci posizionamenti produce discrepanze emotive che richiedono un processo, per lo più implicito, di negoziazione, a cui i partecipanti non possono sottrarsi. Ad esempio, mostrare compassione verso qualcuno può essere vissuto come un atto gentile che muove gratitudine, o addirittura, agli occhi di terzi, lodevole e generoso; tuttavia, può anche implicare un positioning dell'altro come debole, oppure immaturo, o addirittura inferiore, generando una risposta emotiva di rifiuto o risentimento.

Riassumendo, è possibile definire il positioning come un processo conversazionale e interattivo, socialmente situato ed emotivamente connotato. Ma attraverso quali specifiche modalità ciascun soggetto si posiziona nel contesto conversazionale di cui è parte?

Secondo Bamberg (1997) e Lucius-Hoene e Dappermann (2000) è possibile definire tre tipologie di positioning:

- *self-positioning*: positioning assunto dal soggetto nella storia che racconta di sé stesso;
- *positioning fra sé narrato e gli altri*: positioning costruito attraverso l'interazione fra il sé narrato e gli altri, presenti o meno nella conversazione; è l'esito della storia

conversazionale del soggetto nei propri contesti di appartenenza, che può evolvere in una trama narrative condivise e stabili;

- *positioning nell'interazione con l'interlocutore*: positioning definito attraverso esplicite attribuzioni e riferimenti diretti all'interlocutore nel corso dell'interazione stessa.

I primi due tipi di positioning corrispondono alla dimensione del *narrated self*, che è di ordine descrittivo e si riferisce ai significati elicitati nel discorso, mentre il terzo rappresenta il cosiddetto *narrating self* (Wortham, 1999, 2000).

A partire da una visione dell'identità individuale e dei gruppi sociali come esito di processi conversazionali, il concetto di positioning è stato applicato a diversi campi di ricerca (Harré et al., 2009), sottolineando l'importanza del linguaggio inteso come azione sociale e ponendo in evidenza la matrice relazionale di ogni produzione linguistica. Ad esempio, Boxer (2003), Campbell (2006) e Zelle (2009) si sono occupati del positioning in contesti organizzativi, Schmidle (2010) in contesti macro-sociali, Linehan e McCarthy (2000) e Sonu, Oppenheim, Epstein, e Agarwal (2012) in contesti educativi e formativi; Cook, Moore, e Steel (2005) ne hanno fatto una visione alternativa della teoria del comportamento pianificato (Ajzen, 1991), mentre Ofreneo e Montiel (2010) l'hanno utilizzato come strumento per la comprensione della violenza in coppie omosessuali.

Il concetto di positioning si è rivelato utile anche nell'analisi di un tipo di conversazione che fa dei significati l'oggetto della conversazione stessa e che fa della relazione lo strumento principale per co-costruire nuovi significati. Mi riferisco alla conversazione terapeutica, a cui sono dedicate, fra le altre, le ricerche di Avdi (2012), Madill et al. (2005) e Rober (2010).

Anche questa ricerca è dedicata all'analisi dei rispettivi positioning assunti da paziente e terapeuta nel corso della conversazione terapeutica, ma con due importanti differenze rispetto a quelle appena citate. In primo luogo, in questo mio lavoro cercherò, per quanto possibile, di mettere in evidenza un tipo di positioning, quello interattivo, che nelle altre ricerche tende a rimanere sullo sfondo. In secondo luogo, questa ricerca, dedicata all'analisi della conversazione terapeutica fra terapeuta e pazienti con disturbi alimentari psicogeni, si fonda su una lettura del concetto di positioning come inserito in

una storia, che è primariamente la storia della partecipazione ai propri contesti conversazionali familiari.

Ma qual è il legame fra positioning e psicopatologia? E quale ruolo giocano nella relazione terapeutica con pazienti con disturbi alimentari? La risposta a questi interrogativi, che sarà l'oggetto delle prossime pagine, passa attraverso questa considerazione:

*. . . il positioning non avviene entro significati 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 propria famiglia, e di altri gruppi di cui sono (o sono stati) parte, rendono via via rilevanti. (Ugazio, 2012, p. 51, corsivo nell'originale)*





## 2. Significato e psicopatologia

Una “scienza del significato”. A questo è assimilabile secondo Guidano (1991) la psicopatologia e a partire da questa intuizione sono sorti importanti filoni di ricerca in ambito cognitivista (Arciero & Bondolfi, 2009; Bara, 1996, 2005; Feixas & Villegas, 1991; Lorenzini & Sassaroli, 1987, 1991, 2000; Mannino, 2005; Neimeyer & Mahoney, 1995; Picardi & Mannino, 2001; Villegas, 1995, 1997, 2000, 2004) e sistemico-costruzionista (Ugazio, 1998, 2012), interessati ad indagare la relazione fra significati personali e psicopatologie.

Entrambi gli approcci condividono l’assunto, originariamente elaborato da Guidano e Liotti (Guidano, 1987, 1991; Guidano & Liotti, 1983), che alla base dei più comuni disturbi psicopatologici vi siano specifiche organizzazioni di significato e che alla base dei processi di costruzione di significato vi siano le emozioni (Harré, 1986), come già Kelly (1955) aveva sostenuto. Altrettanto condivisa è l’idea che le diverse organizzazioni di significato possano dar vita a modalità di funzionamento psicologico di tipo “normale”, “nevrotico” e “psicotico”. Pur condividendo questi assunti di base, i due approcci si differenziano rispetto ad altri aspetti, che descrivo molto sinteticamente.

Il punto di vista cognitivo-costruttivista è caratterizzato da una visione individualista del soggetto, in quanto i significati sono costrutti mentali del singolo individuo. Pur non sottovalutando il ruolo del mondo esterno, del contesto culturale e sociale, e del sistema di relazioni del soggetto nella costruzione dei significati, il focus di attenzione del costruttivista è l’attività di costruzione, da parte del singolo individuo, di schemi e credenze che gli consentono di attribuire un significato al mondo e agli eventi, e di prevederli. Ne consegue che l’identità e l’unicità di ciascun soggetto è non solo costruita ma altresì vincolata al proprio sistema di significati; per ciascuno, infatti, il mondo e gli eventi sono non solo comprensibili, ma anche percepibili unicamente attraverso il proprio sistema di costrutti. I significati che guidano e sostengono l’attività costruttiva dell’individuo nascono e si definiscono nel corso della prima infanzia, attraverso le fondamentali e fondanti relazioni con gli altri significativi, in particolare attraverso i legami di attaccamento (Bowlby, 1969, 1973, 1980).

Se da un lato concepisce l'essere umano come attivo costruttore della realtà, dall'altro il modello cognitivista considera l'attività costruttiva del soggetto limitata a determinate dimensioni di significato, che rappresentano un "vincolo epistemologico" (Guidano, 1987, 1991) e identitario. Ogni soggetto è sì aperto al mondo che lo circonda, ma è organizzativamente chiuso per quanto riguarda l'impalcatura semantica attraverso cui lo interpreta; l'evoluzione e il cambiamento sono perciò vincolati al proprio sistema di significati e attuabili soltanto a partire da esso. Tali sistemi cognitivi, costruiti a partire dalle esperienze relazionali ed emotive originarie, sono infatti soltanto in minima parte modificabili e sono invariati; il soggetto è vincolato dal proprio sistema semantico e non gli è dunque possibile organizzare la propria esperienza attraverso nuovi e diversi significati.

In estrema sintesi, secondo questa prospettiva la psicopatologia si origina a partire da pattern di attaccamento disfunzionali e corrisponde all'incapacità o all'impossibilità del soggetto di modificare il proprio sistema di credenze per meglio adattarlo al mondo in cui attualmente vive, o a particolari esperienze; secondo Guidano, infatti, l'individuo tende alla "conservazione della propria coerenza interna, a scapito dell'ambiente" (Guidano, 1991, p. 21). Il livello di funzionamento normale, nevrotico o psicotico di un soggetto è legato per lo più ad aspetti sintattici (flessibilità e integrazione) dei significati personali e dal loro grado di concretezza/astrazione.

La visione costruzionista propone una visione completamente diversa della soggettività umana, che viene costruita socialmente attraverso la conversazione. Nulla è più lontano da questa prospettiva dell'idea che i significati siano costrutti mentali interni al singolo individuo, costruiti unicamente a partire dai pattern di attaccamento, e che questi ne vincolino in maniera pressoché deterministica gli itinerari di sviluppo. Scrive a proposito Ugazio (1995):

*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" (p. 259, corsivo nell'originale)*

È dunque attraverso la conversazione nei propri contesti di appartenenza che il soggetto costruisce la propria identità, intesa come un precipitato dei significati salienti nei gruppi con storia di cui è parte, in primo luogo la famiglia. L'accezione conversazionale dell'identità individuale sostenuta dal modello sistemico-costruzionista comporta una diversa visione sia del cambiamento che della psicopatologia. Se le credenze, i comportamenti, le modalità relazionali e le emozioni del soggetto si costruiscono mediante le pratiche conversazionali nei sistemi di relazione di appartenenza, ciò implica che per ciascuno sono sempre disponibili modi diversi e nuovi di attribuire significati al mondo e agli eventi. Naturalmente, proprio perché nasciamo e cresciamo in una determinata famiglia e poiché siamo parte di certi contesti e non di altri, alcuni significati e alcune emozioni ad essi connesse saranno per noi accessibili e salienti, mentre altri saranno del tutto sconosciuti o irrilevanti;<sup>2</sup> inoltre, ciascuno di noi si trova di regola ad assumere uno specifico positioning all'interno dei domini di significato rilevanti. Ciò non preclude però la possibilità di entrare a far parte di nuovi universi di significato o di assumere posizioni diverse all'interno delle semantiche salienti.

Come già anticipato, l'approccio costruzionista condivide con il costruttivismo clinico l'idea che alla base delle più comuni psicopatologie vi siano specifici significati; diverso è però il modo di concepire l'origine della psicopatologia. Ugazio (1998, 2012), coerentemente alla sua visione intersoggettiva dell'individuo, non fa riferimento ad aspetti formali del pensiero, ma riconduce le diverse modalità di funzionamento psicologico alla particolare posizione del soggetto all'interno di uno specifico dominio di significati.

---

<sup>2</sup> Il concetto di semantiche familiari sarà approfondito nel capitolo 3.

Presenterò ora il concetto di *polarità semantiche familiari*, il quale, unitamente a quello di *positioning*, che già ho trattato, costituisce il fondamento di questa ricerca. Approfondirò inoltre la specifica organizzazione di significato che secondo Ugazio caratterizza i contesti entro cui si sviluppano i disturbi alimentari psicogeni e le specifiche posizioni, emozioni e modalità relazionali ad essa connesse.

### 3. Polarità semantiche familiari

Secondo Ugazio (1998, 2012) la conversazione all'interno dei gruppi con storia, ed in particolare la famiglia, si organizza attraverso polarità antagoniste di significato, che costituiscono l'impalcatura semantica di riferimento mediante la quale i membri del nucleo familiare interpretano e attribuiscono un senso agli accadimenti, alle relazioni e alle interazioni di cui fanno parte. Tali dimensioni di significato, dette *polarità semantiche familiari*, definiscono che cosa è rilevante per ogni gruppo familiare e perciò ogni famiglia si differenzia dalle altre a partire dai significati per essa salienti. Scrive a proposito Ugazio (2012):

*Ciascun membro della famiglia costruisce la conversazione all'interno di alcune polarità semantiche specifiche rese prevalenti dalle pratiche discorsive di quella famiglia. Tali polarità costituiscono una sorta di trama condivisa che genera specifiche narrative e intrecci. (p. 49, corsivo nell'originale)*

Ad esempio, se in una famiglia è rilevante la polarità "intelligente/stupido", fra i suoi membri troveremo gli stupidi e gli intelligenti, troveremo anche *il più* stupido e *il più* intelligente, e ci sarà pure qualcuno che non è né stupido né intelligente. Ciascun membro della famiglia si trova dunque inevitabilmente a doversi comporre attraverso alcuni significati e non altri:

*Tutti i membri di una famiglia, come di ogni altro gruppo con storia, devono necessariamente prendere posizione entro le polarità rilevanti nel proprio gruppo. (Ugazio, 2012, p. 50, corsivo nell'originale)*

Le polarità semantiche familiari sono la matrice identitaria comune dei membri di una famiglia; l'individualità è perciò *ab initio* intersoggettività, in quanto costruita a partire da e attraverso la partecipazione a trame narrative condivise:

*Ciascun partner conversazionale, posizionandosi con gli altri entro la trama di polarità semantiche rilevanti nei propri contesi, ancora la propria identità a quella dei membri del gruppo a cui appartiene. La*

*comunanza delle soggettività è conseguentemente assicurata dalla struttura polare del significato.* (Ugazio, 2012, p. 51, corsivo nell'originale)

Dunque, l'intersoggettività non è da intendersi come una sorta di coordinazione “a posteriori” di diverse soggettività individuali costruitesi in maniera indipendente, prescindendo dall'interazione sociale. Il processo di crescita di un individuo in una famiglia è un'impresa sociale e congiunta di una nuova “con-posizione” nella conversazione, che ha origine dai primi giorni di vita di un individuo. Le polarità semantiche familiari, infatti, non vengono in qualche modo apprese, così come accade per concetti, credenze, schemi e costrutti:

Ciò che il bambino apprende – naturalmente con il concorso degli altri membri della famiglia – è un modo di posizionarsi con i familiari in contesti semantici tripolari. Ma in che modo il bambino si “con-pone” con gli altri membri della famiglia? Stabilendo quelli che la letteratura chiama “legami di attaccamento”. Fin qui *nihil novi*. Ciò che mi preme sottolineare è che *i legami di attaccamento sono diversi in rapporto alle polarità semantiche salienti nella particolare famiglia in cui il bambino entra a far parte.* (Ugazio, 2012, pp. 86–87, corsivo nell'originale)

Persino le primissime interazioni tra genitori e bambino, infatti, sono cariche di significati; gli adulti attribuiscono al pianto di un neonato, alle sue espressioni, alle sue richieste *certi* significati e non altri e spesso si atteggiavano nei suoi confronti come se egli avesse intenzioni o scopi che in realtà probabilmente non ha. In questo modo, la notevole varietà delle interazioni adulto-bambino viene ricondotta all'interno dei contenuti semantici privilegiati dagli adulti di riferimento. Questa sorta di iniziale asimmetria dal punto di vista semantico fra *caregiver* e bambino fa sì che all'interno della conversazione l'adulto fornisca al soggetto in crescita un'“impalcatura semantica” attraverso la quale egli si “con-pone” all'interno del proprio nucleo familiare.

A questo punto, però, sorgono alcuni interrogativi, che richiamano l'idea di intersoggettività su cui si basa il modello di Ugazio. Se ciascuna famiglia è caratterizzata dalla prevalenza di alcuni significati, alla cui costruzione ciascun soggetto partecipa, su che cosa si fonda la differenziazione individuale dei suoi membri? All'interno dello

stesso nucleo familiare, infatti, troviamo personalità completamente differenti, addirittura molto spesso opposte, e le differenze si impongono almeno quanto le somiglianze. E ancora, la storia di ogni individuo è già in gran parte scritta, ovvero limitata ai significati resi accessibili dalla propria storia familiare, co-costruiti, ma vincolanti?

Partiamo dal primo interrogativo. In accordo con la *Positioning Theory* Bamberg, 1997; Harré et al., 2009; Harré & van Langenhove, 1999; Lucius-Hoene & Deppermann, 2000; Madill et al., 2005; Wortham, 2000), secondo Ugazio, se da un lato ciascuna famiglia è caratterizzata dalla prevalenza di alcune semantiche, ciascun membro assume una specifica posizione conversazionale all'interno di esse ed è proprio questa specifica posizione che rende possibile sperimentare specifiche emozioni e costruire peculiari modalità di porsi in relazione. I vincoli e le risorse di ciascuno si costruiscono attraverso il reciproco posizionamento all'interno di una storia condivisa; il positioning è infatti una pratica discorsiva a cui partecipano più persone ed ogni posizione è l'esito di un processo per lo meno bidirezionale (Harré & van Lagenhove, 1999):

Whenever somebody positions him/herself, this discursive act always implies a positioning of the one who is addressed. And similarly, when somebody positions somebody else, that always implies a positioning of the person him/herself. (p. 22)

È in questo senso che la soggettività, qui intesa come "individualità", è l'esito di un processo conversazionale, che non è semanticamente vuoto. La posizione di ciascun soggetto è infatti relativa ai significati presenti nella conversazione, nei confronti dei quali anche gli altri assumono una certa posizione. Naturalmente, tale processo è per lo più spontaneo e non intenzionale.

Il secondo interrogativo richiama invece l'attenzione su una diversa accezione di "soggettività", intesa in questo caso come molteplicità, e anche sul concetto di cambiamento. Se è vero che ogni soggetto esperisce se stesso con un proprio punto di vista dotato di continuità nel tempo e nello spazio, è altrettanto vero che ciascuno è in realtà persone a tratti diverse in contesti differenti ed in momenti diversi. Come si costruisce questa molteplicità della soggettività? Secondo Ugazio (1998, 2012), la molteplicità individuale si costruisce attraverso le diverse polarità semantiche e le

differenti posizioni che il soggetto assume rispetto ad esse nei diversi contesti relazionali significativi. In ogni famiglia, infatti, così come in tutti i sistemi conversazionali, sono sempre presenti più polarità semantiche e diversi sono i positioning che ciascun soggetto assume in relazione alle molteplici dimensioni di significati salienti in quel contesto:

. . . *in tutte le famiglie sono salienti più di una polarità. Per questo l'organizzazione del significato in polarità antagoniste oltre a rendere le identità interdipendenti garantisce la molteplicità del sé.* (Ugazio, 2012, p. 52, corsivo nell'originale)

Inoltre, nel corso della propria esistenza, ciascuno entra a far parte di nuovi e differenti contesti ed instaura nuove relazioni. Ciò avviene di regola a partire dalla condivisione di alcuni significati, che fanno sì che un “altro generico” venga riconosciuto come l’“altro significativo”; secondo Ugazio (2012), infatti, ciascuno dispone di “una serie di abitudini comunicative, di capacità emotive e cognitive che gli renderanno facile “con-porsi” con persone con un *repertorio* di capacità compatibili, in quanto cresciuti in contesti con polarità semantiche simili” (p. 92, corsivo nell'originale). È tuttavia molto probabile che l'incontro con altre persone e l'appartenenza a nuovi gruppi comportino per il soggetto l'esperienza di mondi semantici completamente nuovi, attraverso i quali è chiamato a “con-porsi”. Talvolta questo genere di situazioni,<sup>3</sup> dovute all'impossibilità di “con-porsi” a causa di un'incompatibilità di posizioni o di “giochi semantici”, mettono in crisi la prosecuzione della relazione. Com'è possibile superare l'*impasse*, e dunque promuovere un cambiamento, senza che la relazione si rompa? Secondo Ugazio, è attraverso le emozioni che si costruisce il cambiamento nel corso di interazioni enigmatiche. Le emozioni derivanti da altri episodi precedenti possono infatti contestualizzare l'interazione in corso, portando i soggetti a “con-porsi” attraverso una dimensione semantica nuova per entrambi, oppure promuovendo in uno di loro lo sviluppo di nuove capacità, nuovi modi di sentire, nuove modalità relazionali.

Quanto appena affrontato introduce un aspetto fondamentale del modello di Ugazio, ovvero la connotazione primariamente emotiva delle polarità semantiche. Come

---

<sup>3</sup> Si tratta di quelli che Ugazio (1998, 2012) chiama “episodi enigmatici” o “interazioni enigmatiche”.



già Kelly (1955) aveva sostenuto, non esistono cognizioni senza emozioni e sono proprio queste ultime il terreno su cui si costruiscono i significati. Ad esempio, in una famiglia in cui è pregnante la polarità “intelligente–stupido”, la posizione di “intelligente” è accompagnata da emozioni di efficacia o di orgoglio, così come la posizione opposta di “stupido” comporta ad esempio un vissuto di avvilitamento. Naturalmente, gran parte dei significati prevalenti nelle famiglie ed i positioning ad essi relativi sono per lo più impliciti e trovano espressione attraverso canali non verbali. Le diverse famiglie, proprio per i diversi significati che le caratterizzano, esprimono climi emotivi peculiari, completamente differenti; entrare in un nucleo familiare o in uno specifico gruppo sociale porta a sperimentare determinate emozioni e non altre, così come il contesto terapeutico si carica di certe emozioni e non di altre a seconda del soggetto o della famiglia presenti nella stanza di terapia. E ancora, il sintomo non è forse una vivida, spesso dirompente e del tutto peculiare espressione emotiva? La rabbiosa disperazione di una persona depressa nulla ha a che vedere con l’autodistruttiva determinazione di un’anoressica, così come l’angoscia paralizzante di un disturbo ossessivo-compulsivo è qualcosa di totalmente distante dall’incontrollabile paura di un attacco di panico. Queste differenze nell’espressione del disagio psichico ci raccontano universi semantici ed emozioni completamente differenti. Ma qual è il legame fra significati e psicopatologie? Posto che secondo Ugazio, in accordo con gli altri autori costruttivisti già citati, sottesi alle diverse psicopatologie ci siano specifiche dimensioni di significato, come si arriva all’esordio sintomatico? E perché di regola soltanto un membro di una famiglia presenta il sintomo?

La risposta ad entrambi gli interrogativi risiede nel già citato concetto di positioning. Secondo Ugazio (1998, 2012), infatti, l’esordio sintomatico deriva dal positioning difficile<sup>4</sup> che il soggetto sperimenta nel proprio contesto familiare, relativamente ad una semantica critica. Il futuro paziente si trova ad oscillare fra prospettive inconciliabili, ovvero fra positioning reciprocamente escludentisi; ciò significa che è impossibile per il soggetto trovare una posizione stabile e coerente all’interno di una specifica semantica, che costituisce per sé e per il proprio nucleo

---

<sup>4</sup> Non mi soffermo a presentare nel dettaglio il processo che secondo l’Autrice porta un soggetto a sviluppare un esordio sintomatico. Mi limito ad aggiungere che l’insorgenza sintomatica è legata alla sperimentazione, da parte del soggetto, di un dilemma semantico, che prende il nome di “circuito riflessivo bizzarro” (cfr. Cronen, Johnson, & Lannamann, 1982).

familiare una trama narrativa saliente. Dunque, la prevalenza di una specifica polarità semantica è condizione necessaria, ma non sufficiente per l'insorgenza sintomatica:

*Sono le particolari posizioni che l'individuo e le persone per lui significative reciprocamente assumono, entro la semantica critica, a svolgere un ruolo cruciale nella transizione dalla "normalità" alla psicopatologia. . . . Di regola soltanto quando l'intensità del conflitto entro la semantica critica è tale da non consentire più al soggetto alcuna con-posizione si verifica l'esordio sintomatico. Un effetto pragmatico non trascurabile della sintomatologia è permettere alla persona, diventata ormai un paziente, di trovare con i partner conversazionali un con-posizione, per quanto precaria e fonte di disagio. (Ugazio, 2012, p. 34, corsivo nell'originale)*

L'autrice identifica quattro semantiche specifiche alla base delle quattro più diffuse psicopatologie: la semantica "della libertà" caratterizza i disturbi dello spettro fobico, quella "della bontà" i disturbi ossessivo-compulsivi, quella "dell'appartenenza" i disturbi depressivi; la semantica critica dei disturbi alimentari psicogeni, oggetto di questa ricerca, è quella "del potere"; la presento, sinteticamente, di seguito.

## 4. La semantica del potere nei disturbi alimentari psicogeni

Secondo Ugazio (1998, 2012), la polarità semantica critica che caratterizza i contesti generativi di disturbi alimentari psicogeni (DAP)<sup>5</sup> è “vincente/perdente”; in queste famiglie è pregnante anche un’altra polarità, “volontà/arrendevolezza”, subordinata alla prima secondo un rapporto mezzo–fine. Scrive Ugazio (2012):

. . . si è vincenti perché si è volitivi, determinati, efficienti, mentre si è perdenti perché si è passivi, arrendevoli, in balia delle sopraffazioni degli altri. La bonarietà, l’accondiscendenza, l’accettazione della definizione che l’altro dà della relazione sono costruite entro queste famiglie come passività imbelle, inettitudine. (pp. 218–219)

Questa polarità semantica non riguarda aspetti del sé che possano prescindere dalla relazione, poiché l’appartenenza ai vincenti o ai perdenti è per sua natura l’esito di un confronto. La definizione di sé e della propria posizione è dunque strettamente legata alle dinamiche interattive in corso. Certamente, in generale, nessun valore condiviso da un gruppo prescinde dal qui ed ora della relazione entro cui costantemente viene definito, ri-definito, accettato o rifiutato. Inoltre, la stessa polarità “vincente/perdente” è comunque caratterizzata da un polo valorizzato, quello “vincente”, a cui tutti tendono e per raggiungere il quale ciascuno è in costante lotta contro l’altro. Tuttavia, l’attributo di “egoista”, ad esempio, pur essendo riconducibile all’esistenza e alla definizione di qualcun altro come “generoso”, può essere relativamente svincolato dalla relazione interpersonale in corso. Al contrario, la posizione di un soggetto all’interno del continuum determinato dagli estremi “vincente/perdente” non è percepibile e nemmeno pensabile all’infuori della relazione con l’altro e per questo motivo i contenuti dei conflitti che caratterizzano queste famiglie passano in secondo piano. Ciò che assume rilevanza è infatti il diritto di avere la supremazia sull’altro e ogni membro è

---

<sup>5</sup> Fra i disturbi alimentari psicogeni Ugazio (1998, 2012) comprende, oltre ad anoressia nervosa (307.1) e bulimia nervosa (307.51), anche l’obesità psicogena, non inclusa nel DSM–IV–TR (American Psychiatric Association, 2000). La sua inclusione nei sistemi nosografici è comunque oggetto di discussione fra i ricercatori (cfr. ad es. Devlin, 2007; Marcus & Wildes, 2009; Volkow & O’Brien, 2007).

costantemente impegnato nello sforzo di ottenere una posizione di predominio nella relazione. Le interazioni all'interno del nucleo sono caratterizzate da laceranti schismogenesi<sup>6</sup> simmetriche: il confronto che definisce i significati, la propria posizione e il proprio valore genera e mantiene una spirale inarrestabile di conflitti, in cui dominare, controllare e riuscire equivale ad *essere di più*, mentre soccombere, accettare la definizione che l'altro dà di sé e arrendersi alla supremazia altrui corrisponde ad *essere di meno*. Queste posizioni all'interno della conversazione contrassegnata dal conflitto competitivo danno origine ad una gamma di vissuti emotivi che concorrono ad alimentare la semantica stessa. Per chi si colloca nel polo "vincente" è accessibile il senso di competenza ed efficienza personale, la fiducia in se stessi e il vanto nei confronti degli altri, i quali di contro sperimentano un senso di inadeguatezza, di impotenza, di sottomissione e di vergogna rispetto a chi occupa la posizione opposta.

In tali contesti, la lotta costante per la definizione della relazione, che costituisce il fondamento del proprio sé, rende le identità dei soggetti reciprocamente vincolate e dunque particolarmente instabili. All'interno di un'organizzazione di significati come quella di tipo DAP, in cui le identità sono indissolubilmente connesse tra loro, lo sguardo dell'altro diviene metro di giudizio imprescindibile e insindacabile del proprio valore. Questo aspetto rende ragione della particolare sensibilità di queste persone alle osservazioni e alle critiche mosse dagli altri; un commento, o anche solo uno sguardo, o una semplice considerazione espressa da un familiare, dal partner o addirittura da uno sconosciuto rispetto a un qualsivoglia atteggiamento o aspetto di sé viene interpretato da queste persone come una critica nei confronti del proprio valore e scatena vissuti annientanti, caratterizzati da un senso di vergogna e di inettitudine insopportabile (Guidano, 1987; Bara & Stoppa Beretta, 1996).

Oltre a ciò, la declinazione della polarità "vincente/perdente" in termini di "volitività, determinazione, controllo/arrendevolezza, passività, accettazione" fa sì che nessun membro in un tale contesto possa sentirsi sicuro della propria posizione. Infatti, in quanto ambita da tutti, la superiorità del "vincente" è sempre instabile, precaria, attaccabile, oltre che per sua natura dipendente dalla posizione altrui. Di conseguenza,

---

<sup>6</sup> Il costrutto di schismogenesi è stato introdotto per la prima volta da Bateson (1936) e indica un processo di differenziazione nelle norme del comportamento di individui o gruppi coinvolti in un'interazione cumulativa. Nel caso della schismogenesi complementare il risultato dell'interazione è la manifestazione di comportamenti sempre più opposti; nel caso della schismogenesi simmetrica, invece, il risultato dell'interazione è l'esibizione di comportamenti sempre più simili fra loro.

coloro che si collocano in questo polo sono completamente assorbiti da un inarrestabile lavoro di riaffermazione e consolidamento della propria supremazia e le relazioni interpersonali tendono ad essere iper-controllate (Button, 1985; Button & Winter, 2010). Queste persone si mostrano dunque molto efficienti, instancabili, piene di interessi culturali e sociali, precise ed organizzate e spesso si guadagnano l'ammirazione di colleghi e amici. All'impegno costante nel dimostrare il proprio primato rispetto agli altri, si aggiunge poi la frequente ridefinizione delle proprie azioni in termini di "gesta" al servizio dei familiari, che non sono in grado di badare a loro stessi o che per lo meno non sarebbero dove sono senza l'operosità e gli oneri assolti da chi instancabilmente si prende cura di loro. Ovviamente, nessuno crede alle buone intenzioni sbandierate dai "vincenti" e questi ultimi sono ben consapevoli che dietro a tale facciata di oblatività si nasconde il desiderio di controllare gli altri e il bisogno di difendere la propria posizione dagli appetiti altrui.

D'altro canto, chi si colloca nel polo "perdente" non può accettare tale definizione di sé, poiché, proprio per le caratteristiche della polarità, egli stesso risulterebbe l'artefice della propria sconfitta, determinata dalla propria passività e arrendevolezza. Pertanto, coloro che si collocano in questa posizione tenderanno tenacemente a spodestare dal basso i "vincenti", smascherando con vigore le egoistiche intenzioni di questi, camuffate da dedizione e disponibilità. Nel caso in cui tali strategie non risultino efficaci, i "perdenti" danno vita con coloro che condividono la medesima posizione a *escalation sacrificali*, mediante le quali ridefiniscono la carenza di qualità vincenti in termini di sacrificio: attraverso la volontaria rinuncia all'espressione delle proprie doti essi si ritirano dal confronto, lasciando spazio agli altri. Evidentemente, tuttavia, il ritiro dalla lotta per la supremazia è soltanto apparente, in quanto la strategia adottata delegittima la posizione dei "vincenti", che appaiono come debitori nei confronti di chi si sacrifica per loro; allo stesso tempo, seppur sacrificale, un'escalation rimane tale: mediante tale strategia i "perdenti" si limitano a spostare la schismogenesi simmetrica dal trono dei trionfatori all'altare delle vittime.

Che cosa conduce in tali contesti all'esordio sintomatico in uno dei suoi membri? Come già anticipato (cfr. nota 4), secondo Ugazio (1998, 2012) il sintomo insorge quando uno dei soggetti sperimenta un "circuito ricorsivo bizzarro", in questo caso fra i livelli "Sé" e "relazione". Nella cultura occidentale, in genere, è il Sé, inteso come

biografia personale, a fare da contesto alla relazione, fungendo da punto di vista sovraordinato rispetto a questa; infatti, seppur per lo più inconsapevolmente, nella scelta, nel mantenimento e anche nello scioglimento dei legami significativi, gli individui sono guidati dalla propria “storia raccontata”, cioè dall’insieme di idee, credenze, esperienze e significati che essi si sono costruiti durante la propria vita. Ora, secondo Ugazio, nei contesti in cui si sviluppano i disturbi alimentari psicogeni la gerarchia fra questi due livelli è ribaltata, poiché è la relazione a fare da contesto al Sé. Fra i soggetti che condividono la semantica del potere, infatti, il proprio senso di sé dipende dalla relazione in corso con l’altro. Inoltre, la declinazione della polarità semantica “vincente/perdente” in termini di “volitività, controllo della relazione/arrendevolezza, passività” e i conseguenti esacerbanti conflitti per la supremazia nei confronti degli altri rendono le identità dei soggetti particolarmente instabili, poiché è proprio la stabilità nella definizione della relazione a mancare. La sempre ambita conferma del proprio valore da parte dell’altro espone al rischio di una squalifica o all’ammissione della superiorità altrui e questo aspetto rende ragione della elevata frequenza di rifiuti che caratterizza la comunicazione in queste famiglie<sup>7</sup> (Selvini Palazzoli, 1981). Il bisogno della conferma dell’altro e il rischio di essere invalidati tramite il rifiuto sono due aspetti che si autoalimentano all’interno di un contesto in cui le differenze sono molto ambite, poiché declinate in termini di superiorità e inferiorità, ma per questo stesso motivo anche molto temute.

Le caratteristiche della semantica del potere tendono a ridurre la gamma delle modalità relazionali adottate da questi soggetti a due possibilità: “adeguarsi” e “opporsi”. Scrive Ugazio (2012):

La semantica critica “vincente/perdente” e la conseguente attenzione selettiva al problema della definizione della relazione inducono i membri di queste famiglie a costruire tutte le relazioni come forme di adeguamento all’altro e alle sue richieste, oppure di opposizione. . . . Chi desidera mantenere la propria supposta o reale superiorità, o migliorare il proprio *positioning*, sente di doversi adeguare a coloro che detengono

---

<sup>7</sup> Dal punto di vista della pragmatica della comunicazione, a differenza della disconferma, la quale nega l’esistenza stessa del soggetto in qualità di emittente del messaggio, il rifiuto presuppone il riconoscimento di colui che parla, ma colpisce il contenuto del messaggio e la definizione che il parlante fornisce di sé e della relazione attraverso quello stesso messaggio (cfr. Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967).

una posizione vincente nel gruppo familiare o nella comunità; chi invece è perdente, e non individua possibilità di migliorare il proprio status, si oppone ai vincenti cercando di delegittimarne la superiorità. (p. 230, corsivo nell'originale)

Secondo l'autrice, il circuito riflessivo bizzarro che caratterizza la polarità semantica “vincente/perdente” è caratterizzato dall'intransitività che si genera tra il Sé e le due citate modalità relazionali predominanti:

*Uniformarsi alle aspettative degli altri significa, per la persona che sperimenta il dilemma, essere passivo, perdente, sentirsi intruso e di conseguenza sopraffatto. Opporsi comporta recuperare un senso di efficacia personale, ma equivale a essere rifiutati, e quindi implica perdere la conferma dell'altro e con essa il sentimento della propria individualità.* (Ugazio, 2012, p. 230, corsivo nell'originale)

Il sintomo insorge quando la riflessività del circuito riflessivo bizzarro è massima, cioè quando il soggetto oscilla tra “adeguarsi” e “opporsi” senza tuttavia trovare alcuna conferma di sé. Ciò avviene quando il soggetto non dispone più di alcun “legame confermate” ed è proprio per questo che insorge la sintomatologia. La perdita del legame privilegiato è causata da una dinamica di istigazioni<sup>8</sup> e delusioni all'interno del nucleo familiare. Durante l'infanzia e l'adolescenza, o comunque prima dell'esordio sintomatico, infatti, la riflessività del circuito bizzarro viene mantenuta entro certi limiti attraverso strategie “adattive” e grazie alla presenza di almeno un legame preferenziale, in genere rappresentato da un genitore, che svolge la funzione di contesto per la definizione dei confini del sé. Questi due aspetti sono differenti per le diverse organizzazioni anoressica, bulimica e obesa.

Per le future anoressiche e bulimiche i legami che fungono da conferma per il proprio sé sono in posizione “vincente”; nel caso dell'anoressia restrittiva e dell'anoressia-bulimia questi è di norma un genitore che svolge o ha svolto funzioni accudenti (si tratta generalmente della madre), mentre nel caso della bulimia il legame

---

<sup>8</sup> Il concetto di istigazione rimanda ad un contesto almeno triadico, in cui una persona, appunto, istiga qualcuno contro un terzo.

Ugazio parla di un processo istigatorio che porta il soggetto a sperimentare una doppia delusione. Poiché l'analisi di queste dinamiche non rientra fra gli scopi del presente lavoro, il lettore che voglia approfondire l'argomento confronti Ugazio (1998, 2012).

confermante, pur trovandosi in posizione “vincente”, non coincide con il genitore con funzioni accudenti (frequentemente, ma non sempre, si tratta del padre, mentre la madre sovente si trova nel polo “perdente”).

Per queste persone, che dunque si “con-pongono” nel polo “vincente”, la riflessività del circuito riflessivo viene limitata attraverso l’adeguamento conformista ai valori di riferimento del contesto familiare e sociale, ma soprattutto dei “legami confermanti”. Esse tendono ad eseguire in maniera perfetta i loro doveri, agendo i comportamenti attesi e desiderati dalle persone di riferimento, per ottenere la loro approvazione (Schembri & Evans, 2008). Queste donne tendono ad essere perfezioniste (cfr. Halmi et al., 2000; Lilenfeld et al., 2006; Wonderlich et al., 2005), sono in genere instancabili lavoratrici, volitive, determinate in ogni attività e contesto, al fine di ottenere la conferma di sé da parte degli altri. La costante ambizione ad emergere le porta ad una esasperante competizione, che le induce a considerare ogni espressione di “propositività” espressa nei loro confronti in termini di sopraffazione. Questo aspetto emerge in maniera preponderante nel corso dell’adolescenza, quando la competizione comincia a rivolgersi agli adulti ed in particolare proprio a quelli che forniscono la conferma di cui tanto hanno bisogno. La lotta simmetrica per il potere sulla definizione della relazione con i legami significativi, in particolare con quello “confermante”, alimenta la riflessività del circuito bizzarro. È di conseguenza più facilmente comprensibile il perché nella maggior parte dei casi i sintomi anoressico e bulimico insorgano durante il periodo adolescenziale (Striegel-Moore, Franko, & Ach, 2006; Keski-Rahkonen, Raevouri, & Hoek, 2008; Castelli, 2011).

Il timore di essere sopraffatte dall’altro trova espressione anche nelle relazioni con l’altro sesso: coinvolgersi emotivamente e sessualmente rappresenta infatti la minacciosa possibilità di perdere il controllo di sé, di cadere in balia dell’altro e perciò di perdere le qualità che nella dimensione semantica critica di questa organizzazione garantiscono una posizione di superiorità. È pur vero, tuttavia, che all’interno della semantica del potere è proprio la relazione con l’altro il fondamento dell’identità e di conseguenza diviene una necessità primaria la presenza di un partner stabile, a cui dedicarsi completamente e alle cui aspettative adeguarsi.

Nel caso dell’obesità, invece, il “legame confermante” si “con-pone” fra i “perdenti” e fornisce quell’alleanza e quel sostegno necessari al soggetto che sceglie di



opporsi strenuamente ai “vincenti”. Infatti, la strategia adattiva scelta dalle future obese<sup>9</sup> è quella dell’anticonformismo, attraverso il quale cercano di opporsi alla posizione di supremazia degli altri, considerata illegittima. Esse sono ipercritiche nei confronti di coloro che svolgono attività che possono procurare ammirazione e stima all’interno del contesto familiare e sociale. Poiché questi soggetti si “con-pongono” nell’estremo “perdente” del continuum semantico caratteristico di queste famiglie, la propria autostima risulta ridotta e il metodo scelto per mantenerla entro livelli accettabili è quello di abbassare gli altri, cercando di costruire un’immagine di sé in un certo senso paritaria in quanto “oppositori”, ma esponendosi costantemente al rifiuto da parte di coloro che si trovano in posizione di superiorità. Queste dinamiche si riflettono sovente anche nelle relazioni sentimentali, che possono rivelarsi un terreno di confronto pericoloso. Infatti, impegnarsi in un legame stabile e profondo equivale a correre il rischio di fare i conti con l’immagine negativa di sé caratteristica del polo “perdente”; per questo motivo questi soggetti molto frequentemente scelgono partner sentimentali bisognosi del loro sostegno.

Veniamo ora al tema centrale di questa ricerca. In che modo le peculiari modalità relazionali delle pazienti con disturbi alimentari influenzano la relazione terapeutica? E quali vincoli e quali risorse veicolano i significati salienti per queste pazienti nel contesto psicoterapeutico?

---

<sup>9</sup> Com’è noto, anoressia e bulimia sono presenti in maniera prevalente nel sesso femminile, rispettivamente nel 90% e nell’80% circa dei casi (Castelli, 2011). Per semplificare, d’ora in poi utilizzerò il genere femminile anche per i soggetti obesi, nonostante le statistiche mostrino una distribuzione dell’obesità più equilibrata fra i generi maschile e femminile (cfr. Bélanger-Ducharme & Tremblay, 2005; Castelli, 2011; Shields, Carroll, & Ogden, 2011)



## 5. Relazione terapeutica e disturbi alimentari psicogeni

L'alleanza terapeutica, e più in generale la relazione terapeutica, giocano un ruolo fondamentale nel processo terapeutico. Secondo alcune recenti ricerche (cfr., ad es., Corso et al., 2012; Escudero, Friedlander, Varela, & Abascal, 2008; Johansson & Jansson, 2010; Knerr et al., 2011; Langhoff et al., 2008; Owen, 2012; Parpottas, 2012; Priebe, 2008), infatti, è proprio la relazione terapeutica la principale responsabile del successo o del fallimento della psicoterapia e la sua incidenza sull'esito delle terapie psicologiche sembra di gran lunga più importante della stessa tecnica utilizzata dal terapeuta. Uno dei punti critici di questi studi consiste nel fatto che si riferiscono per lo più ad aspetti a-specifici della relazione terapeutica; inoltre, i ricercatori non sembrano porsi il problema dei differenti modi attraverso cui pazienti con differenti psicopatologie contribuiscono a costruire la relazione con il terapeuta e l'alleanza terapeutica stessa. Oltre a questo, non si affronta la questione di come il terapeuta stesso possa relazionarsi in modi diversi con pazienti con disturbi e modalità di funzionamento molto differenti e di come un diverso stile relazionale del terapeuta possa influire sul processo terapeutico con il paziente.

Fin dai tempi in cui i disturbi alimentari erano una psicopatologia ancora semiconosciuta, i primi clinici che se ne sono occupati (cfr., ad es., Bruch, 1973, 1978; Selvini Palazzoli, 1963, 1981) hanno posto la relazione terapeutica al centro della loro analisi. Lo stesso Freud, di certo abituato ai comportamenti manipolatori e alle resistenze dei propri pazienti, deve aver provato un certo sgomento quando la Signorina Emmy von N, considerata dai più uno dei primi casi di anoressia descritti, di fronte alle sue pressioni perché bevvesse almeno dell'acqua, si sentì rispondere: "I'll do because you ask me to . . . but I can tell you in advance that it will turn out badly" (Breuer & Freud, 1895/2000, p. 81). Purtroppo, però, erano i primi tempi, quelli degli studi sull'isteria e sull'ipnosi con Breuer, e in quel periodo Freud non aveva ancora iniziato ad occuparsi seriamente della relazione con le proprie pazienti.

Recentemente, diversi contributi sono dedicati alla definizione di specifiche strategie terapeutiche per il trattamento dei disturbi alimentari, a partire da diversi orientamenti e approcci alla psicopatologia (cfr., fra gli altri, Bachar, Latzer, Kreitler, & Berry, 1999; Gowers & Bryant-Waugh, 2004; Krusky, 2002; Lacey & Read, 1993; Schmidt, 1989; Steiger & Israel, 1999; Vitousek, Watson, & Wilson, 1998) e ciò è anche dovuto al fatto che alcune ricerche hanno chiaramente messo in luce i limiti nell'efficacia della psicoterapia con questi disturbi (cfr., ad es., Bergh, Brodin, Lindberg, & Soderstein, 2002; Button & Warren, 2001; Deter & Herzog, 1994; Eddy-Kamryn et al., 2002; Kaplan & Garfinkel, 1999; Richards, Baldwin, Frost, Clark-Sly, Berret, & Hardman, 2000; von Holle et al., 2008). Nonostante il proliferare di studi sui disturbi alimentari e sebbene, come già detto, alcuni clinici abbiano posto in primo piano il problema della relazione terapeutica con questo tipo di pazienti, il silenzio dei ricercatori in questo campo è quasi imbarazzante. Infatti, nonostante i disturbi alimentari costituiscano un tema ancora oggi oggetto di grande interesse, non solo nel campo clinico e di ricerca, ma anche nell'opinione pubblica, soltanto una minima parte dei recenti sviluppi in questo campo (Boughtwood, 2010; Charpentier, 2000; Forsberg, 2013; Gulliksen, 2012; Wright, 2010) si preoccupa di indagare le peculiarità dei modi attraverso cui terapeuta e pazienti con disturbi alimentari costruiscono la propria relazione e naturalmente ciò non promuove l'individuazione di strategie terapeutiche efficaci nel trattamento di queste psicopatologie. In verità, qualche risultato incoraggiante lo si è raggiunto e la psicoterapia sistemico-relazionale della famiglia sembra ottenere buoni esiti (Bergh et al., 2006; Bulik, Berkman, Brownley, Sedway, & Lohr, 2007; Carr, 2009; Dare, Eisler, Russell, Treasure, & Dodge, 2001; Eisler et al., 2000; Eisler, Simic, Russell, & Dare, 2007; Le Grange, Lock, & Dymek, 2003; Lock & Fitzpatrick, 2009; Lock et al., 2010; von Sydow, Beher, Schweitzer, & Retzlaff, 2010). Difficilmente può trattarsi di un caso; le psicoterapie sistemico-relazionali, infatti, pongono particolare attenzione alle dinamiche relazionali familiari. Al di là di questo, è probabile che l'efficacia della terapia sistemica nel trattamento di questi disturbi dipenda anche dal fatto che questo modello, soprattutto nei primi sviluppi, sia stato in qualche modo consonante con le modalità relazionali peculiari di questo tipo di pazienti e delle loro famiglie. In che senso "consonante"? Con questa espressione intendo dire che molti degli interventi terapeutici tipici del modello sistemico-relazionale, come ad

esempio le tecniche strategiche meta-complementari di Haley (1963), oppure gli interventi paradossali (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1975), o ancora l'utilizzo della sfida come strumento di cambiamento (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978), che hanno caratterizzato soprattutto la prima della storia di questo modello, si fondano su un modo di intendere la relazione interpersonale che corrispondeva a quello delle famiglie in terapia. Quasi sicuramente, gli stessi interventi con altri tipi di pazienti e famiglie avrebbero avuto esiti diversi, o sarebbero risultati inefficaci, oppure addirittura dannosi per il proseguo della terapia. Nel caso dei disturbi alimentari, pur con diversi aspetti problematici, questi interventi risultavano efficaci perché agiti attraverso una sorta di "linguaggio relazionale" condiviso, o per lo meno in quanto ad essi veniva attribuito dalla famiglia un determinato significato.

Il significato, ecco il punto.

Che cosa fa sì che l'interazione terapeutica prenda una determinata forma, che gli atteggiamenti e i movimenti relazionali vengano percepiti e co-costruiti in un certo modo, che i vissuti emotivi connessi alla relazione con il terapeuta siano di un certo tipo? I significati, appunto, e la connotazione puramente relazionale che caratterizza la dimensione semantica di queste famiglie. Come ho già detto, secondo il modello di Ugazio (1998, 2012), che costituisce il fondamento teorico di questa mia ricerca, i significati prevalenti nelle famiglie non solo connotano l'autobiografia del soggetto, ma modellano le specifiche modalità attraverso cui egli instaura le relazioni con gli altri. Pur non essendo esclusive, determinate modalità relazionali sono più frequentemente agite dall'individuo, perché coerenti con il sistema di significati alla base della propria soggettività. Questa visione è del resto coerente con quanto sostenuto dall'approccio sistemico-costruzionista e dalla Positioning Theory, di cui ho già parlato precedentemente, e a cui si rifà il modello delle polarità semantiche di Ugazio. Basti solo ricordare che i significati non sono intesi come un sistema di costrutti interni al soggetto, bensì come esito mai del tutto esaurito dei processi conversazionali di cui ciascuno è parte; allo stesso tempo, è attraverso i significati che prendiamo posto nel mondo, mediante la partecipazione a trame narrative condivise. I significati sono dunque l'impalcatura della nostra inter-soggettività, il veicolo attraverso il quale costruiamo relazioni significative.

Veniamo ora alla relazione terapeutica. Riguardo ai significati che secondo Ugazio (1998, 2012) caratterizzano i contesti generativi di disturbi alimentari non aggiungo nient'altro a quanto già detto in precedenza. È invece fondamentale sottolineare che nel momento in cui il terapeuta si trova di fronte un paziente o una famiglia in cui è presente un disturbo alimentare, questi farà necessariamente esperienza e dovrà necessariamente tener conto dei pattern interattivi specifici messi da loro in atto. È Ugazio stessa a chiarire in che modo i significati salienti per queste famiglie connotino la relazione terapeutica, fin dal primo momento:

Difficilmente, quando la semantica del potere domina la conversazione, il terapeuta è sentito come una persona intenta a trovare insieme al paziente e alla sua famiglia una via d'uscita. Difficilmente i membri di queste famiglie vedono il terapeuta come impegnato a trasformare insieme a loro i vincoli in risorse, a promuovere nuovi modi di leggere la loro storia che facilitino la risoluzione dei conflitti che li devastano. Non si tratta di un problema di diffidenza. (Ugazio, 2012, p. 309)

Di cosa si tratta, dunque? Si tratta di un problema di definizione della relazione, che diventa una faccenda seria quando i conflitti competitivi che governano le relazioni interpersonali di queste famiglie incontrano un contesto caratterizzato da asimmetria relazionale, come quello terapeutico. È proprio a questo punto che i significati relazionali acquistano un'importanza fondamentale, in quanto “la relazione paziente-terapeuta viene letta attraverso la metafora del potere” (Ugazio, 2012, p. 309), e il terapeuta può essere visto come un antagonista, un sopraffattore, una persona giudicante. Il fatto di presentarsi in un setting con uno specchio unidirezionale o con una videocamera può essere vissuto da questi pazienti come un'umiliazione o addirittura un abuso di potere. Sono proprio i significati salienti per questi pazienti, caratterizzati dall'opposizione polare “vincente/perdente”, dalle definizioni di sé e degli altri come persone volitive o arrendevoli, dalle emozioni di vanto e vergogna e soprattutto dalle modalità relazionali “adeguarsi/opporsi” ad avere un ruolo di primo piano nelle dinamiche interattive con il terapeuta. Così come nei propri contesti di appartenenza ogni differenza di posizione è vissuta come una minaccia per una positiva e stabile definizione di sé, l'asimmetria della relazione con il terapeuta viene *sentita* come una sopraffazione, che pone il paziente in una posizione di inferiorità. Non è

infrequente che, a prescindere dalle reali intenzioni del terapeuta, il paziente senta il bisogno di mettere in discussione la definizione della relazione, ad esempio ridicolizzando esperienze terapeutiche precedenti, opponendosi alle regole del setting, assumendo una posizione di “terapeuta del terapeuta”, con l’intento di rendere simmetria la complementarità. Del resto, per questi pazienti e per i loro familiari, solo attraverso la relazione nel qui ed ora è possibile definire il proprio sé e nel momento in cui un paziente si rivolge ad un terapeuta è proprio la relazione con lui ad assumere un’importanza identitaria.

La tendenza di queste pazienti a leggere la relazione con il terapeuta nei termini che Ugazio ha descritto può avere effetti anche sulla possibilità di cambiamento per il paziente e per il suo sistema familiare; infatti, persino i tentativi di cambiamento attuati dal terapeuta possono essere vissuti come un tentativo di prevaricazione, o per lo meno come una minaccia di stravolgimento di un assetto relazionale già per sua natura precario.

A partire da queste osservazioni appare evidente che, sia per poter iniziare un lavoro terapeutico, sia per promuovere il cambiamento, è fondamentale dedicare particolare attenzione alla costituzione dell’alleanza terapeuta. Stando a quanto scritto fino ad ora, però, è probabile che quasi tutti i terapeuti rinuncerebbero in partenza all’idea di iniziare una terapia insieme a queste pazienti, a meno che anch’essi non siano appassionati alle sfide. Accanto agli aspetti problematici di questa organizzazione, tuttavia, ne esistono altri che possono risultare funzionali ai fini della terapia:

Laddove è dominante la semantica del potere si apre per il terapeuta, accanto alla posizione di antagonista, necessariamente da combattere, quella più promettente di alleato. *Il paziente è anche disposto ad accettare una relazione che in quanto asimmetrica gli è sgradita pur di conquistare un alleato.* Penso che gran parte della fortuna della terapia familiare con anoressie, bulimie e con gli altri disturbi che maturano entro la semantica del potere derivi proprio dalla possibilità che il setting familiare in quanto tale fornisce di cogliere questa possibilità che viene giocata già nei primi incontri. Chi telefona è di regola chi si sente perdente e proprio per questo offre spesso già nel colloquio telefonico la

propria alleanza al terapeuta. . . . Sfortunatamente *si tratta di un'alleanza contro qualcuno*. (Ugazio, 2012, p. 313)

Sarà proprio il processo terapeutico a trasformare questa offerta di coalizione in un'alleanza "per". Inoltre, la stessa tendenza a leggere gli interventi del terapeuta come sopraffattori, o a percepire il contesto terapeutico come minaccioso, quando non umiliante, si può paradossalmente rivelare una preziosa risorsa. Infatti, pur di uscire il prima possibile da un contesto così scomodo, i membri di queste famiglie diventano preziosi collaboratori e catalizzatori del processo di cambiamento.

E il terapeuta?

Naturalmente anche il terapeuta ha una o più semantiche prevalenti che contribuiscono alla creazione della relazione terapeutica. Ritengo tuttavia che tenda a prevalere nella conversazione terapeutica, soprattutto inizialmente, la semantica del paziente. (Ugazio, 2012, p. 314)

È anche a partire da questa intrigante considerazione che ha preso forma questa mia ricerca.



## 6. La ricerca

Le pazienti con disturbi alimentari psicogeni adottano peculiari modalità nella costruzione della relazione terapeutica? Quali significati e quali modalità interattive caratterizzano la conversazione terapeutica con queste pazienti? E quali modi di porsi in relazione adotta invece il terapeuta? Sono modalità relazionali consonanti oppure in parte o completamente differenti da quelle agite dalle pazienti? Questa ricerca costituisce un tentativo di rispondere a questi interrogativi e rappresenta la prosecuzione di un programma di ricerca interessato al legame fra psicopatologia e significato (Ugazio et al., 2011; Ugazio et al., 2007). A partire dall'assunto, sostenuto da Ugazio (1998, 2012) all'interno di un approccio sistemico-costruzionista e condiviso dalla letteratura costruttivista (Guidano, 1987, 1991; Guidano & Liotti, 1983), secondo cui alle quattro più diffuse psicopatologie (disturbi fobici, ossessivo-compulsivi, alimentari e depressivi) sono sottese quattro specifiche organizzazioni di significato, una recente ricerca (Ugazio et al., 2011) ha dimostrato che nella conversazione psicoterapeutica con i pazienti con ciascuna delle quattro psicopatologie prevalgono *significati narrati* riconducibili alla rispettiva semantica saliente (semantica "della libertà", "della bontà", "del potere" e "dell'appartenenza"). La stessa ricerca ha dimostrato che oltre ad utilizzare la rispettiva semantica critica, i pazienti dei quattro gruppi clinici utilizzano le semantiche chiamate "altre"; ciò significa che nonostante la polarità semantica critica caratterizzi la storia raccontata di ciascun paziente, tuttavia non la satura mai, come sottolineato da Ugazio (2012):

Per quanto una singola semantica possa assumere una notevole centralità nella conversazione della famiglia e un ruolo centrale nel definire la posizione di un membro, essa non esaurisce le possibilità conversazionali di cui l'individuo dispone. La sua posizione gli rende sempre accessibili storie diverse da quelle generate dalla sua posizione rispetto alla semantica critica. (p. 320)

La ricerca ha anche confermato l'asimmetria, per quanto riguarda l'introduzione di contenuti semantici, fra terapeuta e paziente; è infatti quest'ultimo ad introdurre la

maggior parte dei significati, nonostante il terapeuta contribuisca attivamente sia in direzione della comprensione dei significati salienti per il paziente, sia in direzione di un ampliamento del suo mondo semantico, attraverso l'utilizzo di semantiche "altre". Un ulteriore interessante risultato della ricerca consiste nel fatto che cinquantasette dei cinquantotto soggetti sono stati assegnati al corrispondente gruppo clinico sulla base della semantica prevalente nella loro conversazione; ciò dimostra l'utilità dell'analisi semantica come strumento per una diagnosi dimensionale che contribuisce a formulare un piano terapeutico *ad hoc* e che possa aprire al cambiamento. Infatti, i significati salienti per il paziente costituiscono dei vincoli, ma anche delle risorse, sia nella biografia personale del paziente, sia nella stanza di terapia. È infatti inevitabile che il terapeuta stesso si trovi posizionato nelle semantiche dei pazienti e ciò comporta che alcune strade terapeutiche siano percorribili, mentre altre non lo siano. Non tutte le strategie terapeutiche sono adatte per tutti i pazienti; se il contesto terapeutico è un contesto relazionale emotivamente significativo e se i significati attraverso i quali paziente e terapeuta si "con-pongono" prendono forma in specifici modi di instaurare una relazione, quella fra paziente e terapeuta sarà connotata in maniera diversa a seconda delle organizzazioni semantiche prevalenti per il paziente; ciò vale in generale, ma ancora di più nel caso ci troviamo di fronte a soggetti sintomatici, il cui comportamento problematico è proprio l'esito dell'impossibilità di trovare una posizione all'interno dei significati fondamentali dei propri contesti di appartenenza. Queste considerazioni richiamano l'attenzione ad uno dei limiti delle ricerche finora effettuate, le quali non possono essere considerate una definitiva convalida del modello di Ugazio (1998, 2012), che ispira anche questa ricerca. L'analisi delle polarità semantiche narrate, infatti, si riferisce esclusivamente ai significati espliciti che paziente e terapeuta esprimono verbalmente nel corso della seduta; tali significati sono dunque più simili ai costrutti personali di Kelly che alle polarità semantiche di Ugazio. Questo livello di analisi, inoltre, non coglie appieno l'accezione conversazionale e interattiva del concetto di polarità semantiche. Certamente, i significati si dispiegano attraverso le storie che paziente e terapeuta raccontano, ma queste storie si costruiscono, si mantengono e cambiano solo attraverso la partecipazione ad un contesto conversazionale condiviso. Allo stesso tempo, i modi di porsi in relazione adottati, in maniera per lo più inconsapevole, da un soggetto sono l'espressione dei significati cui

egli ha preso parte nei propri contesti di appartenenza. Più che i significati narrati, dunque, sono i positioning interattivi a gettare luce sui significati attraverso cui i pazienti interpretano la realtà e costruiscono relazioni emotivamente significative, tra cui, si presume, quella terapeutica.

L'analisi delle *polarità semantiche interattive* può dunque contribuire alla comprensione della relazione terapeutica. È ciò che con questa ricerca mi propongo di fare.

## 6.1 Obiettivo ed ipotesi

Obiettivo della ricerca è verificare se la relazione terapeutica con pazienti con disturbi alimentari psicogeni è caratterizzata dai significati riconducibili alla *semantica del potere*, che secondo Ugazio (1998, 2012) caratterizza queste psicopatologie. Secondo Ugazio, nelle famiglie in cui si generano disturbi alimentari psicogeni prevalgono due modalità relazionali di porsi in relazione: “adeguarsi” e “opporsi”; in queste famiglie, i soggetti percepiscono la relazione in corso in termini di adeguamento o di opposizione alle richieste e alla definizione della relazione (cfr. Watzlawick et al., 1967) che l'altro propone. In questi contesti sono comuni anche altre peculiari modalità relazionali, congruenti con i significati in essi prevalenti, fra cui “vincere/perdere”, “combattere/rendersi” e “apparire/sfigurare”. Apprese a partire dai significati salienti nei propri contesti di appartenenza, primo fra tutti la famiglia, queste modalità relazionali costituiscono il repertorio relazionale fondamentale, seppure non l'unico e non di certo immodificabile, che il soggetto mette in atto nei diversi contesti di cui entra a far parte.

In questa ricerca il contesto relazionale oggetto d'osservazione è quello terapeutico, al quale il paziente si rivolge in un momento in cui gli è impossibile “con-porsi” in modo coerente all'interno delle dimensioni di significato per lui salienti; si presume dunque che anche nella costruzione della relazione con il terapeuta, le pazienti con disturbi alimentari adottino più frequentemente le modalità relazionali caratteristiche della semantica critica. Allo stesso tempo, per lo meno nella fase iniziale della terapia, il terapeuta potrebbe da un lato evitare di assumere positioning molto polarizzati, ma è probabile che si “con-ponga” con il paziente attraverso modalità

relazionali che rientrano nel repertorio della semantica critica del paziente, allo scopo di costruire l'alleanza terapeutica.<sup>10</sup>

Alla luce di queste considerazioni, le ipotesi avanzate in questa ricerca sono le seguenti:

1. mi attendo che la semantica del potere connoti i positioning interattivi adottati dalle pazienti con disturbi alimentari in maniera significativamente maggiore, ma non esclusiva, rispetto alle altre semantiche considerate;
2. mi attendo che le pazienti con disturbi alimentari assumano nei confronti del terapeuta positioning interattivi riconducibili alla semantica del potere in misura significativamente maggiore rispetto alle pazienti del gruppo di controllo;
3. mi attendo che nell'interazione con le pazienti con disturbi alimentari il terapeuta adotti movimenti relazionali riconducibili alla semantica del potere in maniera significativamente maggiore rispetto ai movimenti relazionali riconducibili ad altre semantiche;
4. mi attendo che nella relazione con le pazienti con disturbi alimentari il terapeuta adotti positioning interattivi riconducibili alla semantica del potere in misura significativamente maggiore rispetto al gruppo di controllo.

## 6.2 Metodo

### 6.2.1 I partecipanti

Il campione di questa ricerca è costituito da 24 pazienti che hanno richiesto un trattamento psicoterapeutico presso *l'European Institute of Systemic-relational Therapies* di Milano, estratti da un archivio di 540 psicoterapie o consultazioni videoregistrate e condotte dalla stessa psicoterapeuta<sup>11</sup> negli ultimi 20 anni. I pazienti, residenti prevalentemente nel Nord Italia, hanno un'età compresa fra i 21 e i 59 anni ( $M = 36.71$ ,  $DS = 11.13$ ) e livello socio-economico medio-alto; essi sono stati divisi in due

---

<sup>10</sup> La già citata ricerca di Ugazio et al. (2011) ha dimostrato che, a livello di significati narrati, il terapeuta tende a riprendere e rielaborare i significati introdotti dal paziente.

<sup>11</sup> La terapeuta che ha condotto le sedute è la Prof.ssa Valeria Ugazio, che è anche il supervisore di questa mia ricerca. Le sono grato per avermi generosamente concesso l'utilizzo delle videoregistrazioni delle sedute da lei condotte, per aver supervisionato questo lavoro, per il suo sostegno e i suoi suggerimenti, e per il tempo e lo spazio che mi ha regalato.

gruppi, di cui il primo è costituito da 12 soggetti (9F e 3M) con diagnosi di disturbo alimentare secondo l'Asse I del DSM-IV-TR (2000): 2 con anoressia nervosa (307.1), 4 con bulimia nervosa (307.51) e 6 con disturbo alimentare non altrimenti specificato (307.50).<sup>12</sup> A partire dalle sedute videoregistrate e dai dati raccolti nelle cartelle cliniche, è stato possibile escludere la presenza di altre psicopatologie; tali pazienti sono quindi casi prototipici. Il secondo gruppo, che funge da gruppo di controllo, è costituito invece da 12 pazienti che hanno richiesto una terapia per problematiche relazionali o esistenziali (ad esempio, conflitti familiari, problemi di coppia, ecc.) e che non soddisfano alcun criterio diagnostico del DSM-IV-TR (2000). Una sintesi dei dati dei soggetti di questa ricerca è riportata nelle Tabelle 6.1 e 6.2.

Tabella 6.1

*Dati dei soggetti del gruppo dei pazienti con disturbi alimentari*

Sesso	Età (anni)	Titolo di studio	Professione	Diagnosi/Sintomatologia
F	21	Diploma	Studentessa	Anoressia
F	37	Diploma	Consulente aziendale	Bulimia
F	58	Laurea	Insegnante	Anoressia
F	45	Diploma	Grafica pubblicitaria	Obesità
M	27	Laurea	Architetto	Bulimia
F	32	Laurea	Psicoterapeuta	Bulimia
M	36	Laurea	Insegnante	Obesità
F	32	Diploma	Attrice (disoccupata)	Obesità
M	44	Laurea	Editore	Obesità
F	32	Laurea	Disoccupata	Weight cycling
F	32	Laurea	Impiegata	Bulimia
F	28	Diploma	Impiegata	Obesità

<sup>12</sup> Si tratta di cinque pazienti con disturbo da alimentazione incontrollata (*binge eating disorder*) e di uno con ripetute e gravi oscillazioni ponderali (*weight cycling*, o più comunemente "sindrome yo-yo"; cfr. ad es. Kuehnel & Wadden, 1994; Simkin-Silverman, Wing, Plantinga, Matthews, & Kuller, 1998)

Tabella 6.2  
*Dati dei soggetti del gruppo di controllo*

Sesso	Età (anni)	Titolo di studio	Professione	Problematica
M	32	Laurea	Revisore contabile	Orientamento sessuale
M	48	Laurea	Architetto	Relazione di coppia
F	29	Diploma	Impiegata	Relazione di coppia
F	37	Laurea	Scultrice	Relazione di coppia
F	51	Diploma	Casalinga	Relazioni familiari
M	59	Laurea	Avvocato	Relazioni familiari
F	54	Laurea	Psicoterapeuta	Relazione di coppia
F	31	Diploma	Insegnante	Orientamento sessuale
M	24	Laurea	Studente	Esistenziale
F	21	Diploma	Studentessa	Esistenziale
M	28	Diploma	Libero professionista	Esistenziale
M	43	Diploma	Stilista	Sessualità

### 6.2.2 Procedura di codifica

Il sistema di codifica presentato in questa ricerca consiste in una prima versione di un nuovo metodo ispirato alla *Family Semantics Grid* (FSG; Ugazio et al., 2009). Questa nuova procedura è specificamente finalizzata alla rilevazione delle *polarità semantiche interattive*, anziché delle *polarità semantiche narrate*, oggetto della versione già esistente della griglia. La stesura di un nuovo metodo di codifica si è resa necessaria al fine di cogliere le peculiarità dell'oggetto di analisi, ovvero i significati evincibili dalle modalità di "con-porsi" interattivamente nel corso della conversazione terapeutica. Si tratta comunque di una versione preliminare, che necessiterà certamente di revisione, e dedicata alle polarità interattive emergenti solamente nell'interazione diadica paziente-terapeuta. La versione definitiva del metodo di codifica potrà essere utilizzata anche per la rilevazione delle polarità interattive nelle terapie di coppia e familiari, che introducono un livello di complessità maggiore. Oltre alle sedute di

psicoterapia, questo metodo è applicabile anche a conversazioni che avvengono in contesti diversi da quello specificamente clinico, oppure a sequenze cinematografiche.

### **6.2.2.1 La Family Semantics Grid (FSG)**

La Family Semantics Grid (FSG; Ugazio et al., 2009) è uno strumento di codifica degli aspetti semantici della conversazione, creato per rendere empiricamente rilevabili alcune ipotesi formulate da Ugazio (1998, 2012) circa i rapporti fra significato e psicopatologia. Essa consiste nell'analisi e nella codifica di sedute psicoterapeutiche, videoregistrate e trascritte, a partire dall'operazionalizzazione del concetto di polarità semantiche familiari in opposizioni semantiche evincibili dai positioning di cliente e terapeuta. Questo metodo di codifica si basa infatti sul presupposto che le semantiche salienti per ciascun paziente tendano ad essere frequenti e abituali, contribuendo ad organizzare la conversazione in contesti diversi da quello familiare, entro cui si sono costruite. Uno di questi contesti è appunto quello psicoterapeutico, in cui il paziente si presenta portatore di un sintomo, che secondo Ugazio (1998, 2012) è proprio l'esito di uno specifico positioning all'interno delle trame conversazionali salienti nei propri contesti di appartenenza, primo fra tutti la famiglia.

Secondo la FSG, i diversi positioning fra cliente e terapeuta sono rilevabili a partire da quattro aree semantiche: a) valori, ovvero i significati riconducibili a qualità morali, positive o negative; b) definizioni di sé/altri/relazioni, ovvero i significati che si riferiscono, descrivono o caratterizzano le persone o le relazioni fra le persone; c) movimenti relazionali, cioè i significati riconducibili a comportamenti o atteggiamenti che rimandano direttamente alle modalità di porsi in relazione agli altri; d) emozioni e sensazioni, ovvero i significati che riguardano esperienze emotive o percezioni fisiche che abbiano implicazioni sull'identità. Queste quattro aree semantiche corrispondono ai "livelli di contesto" presi in considerazione dalla Theory of Management of Meaning (Cronen et al., 1982; Pearce & Cronen, 1980) e sono riconducibili, seppur con alcune differenze, alle dimensioni dell'essere che secondo la Positioning Theory (Harré, 1986; Harré & van Langenhove, 1999) si costruiscono attraverso la conversazione.

A partire da questa definizione operativa data al concetto di semantiche familiari, per ciascuna delle quattro semantiche che secondo Ugazio (1998, 2012) caratterizzano le famiglie generative di disturbi dello spettro fobico, disturbi ossessivo-compulsivi,

disturbi alimentari e disturbi depressivi, è stata costruita una griglia di trentasei opposizioni polari; di queste, quattro riguardano i valori considerati caratteristici della specifica semantica familiare, diciotto riguardano le definizioni di sé/altri/relazioni, dodici declinano i movimenti relazionali e due si riferiscono alle emozioni e alle sensazioni (cfr. Ugazio et al., 2009). Naturalmente le diverse semantiche presentano differenze nell'articolazione e nella distribuzione dei significati nelle quattro aree considerate; tuttavia, per evitare errori di codifica dovuti alle differenze nel numero delle polarità, il numero delle opposizioni polari in ciascuna area è uguale per tutte e quattro le semantiche. Le quattro griglie sono state elaborate a partire dai significati che la letteratura (Bara, 1996, 2005; Guidano, 1987, 1991; Linares & Campo, 2000; Lorenzini & Sassaroli, 1987, 1992, 2000; Sassaroli, Lorenzini, & Ruggiero, 2005; Ugazio, 1998, 2012, per citarne alcuni) considera caratteristici delle rispettive organizzazioni psicopatologiche; in seguito esse sono state riviste, ampliate e modificate sulla base della loro applicazione pilota a sedute di casi considerati prototipici delle quattro psicopatologie già citate.

L'utilizzo delle griglie nella procedura di codifica costruita per questa ricerca ha comportato un'ulteriore revisione, limitatamente all'area dei movimenti relazionali della griglia relativa ai disturbi alimentari psicogeni (Figura 6.1). Sono state infatti aggiunte due opposizioni polari (*coalizzarsi/agire in modo anti-strategico* e *valorizzare/criticare*) che riguardano specifici modi di porsi in relazione messi in atto da alcuni pazienti nel corso delle sedute analizzate. Nessuna delle due nuove opposizioni polari costituisce una nuova cella della griglia (si tratta infatti di declinazioni più specifiche rispettivamente delle polarità combattere/arrendersi e apparire/sfigurare) e perciò questa modifica non comporta alcuna variazione nella numerosità dei codici e nella procedura di codifica.

Le altre griglie utilizzate in questa ricerca corrispondono a quelle della "libertà", della "bontà" e dell'"appartenenza", già presentate nella procedura di codifica originaria e la griglia della categoria residuale che raccoglie le dimensioni di significato denominate "semantiche altre" (cfr. Ugazio et al., 2009; Ugazio et al., 2007).

Nonostante il concetto di polarità semantiche familiari sia di natura triadica, ciascuna opposizione polare contenuta nella FSG è indicata solamente attraverso i due estremi. Ciò è dovuto al fatto che, per lo meno nella cultura occidentale, la posizione



mediana non è in genere valorizzata e dunque i significati ed i termini per definirla sono scarsi, se non talvolta del tutto assenti. La prima versione della GSF prevede però la codifica dei diversi positioning, evinti dai contenuti della narrazione, secondo tre categorie: estremo, intermedio e mediano. In questa versione della griglia, invece, il positioning interattivo sarà codificato secondo tre livelli di “polarizzazione” (cfr. p. 60).

Codice	Movimenti relazionali		Codice
330	<b>ADEGUARSI</b>	<b>OPPORSI</b>	331
	Conquistare	Ritirarsi (dal confronto)	
	Imporsi	Sopportare	
332	<b>VINCERE</b>	<b>PERDERE</b>	333
	Riuscire	Fallire	
	Eccellere	Accontentarsi	
334	<b>COMBATTERE</b>	<b>ARRENDERSI</b>	335
	Darsi da fare	Cedere	
	Competere	Ritirarsi	
	Coalizzarsi	Agire in modo anti-strategico	
336	<b>APPARIRE</b>	<b>SFIGURARE</b>	337
	Vantare	Abbassare/si	
	Umiliare	Svergognare	
	Valorizzare	Criticare	

*Figura 6.1.* Griglia della semantica “del potere”.

Secondo la già più volte citata letteratura sulla Positioning Theory, nel corso di una conversazione è possibile individuare diversi tipi di positioning, per la cui analisi è necessaria una conoscenza approfondita del contesto storico, sociale e culturale, oltre che del contesto specifico entro il quale prende forma la conversazione e della biografia dei partner conversazionali. A partire dai diversi tipi di positioning identificati da Lucius-Hoene e Dappermann (2004), la FSG prende in considerazione tre diverse modalità di posizionamento nella conversazione, da cui è possibile evincere tre diversi tipi di polarità semantiche:

- positioning di sé e di altri all’interno del racconto. Questo tipo di positioning è di ordine puramente descrittivo, in quanto riguarda i contenuti della narrazione del paziente e del terapeuta. Le opposizioni polari relative a questo tipo di positioning

costituiscono le *polarità semantiche narrate*, ovvero i significati emergenti da ciò che viene detto da paziente e terapeuta.

L'individuazione e l'analisi di queste polarità è scarsamente inferenziale, in quanto si tratta di positioning per lo più espliciti. Tuttavia, è possibile che la "storia raccontata" dai partner conversazionali differisca notevolmente dalla loro "storia vissuta", a partire dal momento stesso in cui attraverso le parole posizionano esplicitamente sé e gli altri. Ad esempio, durante una seduta un cliente può descriversi come una persona decisa, assertiva, che non si lascia calpestare da nessuno e in grado di imporre la propria volontà; tuttavia, egli può modulare il proprio racconto attraverso un registro remissivo, che denota insicurezza, oppure timore o fragilità e dunque del tutto incongruente con la definizione che sta fornendo di sé stesso; e ancora, nel corso della conversazione, il paziente può relazionarsi con il terapeuta assumendo una posizione di sottomissione, accettando ogni sua parola ed adeguandosi ad ogni sua azione, oppure ponendosi come bisognoso del suo sostegno. È dunque necessario prendere in considerazione altri due tipi di positioning, di ordine prettamente performativo:

- positioning di sé e di altri evincibili dall'atto di raccontare, da cui è possibile desumere le *polarità semantiche narranti*. Questo tipo di positioning è implicito e riguarda primariamente l'area semantica delle definizioni di sé/altri/relazioni e quella dei movimenti relazionali;
- positioning nell'interazione fra i due interlocutori, da cui si evincono le *polarità semantiche interattive*, che riguardano la relazione in corso fra paziente e terapeuta. Anche questo tipo di positioning è per lo più implicito e si esprime prevalentemente attraverso indicatori non verbali, osservazioni extra-narrative o meta-narrative. Ad esempio, attraverso commenti o richieste, un paziente può posizionarsi come bisognoso di cure e attenzioni, oppure come un "osso duro", o come paziente da conquistare, o di cui essere sospettosi, ecc. Allo stesso tempo, potrà posizionare il terapeuta come un alleato, un soggetto pericoloso e intrusivo, un rivale, un professionista da denigrare, un salvatore, ecc. Anche il terapeuta, inevitabilmente, assumerà determinati positioning interattivi nel corso della conversazione con il paziente, nonostante, soprattutto nei primi colloqui, in genere si astiene da positioning molto polarizzati.

### 6.2.2.2 Metodo di codifica delle polarità semantiche interattive

La procedura di codifica delle polarità semantiche interattive che sto per presentare è stata applicata a sedute di consultazione individuale dei pazienti appartenenti al gruppo clinico e a quello di controllo. Nel contesto della psicoterapia, la conversazione avviene in un contesto caratterizzato da alcune regole (esplicite o implicite) e da alcuni positioning predefiniti e socialmente codificati, primo fra tutti l'asimmetria relazionale. Questa asimmetria è per lo più determinata dal fatto che sono pur sempre il cliente e i suoi problemi al centro della conversazione. Soprattutto nei primi colloqui, come già detto, il terapeuta tende ad astenersi dall'assumere positioning marcati; i suoi interventi sono per lo più "tecnici", finalizzati alla raccolta di informazioni, alla definizione del problema, alla spiegazione del setting e del metodo di lavoro, alla costruzione dell'alleanza terapeutica, ecc. Ci aspettiamo invece che il paziente adotti positioning interattivi peculiari, costruitisi nel tempo attraverso le pratiche conversazionali nei propri contesti di appartenenza. È pur vero che le regole, esplicite e implicite, del contesto terapeutico vengono talvolta violate, o quanto meno disattese, e non è neppure infrequente che paziente e terapeuta interagiscano mettendosi in gioco in modo esplicito in quanto "persone", uscendo, temporaneamente e per quanto permesso dal setting terapeutico, dalle rispettive posizioni previste dallo specifico contesto conversazionale.

Il metodo di codifica utilizzata in questa ricerca differisce per alcuni aspetti da quella originario, applicato alle polarità semantiche narrate. La prima differenza riguarda l'utilizzo diretto della videoregistrazione, anziché delle trascrizioni delle sedute. A differenza dell'analisi dei contenuti narrati, la quale è imprescindibile dall'analisi parola per parola del racconto, quella dei positioning interattivi necessita dell'osservazione attenta di tutti quegli indicatori contestuali, non verbali, meta-narrativi ed extra-narrativi che veicolano le specifiche modalità di costruire la relazione in corso e che connotano emotivamente i contenuti della narrazione. Con ciò non s'intende naturalmente escludere dall'analisi i contenuti espliciti della conversazione, che costituiscono la matrice fondamentale della maggior parte delle interazioni umane; ciò vale ancor di più per la relazione con il terapeuta, al quale il paziente si rivolge in primo luogo per raccontare *qualcosa*.

La seconda differenza consiste nell'analisi dei colloqui di consultazione nella loro interezza, anziché limitatamente al "terzo centrale"; questa scelta è legata allo specifico

oggetto di analisi di questa ricerca. L'apertura e la conclusione delle sedute, infatti, sono momenti privilegiati per osservare i tipici pattern interattivi agiti da paziente e terapeuta nel contesto terapeutico, ancor di più in fase di consultazione. I primi momenti della terapia sono infatti generalmente dedicati alla presentazione del setting, alla negoziazione delle regole, alla definizione del contratto terapeutico, mentre le fasi di chiusura sono di regola dedicate alla negoziazione del prossimo appuntamento, alla definizione dell'onorario del terapeuta, alla costruzione di un possibile progetto di terapia, all'esplorazione della possibilità di convocare in seduta i familiari, ecc. Le "mosse" di apertura e di chiusura, soprattutto nelle primissime fasi della terapia, possono dunque mostrare in modo chiaro le specifiche modalità di costruire la relazione adottate dal paziente nei confronti del terapeuta, e viceversa.

In genere, il primo contatto avviene attraverso una telefonata (oppure un e-mail) ed è opportuno comprendere nell'analisi anche la scheda telefonica, se disponibile, e tutte le eventuali comunicazioni che intercorrono tra paziente e terapeuta fra una seduta e l'altra. Anche questi scambi a distanza contribuiscono infatti in maniera rilevante alla costruzione della relazione terapeutica, attraverso l'implicita definizione dei positioning.

La scheda telefonica rappresenta il resoconto del primo contatto fra paziente e terapeuta e generalmente contiene molte informazioni riguardanti la storia sintomatica e le precedenti esperienze terapeutiche del paziente, oltre che una più o meno definita richiesta terapeutica. Ad esempio, un paziente può telefonare alla terapeuta per chiedere un primo incontro e con voce risoluta e aggressiva esordire in questo modo: "È da una vita che lotto contro questo mio problema e giro in lungo e in largo nella vana speranza di trovare qualcuno che sia realmente in grado di risolverlo. Di tutti i terapeuti che ho consultato, nessuno mi ha veramente aiutato. Spero che almeno lei sia in grado di farlo, considerato che questo sarà l'ultimo mio tentativo". Un'altro paziente, in una situazione analoga, può invece aprire la telefonata dicendo: "L'ho chiamata perché ho assoluto bisogno di lei; da molti anni ho questo problema, ma non ho mai trovato nessuno che mi abbia veramente ispirato fiducia. Possiamo vederci domani? Sto per scoppiare... Ho bisogno di qualcuno che mi indichi una strada per uscire da questo vicolo cieco". Entrambi i pazienti telefonano per fissare il primo appuntamento, mossi da un problema urgente che permane da diverso tempo; entrambi hanno già avuto precedenti esperienze terapeutiche, ma le modalità attraverso cui iniziano a costruire la relazione con il

terapeuta sono completamente differenti. Il primo assume il positioning di paziente con un problema che ha messo a dura prova diversi professionisti, i quali non si sono dimostrati all'altezza. Posizionando gli altri terapeuti come incapaci, implicitamente si presenta come un "osso duro" e immediatamente propone al terapeuta la sfida di riuscire dove gli altri hanno fallito. Anche il secondo paziente richiede una terapia dopo precedenti esperienze non efficaci, ma attraverso la sua richiesta, egli posiziona il terapeuta come una possibile guida, una persona di cui potersi fidare, o addirittura un salvatore, e posizione sé stesso come un soggetto sul punto di crollare e dunque bisognoso con urgenza di un aiuto. Sempre nel corso della telefonata, il terapeuta può tempestare il cliente di domande, oppure lasciarlo parlare liberamente per diversi minuti; egli può assumere un atteggiamento curioso, ironico, accusatorio, compassionevole, consolatorio, ecc. La telefonata è inoltre il primo spazio interattivo in cui viene negoziata la terapia e talvolta anche solo la definizione della data del primo appuntamento è rivelatrice di specifiche modalità di co-costruire la relazione.

L'ultima sostanziale differenza rispetto alla procedura della FSG consiste nel fatto che in questa ricerca ho limitato la codifica alla sola area semantica dei *movimenti relazionali*, ovvero qualsiasi comportamento, azione, domanda, commento o atteggiamento dai quali emerge in modo chiaro un positioning interattivo, esplicito o implicito, del paziente nei confronti del terapeuta e viceversa. Naturalmente, ogni positioning interattivo presuppone e contribuisce a costruire una specifica definizione di sé, degli altri e delle relazioni, così come gli eventuali valori, ma soprattutto le emozioni in corso sono parte integrante di ogni interazione; inoltre, come già detto (cfr. cap. 1), ogni positioning nella conversazione rimanda ad un ordine morale. Tuttavia, quella dei movimenti relazionali è l'area semantica che più di tutte consente di riconoscere ed attribuire un significato ai positioning interattivi, che del resto non sono altro che specifiche modalità di porsi in relazione.

Per meglio identificare le polarità semantiche interattive all'interno del fluire incessante della conversazione, è necessario definire alcuni criteri che aiutino a definire gli scambi in cui avviene un positioning interattivo. Nel corso della fase preliminare di costruzione del metodo di codifica è apparso evidente che i movimenti relazionali sono evincibili in maniera definita per lo più nei seguenti casi:

- positioning in cui il paziente chiama in causa in modo diretto il terapeuta, sia nel suo ruolo di professionista, sia come generico interlocutore.

Esempio:<sup>13</sup>

T: Come è arrivata alla decisione di chiamarmi?

P: Dunque, io cercavo, come dire, a chi mi sarei potuta in qualche modo...mm...boh...cioè...fare questo lavoro e tutto quanto...cercavo qualcuno di valido e mi è venuta in mente lei, perché l'avevo vista ad un convegno e mi era molto piaciuta, mi aveva fatto subito un'impressione positiva. E poi...

T: E poi siamo arrivati qui...

- positioning in cui il paziente chiama in causa il terapeuta in modo indiretto, ad esempio commentando il setting e le sue regole, parlando di altri terapeuti o di precedenti esperienze terapeutiche, riferendo giudizi di altri significativi sul terapeuta o su altri terapeuti, richiamando teorie, metodi e tecniche psicoterapeutiche, criteri diagnostici, ecc.

Esempio:

T: Qui ci sono un microfono e una telecamera, che usiamo anche per le terapie individuali. Se lei non ha nulla in contrario, ovviamente sono protette dal segreto professionale... Abbiamo anche un collega che segue la seduta da dietro lo specchio unidirezionale e può chiamarmi, darmi dei suggerimenti con questo telefono interno...

P: Madonna! Con tutte le terapie che ho fatto, non ho mai visto una roba così complicata!

- positioning in cui il terapeuta meta-comunica sulla relazione terapeutica, sui sentimenti del paziente, sulle sue caratteristiche personali, sulle sue modalità relazionali e su ciò che questi aspetti suscitano nel terapeuta stesso.

Esempio:

P: Sì, come padre, non so...non so dire che tipo di padre io sia...

---

<sup>13</sup> T = terapeuta; P = paziente

T: Beh, ha questi due bambini, questi gemelli...da quanto ho capito, vista la sua situazione, con loro ha fatto un buon lavoro, no? Mi sembra siano venuti anche bene, mi sbaglio? I gemelli, poi, a volte son difficili...

P: Beh, sì; alla fine son venuti su bene

T: Da quello che mi racconta di loro, a me sembra questo

- positioning attraverso i quali il terapeuta, in quanto professionista o in quanto generico interlocutore, posiziona sé stesso in modo implicito o esplicito, su richiesta del paziente o spontaneamente, ad esempio quando presenta le regole del setting, quando si riferisce alle proprie esperienze terapeutiche o di vita personale, quando negozia con il paziente modi, tempi e formato della terapia, ecc.

Esempio:

P: Non glielo so proprio dire che cosa chiedo a questa terapia; mi dica cosa posso fare per...

T: Senta, lei ha già avuto diverse precedenti terapie, a suo dire tutte fallite...Vorrei capire bene che cosa vuole da me, con quali obiettivi si presenta, perché tenendo conto di tutte le esperienze terapeutiche che ha già fatto... lei continua ad andare da tutti questi terapeuti, che non funzionano neanche tanto, mi sembra di capire...ecco, bisogna capire un attimo la situazione, perché è inutile che io diventi la centesima che non le è utile...

Questi casi non esauriscono di certo le situazioni conversazionali in cui è possibile rilevare i positioning interattivi, come del resto non sempre in tali situazioni emergono posizionamenti ben definiti. Tuttavia, è stato necessario, per scopi di ricerca, definire alcuni criteri di selezione delle sequenze interattive, a partire dall'aspetto meno inferenziale di ogni conversazione, ovvero il contenuto della narrazione.

Presento di seguito il metodo di codifica da me seguito in questa ricerca. Oltre a quelle già citate, questo metodo prevede altre modifiche rispetto alla procedura originaria della GFS. Trattandosi di aspetti secondari, evito di esplicitarli, rimandando direttamente al relativo contributo (Ugazio et al., 2009) per un confronto più dettagliato.

La procedura illustrata di seguito prevede la codifica di diversi aspetti della conversazione terapeutica; di questi, soltanto alcuni sono stati presi in considerazione per la verifica delle ipotesi di questa ricerca.

*Fase 1: osservazione della videoregistrazione e lettura del materiale testuale.*

La corretta identificazione delle polarità semantiche interattive presuppone la comprensione del contesto conversazionale entro cui si originano. La prima operazione da compiere è dunque quella osservare almeno una volta l'intera videoregistrazione della seduta.

Oltre alla videoregistrazione delle sedute, è opportuno comprendere nell'analisi anche i trascritti della scheda telefonica e tutte le comunicazioni (e-mail, lettere, sms, telefonate, ecc.) intercorse tra paziente e terapeuta fra una seduta e l'altra, in quanto, come già detto, contribuiscono in maniera rilevante alla costruzione della relazione terapeutica e concorrono a determinare i rispettivi positioning interattivi. Naturalmente, in questi casi, la mancanza della videoregistrazione rappresenta un limite, ma ciò non esclude che sia possibile identificare positioning interattivi definiti a partire dai contenuti di cui si dispone. Del resto, ogni clinico attento alla costruzione della relazione terapeutica non può esimersi dal prendere in considerazione questo tipo di interazioni e il significato che assumono all'interno del processo terapeutico. Per questo motivo, nella trascrizione di una telefonata, ad esempio, in genere il terapeuta non si limita a riportare i contenuti della conversazione, ma prende nota ad esempio degli indicatori paraverbali della comunicazione (tono e volume della voce, velocità dell'eloquio, pause, ecc.), dei propri stati emotivi e delle manifestazioni emotive significative del paziente (ad esempio il pianto) e di eventuali sue specifiche modalità interattive.

*Fase 2: selezione e trascrizione delle sequenze in cui compaiono i positioning interattivi*

A partire dalla videoregistrazione della seduta e dall'altro materiale di cui dispone, il codificatore seleziona le sequenze interattive in cui compare una delle quattro tipologie di positioning interattivo illustrate poco sopra (pp. 52–53).



Successivamente, il codificatore trascrive per esteso la sequenza conversazionale identificata in precedenza, avendo cura di riportare qualsiasi informazione o osservazione considerata utile alla sua comprensione. Ai fini dell'approfondito lavoro di analisi della conversazione, è fondamentale riportare tutti gli indicatori verbali, non verbali e paraverbali rilevati nella videoregistrazione (pianti, risa, postura, tono della voce, sguardo e contatto visivo, espressioni facciali ed emotive, ecc.). Pur non essendo strettamente necessaria, la trascrizione delle sequenze video si rivela molto utile, in quanto consente di definire con chiarezza, ad esempio ai fini di un confronto fra codificatori diversi, quali elementi sono stati presi in considerazione nell'interpretazione dell'interazione. Per ogni sequenza analizzata, viene riportato il minutaggio corrispondente e nel caso si disponga anche delle trascrizioni dell'intera seduta, si riportano i rispettivi turni conversazionali.

Qualora il codificatore sia incerto sulla presenza di un chiaro e definito positioning interattivo in una specifica sequenza, questa non viene presa in considerazione.

### *Fase 3: analisi semantica della sequenza interattiva*

Il codificatore procede all'analisi semantica della sequenza interattiva, descrivendo in maniera dettagliata tutti i dati testuali e video, narrativi e non verbali, espliciti e impliciti che portano ad inferire la presenza di specifici positioning interattivi.

### *Fase 4: attribuzione del movimento relazionale e applicazione della Family Semantics Grid*

Ai positioning precedentemente rilevati ed analizzati viene attribuita un'etichetta verbale, attraverso la quale è possibile definire il tipo di movimento relazionale evincibile dall'interazione osservata. Il codificatore sceglie, fra tutte le polarità indicate nell'area semantica "movimenti relazionali" della FSG, il movimento relazionale più aderente alla sequenza osservata e all'analisi semantica effettuata nel passaggio precedente. In questa fase è bene rileggere più volte tutte le polarità dei movimenti relazionali delle quattro griglie, per essere certi di averle considerate tutte e di scegliere l'etichetta verbale che rappresenta in maniera più specifica il movimento relazionale osservato. Nel caso non sia possibile ricondurre un movimento relazionale ad alcuna

delle celle della griglia, viene attribuita un'etichetta *ad hoc*. In seguito, il codificatore assegna ad ogni movimento relazionale il rispettivo codice indicato nella griglia. I movimenti relazionali non riconducibili ad una delle quattro semantiche descritte dalla letteratura più volte citata rientrano nella categoria residuale “semantiche altre”, cui è attribuito un unico codice.

*Fase 5: identificazione dell'agente.*

Il codificatore identifica l'agente del positioning interattivo, ovvero il soggetto a cui è attribuito il movimento relazionale. A ciascun agente è assegnato uno specifico codice (Tabella 6.3). Nel caso di sedute individuali, i codici sono soltanto due, uno per il paziente ed uno per il terapeuta, mentre nel caso di sedute di coppia o familiari, gli agenti sono per lo meno tre.

Tabella 6.3  
*Agenti e rispettivi codici*

Agente	Codice
Terapeuta	00
Paziente	01
Padre	02
Madre	03
Fratello	04
Sorella	05

*Fase 6: identificazione della persona target*

Il codificatore identifica la persona target, ovvero l'interlocutore implicato nel movimento relazionale compiuto dall'agente. Nel caso di sedute individuali, la codifica della persona target risulta superflua, perché se l'agente è il cliente, la persona target non può che essere il terapeuta, e viceversa. Nel caso di sedute familiari, invece, le persone target sono più di una e in alcuni casi corrispondono a coppie o gruppi di più soggetti. A ciascuna persona o combinazione di persone target è assegnato un codice, come mostra, a titolo di esempio, la Tabella 6.4.

Tabella 6.4  
*Persone target e rispettivi codici*

Persona target	Codice
Terapeuta	00
Paziente	01
Padre	02
Madre	03
Padre e madre insieme	04
Marito/compagno/fidanzato	05
Moglie/compagna/fidanzata	06
Singolo fratello o sorella	10–19
Singolo figlio o figlia	20–29
Più figli insieme	30–39
Altre combinazioni di più persone insieme	40–49

*Fase 7: definizione della tipologia di positioning*

In questa fase il codificatore assegna un codice al movimento relazionale a seconda che questo sia esplicito oppure implicito. È possibile rilevare tre tipi di positioning: esplicito, ad esempio quando uno o entrambi i partner conversazionali commentano il modo di raccontare o di comportarsi dell'interlocutore, oppure quando l'interazione riguarda direttamente il contesto terapeutico e le sue regole; implicito con riferimento esplicito alla persona target, quando il soggetto fa riferimento in modo esplicito all'interlocutore, ma il significato e il positioning emerge in maniera per lo più implicita; implicito con riferimento implicito alla persona target, nel caso in cui, oltre ai significati e ai positioning, sia implicito anche il riferimento all'interlocutore. A ciascuna di queste tipologie di positioning viene assegnato un codice (Tabella 6.5).

Nell'esempio seguente, in risposta ad una osservazione del terapeuta, il paziente assume un positioning esplicito, complimentandosi con la terapeuta per le sue capacità:

T: Se ho ben capito, lei in quel periodo ritorna in famiglia ringhiando, perché è andata male su un punto vitale, e quindi apre gli occhi...

P: Ecco! Brava! Bravissima! C'ha visto proprio giusto!

Quello che segue è invece un esempio che mostra un positioning implicito, con riferimento esplicito all'interlocutore. Paziente e terapeuta stanno parlando del fatto che la paziente abbia aspettato diversi anni prima di rivolgersi ad una terapeuta; quando la terapeuta chiede delle ragioni per cui si sia mossa proprio ora, la paziente si posiziona come persona in pericolo di vita, e implicitamente allarma la terapeuta:

P: Ho deciso di prendere in mano il telefono e chiamarla perché mi sono resa conto che sto per morire. Ho pensato di potercela fare da sola, ma ora il tempo sta per scadere. Spero che non sia già troppo tardi...

Ecco invece un esempio di positioning implicito, con riferimento implicito all'interlocutore. Il paziente si descrive come una persona molto chiusa, riservata, che fatica a fidarsi delle persone. Prima di confidarsi con qualcuno e di parlare dei propri problemi, deve essere certo di potersi fidare di chi ha di fronte. Ora, la terapia non è forse un contesto in cui si parla dei propri problemi, in cui ci si apre ad un altro nella fiducia che possa essere d'aiuto?

P: Vede, Dottoressa, io sono una persona molto riservata; cioè...prima di raccontare...mm...i miei problemi ad una persona, cioè, ce ne vuole...Non so da dove mi venga questa cosa, ma ho sempre il timore che se dico una parola di più a qualcuno, poi possa pentirmene...

Tabella 6.5  
*Tipi di positioning interattivi e rispettivi codici*

Tipo di positioning interattivo	Codice
Esplicito	01
Implicito, con riferimento esplicito all'interlocutore	02
Implicito, con riferimento implicito all'interlocutore	03

*Fase 8: definizione dell'etichetta di ruolo dell'agente*

Nel corso di una terapia, talvolta gli interlocutori assumono una posizione diversa da quella definita, in maniera più o meno esplicita, dal contesto terapeutico, dove compare un soggetto nel "ruolo" di paziente ed un altro nel "ruolo" di terapeuta. Può ad esempio accadere che mentre una paziente racconta ad una terapeuta le proprie

difficoltà sentimentali, quest'ultima abbandoni per qualche istante, consapevolmente o meno, la distanza relazionale ed emotiva che ha cercato di costruire e mantenere nel corso della seduta, ponendosi come donna in grado di immedesimarsi nella paziente, oppure come alleata contro il sesso maschile. In altre occasioni, la stessa terapeuta può porsi come professionista esperta e competente dei problemi della paziente, avendo conosciuto e trattato numerose situazioni problematiche analoghe a quella presentata dalla persona che ha di fronte.

Ad esempio, in questo passaggio la paziente interagisce con il terapeuta in quanto paziente, e la terapeuta assume un co-positioning coerente col proprio ruolo:

P: Dottoressa, la prego, non mi abbandoni! Sto per naufragare! Mi aiuti a risolvere questo problema, perché altrimenti muoio!

T: Tutto quanto mi è possibile... Questa era una prima seduta e abbiamo visto un po' di cose. Cerchiamo ora di capire bene il problema e di definire insieme quali eventuali strade possiamo percorrere.

In questo esempio, invece, paziente e terapeuta interagiscono in quanto persone, uscendo temporaneamente dai positioning che il contesto terapeutico più o meno esplicitamente richiede. La paziente, con grande precisione, sta facendo la graduatoria dei propri parenti sulla base del loro peso corporeo. Lei, assieme alla sorella e ad un zia, sono le magre della famiglia, mentre la madre, una donna di circa 50 kg, appartiene alla schiera dei grassi, chiamati dalla paziente "baùli". La paziente, per aiutare la terapeuta a capire la differenza fra magri e grassi, non si risparmia dal fare osservazioni personali (il sorriso della paziente è inequivocabile...); la terapeuta, dal canto suo, abbandona per un attimo il proprio ruolo, co-posizionandosi in quanto "persona":

T: La mamma, dunque, secondo lei, non era per niente asciutta

P: Certo che no! Era una *bella signora*! [enfasi; sporge le braccia in avanti, disegnando un cerchio] Per dirle... proprio come lei! [sorriso]

T: Ecco, lei... Io non mi offendo se mi dice che sono grassa. Per lei io sono un baule!

P: No, no! No, no, no! Ha una *bella* figura! No, no!

Per semplificare questa fase della procedura di codifica, sono stati definite soltanto due etichette di ruolo per ciascun interlocutore, a cui corrisponde uno specifico codice (Tabella 6.6).

Tabella 6.6  
*Etichette di ruolo e rispettivi codici*

Etichetta di ruolo	Codice
Paziente in quanto paziente	01
Terapeuta in quanto terapeuta	02
Paziente in quanto persona	03
Terapeuta in quanto persona	04

*Fase 9: determinazione del grado di polarizzazione del positioning*

Il codificatore attribuisce un codice che definisce il grado di polarizzazione del positioning assunto da ciascun interlocutore nel corso dell'interazione, limitatamente al movimento relazionale agito. L'analisi di questo aspetto fornisce informazioni in merito allo stile interattivo degli interlocutori, che possono assumere positioning più o meno marcati. È possibile infatti che pazienti diversi, pur adottando i medesimi movimenti relazionali, lo facciano con intensità diversa, ed è parimenti possibile che nel corso della stessa seduta un paziente assuma in un momento positioning interattivi molto polarizzati ed in altri momenti positioning interattivi meno polarizzati. Vale lo stesso per il terapeuta, che in momenti diversi della seduta, oppure in fasi differenti del processo terapeutico può posizionarsi nell'interazione in diversi modi. Ad esempio, di fronte ad attacchi espliciti e marcati di un paziente, il terapeuta può assumere un atteggiamento simmetrico, entrando in conflitto, ribattere colpo su colpo e contribuire ad una *escalation* simmetrica.

I livelli di positioning interattivo presi in considerazione sono tre ed a ciascuno è assegnato un codice (Tabella 6.7).

Tabella 6.7  
*Gradi di polarizzazione del positioning e rispettivi codici*

Grado di polarizzazione del positioning	Codice
Lieve	01
Moderato	02
Marcato	03

### *Organizzazione dei dati*

Tutti i dati e i codici raccolti nella procedura di codifica vengono inseriti e organizzati in un foglio elettronico che costituisce la base per l'analisi statistica. Un breve estratto del foglio elettronico utilizzato per questa ricerca è rappresentato in Figura 6.2. Nella colonna "ID" compaiono, in un unico codice, i riferimenti al paziente e alla seduta analizzata secondo un sistema a cinque cifre. La prima cifra indica la diagnosi del paziente (1=disturbi fobici; 2=disturbi ossessivo-compulsivi; 3=disturbi alimentari; 4=disturbi depressivi; 5=problemi relazionali o esistenziali in assenza di una specifica diagnosi), la seconda e la terza indicano il paziente, la quarta e la quinta indicano il numero della seduta. Ad esempio, il codice 30501 indica che si tratta della prima seduta (01) del paziente numero "05" con diagnosi di disturbo alimentare (3). Le altre colonne corrispondono alle diverse fasi della procedura di codifica. Ciascuna colonna che prevede l'inserimento di un codice comprende due celle ("A" e "B"); questa suddivisione può essere utile nel caso il codificatore sia ad esempio interessato a determinare quali polarità semantiche interattive vengano chiuse all'interno di una stessa macrosequenza (cfr. Ugazio et al., 2009). Questa parte della griglia può essere utilizzata per ottenere anche un'altra informazione, più interessante dal punto di vista clinico in una ricerca interessata ai modi in cui paziente e terapeuta costruiscono la propria relazione. Il codificatore può ad esempio decidere di utilizzare la cella "B" ogniqualvolta uno degli interlocutori assuma in maniera chiara e definita un positioning interattivo in risposta al movimento relazionale del primo agente. Del resto, ogni interazione è un processo incessante e continuo, in cui i positioning dei partner

ID	Min. (h.mm.ss)	Testo	Analisi semantica	Agente		Target		Tipo pos.		Polarizz.		Ruolo		Movimento Relazionale		Codice FSG	
				A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B		
30201	1.02.16	P: I miei genitori mi hanno detto: "Va bene, vai pure dallo psicologo, però devi trovarne uno bravo, che sia all'altezza, non il primo che capita" e dunque ho pensato a lei! [grande sorriso]	Attraverso le parole dei genitori, P posiziona T come un bravo professionista, all'altezza anche delle aspettative dei familiari.	01		02		02		03		01		Vantare		336	
30801	0.03.21	P: io diciamo che sono impiegata organizzativa, quindi mi occupo di tutto ciò che riguarda la parte organizzativa dei corsi. Senza entrare nello specifico, sono corsi di formazione sulla comunicazione. Quindi comunque queste cose un po' superficialmente le conosco, questo specchio, la telecamera, dico...Ho sempre sentito parlare di PNL, di analisi transazionale, di tutto e di più! Ma non so, forse lei vuole chiedermi qualcosa...Magari mi faccia delle domande, poi semmai ne faccio io a lei..	Dopo pochi minuti della prima seduta, P è già un fiume in piena e tende a presentarsi come un'esperta in materie psicologiche. Addirittura, è lei a gestire la conversazione, concedendo il permesso a T di fare domande. Ostenta una certa arroganza e un atteggiamento prevaricante. L'asimmetria di ruoli del contesto terapeutico è completamente ribaltata.	01		02		01		03		01		Prevaricare		330	
50802	0.59.36	T: però lei ci va di nascosto poi a casa sua [del figlio] Non è vero che rispetta le regole! [alza un po' il tono di voce] P: Beh, devo pur vedere che cosa fa, mi devo rendere conto se le cose che mi racconta sono vere o sono storie... T: Le trasgredisce eccome, perché entra quando lui non c'è, mentre potrebbe farlo quando c'è, visto che è sua madre...poi è più facile che i rapporti si logorino...	T e P stanno parlando delle difficoltà di P con il figlio e del fatto che P esiga che le regole vengano rispettate. T fa però notare a P che si introduce senza permesso nell'appartamento del figlio, mancandogli di rispetto e infrangendo lei stessa le regole. Osserva anche che questi comportamenti influiscono negativamente sul loro rapporto; T attribuisce, seppur in modo velato, a P una parte di responsabilità diretta nel cattivo rapporto con il figlio.	02		01		01		02		04		Colpevolizzare		236	

Figura 6.2. Foglio elettronico utilizzato per l'organizzazione dei dati, con alcuni esempi di codifica.



conversazionali sono sempre costruiti nella reciprocità e lo stesso concetto di positioning rimanda ad un processo sempre e comunque bidirezionale. Da questo punto di vista, ogni procedura di codifica riguardante l'interazione fra due o più soggetti introduce inevitabilmente aspetti di arbitrarietà nella segmentazione dell'unità minima di osservazione di un processo che in realtà è senza soluzione di continuità. A partire da un diverso disegno di ricerca e da differenti obiettivi dell'analisi della conversazione, è possibile scegliere altri criteri di segmentazione. Ad esempio, ai fini di un'analisi qualitativa e globale della conversazione terapeutica è possibile prendere in esame soltanto i *macro-positioning* di paziente e terapeuta, oppure analizzare i reciproci positioning interattivi nel corso di un'intera psicoterapia, focalizzando l'attenzione sui cambiamenti fra una seduta e l'altra, oppure fra le diverse fasi della terapia.

### 6.3 Analisi dei dati

Prima di passare ai risultati della verifica delle ipotesi di questa ricerca, presento qualche osservazione, di ordine puramente descrittivo, sui dati raccolti.

Nelle 46 sedute analizzate sono emersi complessivamente 745 positioning interattivi fra paziente e terapeuta; di questi, 461 (61.88%) sono prodotti dal paziente, mentre 284 (38.12%) sono prodotti dal terapeuta e ciò sembra suggerire che, considerati nella loro globalità, i pazienti tendono ad assumere più positioning interattivi rispetto al terapeuta. Questo dato concorda con quanto osservato, limitatamente alle polarità semantiche narrate, dalla già citata ricerca di Ugazio et al. (2011) e sembra confermare che, per lo meno nelle prime fasi della terapia, il terapeuta tenda a non assumere molti positioning definiti, nemmeno dal punto di vista interattivo. Questi dati suggeriscono che nelle fasi iniziali della terapia è il paziente il protagonista più attivo nella costruzione della relazione terapeutica, attraverso movimenti relazionali chiaramente evincibili.

Passiamo ora a verificare il contributo di ciascun paziente rispetto al totale dei movimenti relazionali registrati.

Nel corso della consultazione, ciascun paziente ha prodotto in media 19.21 movimenti relazionali ( $DS = 13.59$ , range = 2–52); si osserva dunque una notevole variabilità dei risultati. Due soggetti, appartenenti al gruppo DAP, ne hanno prodotto un

numero esiguo: un paziente ne ha prodotti soltanto 2, mentre un altro ne ha prodotti 4. È opportuno precisare, però, che per questi due soggetti si osserva comunque la prevalenza di movimenti relazionali riconducibili ad una specifica semantica e che tale prevalenza è riscontrabile anche nei pazienti dello stesso gruppo che hanno fornito un numero maggiore di movimenti relazionali. È perciò lecito presumere che questi due casi non abbiano influenzato in modo significativo il risultato generale dell'analisi.

Osserviamo ora il numero di movimenti relazionali riscontrati nel terapeuta. Anche in questo caso, è presente una certa variabilità nei risultati. Il terapeuta, con ciascun paziente, ha prodotto in media 11.83 movimenti relazionali ( $DS = 7.27$ , range = 1–33) e in cinque casi ha prodotto un numero di movimenti relazionali inferiori a 6; in uno di questi ha ne ha prodotto soltanto 1; questi casi avranno dunque un'influenza ridotta sui risultati generali dell'analisi.

Nonostante globalmente si noti una differenza nel numero di positioning interattivi agiti da paziente e terapeuta, di fronte alla variabilità dei risultati in entrambi i gruppi di soggetti può essere interessante verificare, seppur sommariamente, se esista una correlazione fra il “grado di interattività” del paziente e quello del terapeuta. Attraverso l'applicazione del coefficiente di correlazione di Pearson, si nota una correlazione positiva di entità moderata ( $r = .68$ ,  $p < .01$ ) fra il numero di movimenti relazionali introdotti dal terapeuta e dal paziente. Ad una prima e superficiale analisi sembra dunque che paziente e terapeuta si influenzino vicendevolmente per quanto riguarda il loro “grado di interattività”. Con i dati di cui si dispone, non è possibile aggiungere altre considerazioni in merito a questo aspetto, e ciò esula dagli obiettivi specifici di questa ricerca. Nei futuri sviluppi di questa ricerca questo aspetto dovrà essere approfondito. Ad esempio, potrebbe rivelarsi interessante verificare se la correlazione positiva segua una determinata direzione, ovvero se sia il paziente ad influenzare il terapeuta o viceversa. Per fare ciò, attraverso la procedura di codifica sarà necessario determinare quale dei due soggetti in interazione introduce per primo un movimento relazionale ben definito e quante volte l'altro interlocutore si co-posiziona interattivamente (cfr. p. 61).

Passiamo ora all'analisi dei dati relativi alla tipologia di movimenti relazionali messi in atto da paziente e terapeuta. Nelle Tabelle 6.8 e 6.9 sono riportati i risultati generali della codifica dei movimenti relazionali; ho scelto di mantenerli distinti rispetto

all'agente (paziente o terapeuta), in quanto questa suddivisione è più funzionale alla verifica delle ipotesi di questa ricerca.

Sul 50% dei movimenti relazionali totali è stata effettuata da un codificatore indipendente<sup>14</sup> una seconda codifica, equamente distribuita sulle diverse sedute di tutti i soggetti di entrambi i gruppi. L'accordo intergiudice, calcolato mediante coefficiente *K* di Cohen, è risultato pari a .74.

Tabella 6.8

*Frequenze e percentuali relative ai movimenti relazionali dei pazienti dei due gruppi nelle cinque categorie semantiche considerate*

Gruppo	Semantica									
	Libertà		Bontà		Potere		Appartenenza		Altre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
DAP	17	6.49	0	0.00	225	85.88	0	0.00	20	7.63
NODAP	69	34.67	20	10.05	80	40.20	4	2.01	26	13.07

Tabella 6.9

*Frequenze e percentuali relative ai movimenti relazionali del terapeuta nei due gruppi nelle cinque categorie semantiche considerate*

Gruppo	Semantica									
	Libertà		Bontà		Potere		Appartenenza		Altre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
DAP	24	16.55	0	0.00	70	48.28	0	0.00	51	35.17
NODAP	17	12.23	16	11.51	23	16.55	5	3.60	78	56.12

Poiché è mia intenzione analizzare i dati mediante modello loglineare, la mancata osservazione di movimenti relazionali riconducibili alle semantiche “della bontà” e “dell'appartenenza” nel gruppo DAP, sia da parte del paziente che del terapeuta, costituisce un elemento di criticità ai fini dell'analisi statistica. Anche le celle del gruppo di controllo (NODAP) relative ai movimenti relazionali tipici della semantica dell'appartenenza presentano frequenze troppo esigue. Ho dunque deciso di accorpate i dati delle semantiche “della libertà”, “della bontà”, “dell'appartenenza” e “altre” in un'unica categoria (ALTRE). Tale nuova organizzazione dei dati è comunque coerente

<sup>14</sup> Ringrazio Stella Chiara Guarnieri per aver effettuato la codifica intergiudice.

con le ipotesi di questa ricerca (vedi p. 42). Nelle Tabelle 6.10 e 6.11 sono indicati i risultati ottenuti dopo l'accorpamento dei dati, attraverso i quali è possibile affrontare la verifica delle ipotesi di questa ricerca.<sup>15</sup>

Tabella 6.10

*Frequenze e percentuali relative ai movimenti relazionali dei pazienti dei due gruppi rispetto alle categorie semantiche "potere" e "altre"*

Gruppo	Semantica			
	Potere		Altre	
	N	%	N	%
DAP	225	85.88	37	14.12
NODAP	80	40.20	119	59.80

Tabella 6.11

*Frequenze e percentuali relative ai movimenti relazionali del terapeuta nei due gruppi rispetto alle categorie semantiche "potere" e "altre"*

Gruppo	Semantica			
	Potere		Altre	
	N	%	N	%
DAP	70	48.28	75	51.72
NODAP	23	16.55	116	83.45

## 6.4 Risultati

*La semantica del potere caratterizza in modo significativo i positioning interattivi adottati dai pazienti del gruppo DAP nel corso della conversazione terapeutica (ipotesi 1)?*

L'analisi dei dati mediante il test di chi-quadrato ( $\chi^2$ ) dimostra che i pazienti con disturbi alimentari adottano in maniera significativamente maggiore movimenti relazionali riconducibili alla semantica del potere (POTERE = 225, ALTRE = 37;  $\chi^2_{(1)} = 134.90, p < .001$ ). L'ipotesi risulta dunque confermata.

<sup>15</sup> Ringrazio il Prof. Pasquale Anselmi per i suoi preziosi suggerimenti e per il suo aiuto nell'analisi statistica dei dati.

*I soggetti con disturbi alimentari adottano movimenti relazionali in misura significativamente maggiore rispetto ai pazienti del gruppo di controllo (ipotesi 2)?*

Ho condotto la verifica di questa ipotesi mediante l'applicazione del modello loglineare [Gruppo x Semantica] ai movimenti relazionali prodotti dai pazienti; i risultati sono riportati in Tabella 6.12.

I dati mostrano che l'effetto di gruppo risulta significativo ( $Y^2(1) = 8.64, p < .01$ ); tuttavia, osservando i parametri standardizzati non emergono differenze significative rispetto al numero di movimenti relazionali adottati dai pazienti del gruppo DAP rispetto a quelli del gruppo NODAP ( $z_{DAP} = -.59, p = .56$ ;  $z_{NODAP} = .59, p = .56$ ).

Tabella 6.12

*Effetti e parametri standardizzati del modello loglineare [Gruppo x Semantica] elaborato sulle polarità semantiche interattive introdotte dai pazienti*

	Effetti		Parametri standardizzati		
	$Y^2$	<i>gdl</i>			
Gruppo	8.64**	1	DAP	ALTRI	
			-0.59	0.59	
Semantica	49.03***	1	POTERE	ALTRE	
			6.15***	-6.15***	
Gruppo x Semantica	108.51***	1	DAP	NODAP	
			POTERE	9.62***	-9.62***
			ALTRE	-9.62***	9.62***

\*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

L'effetto della semantica risulta significativo ( $Y^2_{(1)} = 49.03, p < .001$ ) e attraverso i parametri standardizzati si può evincere la prevalenza di movimenti relazionali di tipo POTERE rispetto a quelli riconducibili a semantiche ALTRE ( $z_{POTERE} = 6.15, p < .001$ ;  $z_{ALTRE} = -6.15, p < .001$ ).

Ai fini della verifica dell'ipotesi 2, sono più interessanti gli effetti ed i parametri relativi all'interazione fra Gruppo e Semantica. Gli effetti mostrano che la semantica prevalente è dipendente dal gruppo ( $Y^2_{(1)} = 108.51, p < .001$ ) e i parametri standardizzati mostrano che la semantica POTERE è prevalente nei soggetti del gruppo DAP ( $z_{POTERE} =$

9.62,  $p < .001$ ;  $z_{\text{ALTRE}} = -9.62$ ,  $p < .001$ ), mentre le semantiche ALTRE sono prevalenti nel gruppo NODAP ( $z_{\text{ALTRE}} = 9.62$ ,  $p < .001$ ;  $z_{\text{POTERE}} = -9.62$ ,  $p < .001$ ).

L'ipotesi è dunque confermata. I pazienti con disturbi alimentari psicogeni introducono movimenti relazionali riconducibili alla semantica del potere in maniera significativamente maggiore dei pazienti del gruppo di controllo.

Passiamo ora ad analizzare i dati relativi ai positioning interattivi assunti dal terapeuta.

*La semantica del potere caratterizza in modo significativo i positioning interattivi adottati dal terapeuta nel corso della conversazione con i pazienti del gruppo DAP (ipotesi 3)?*

L'analisi dei dati mediante test di chi-quadrato ( $\chi^2$ ) non conferma questa ipotesi. Nell'interazione con i pazienti del gruppo DAP, il terapeuta non adotta movimenti relazionali riconducibili alla semantica POTERE in misura maggiore rispetto a quelli delle semantiche ALTRE (POTERE = 70, ALTRE = 75;  $\chi^2_{(1)} = .17$ ,  $p = .68$ ). Questo risultato suggerisce che il terapeuta, nell'interazione con i pazienti con disturbi alimentari psicogeni, non privilegia in maniera significativa modalità relazionali tipiche della semantica critica dei pazienti con disturbi alimentari.

*Il terapeuta ricorre a positioning interattivi riconducibili alla semantica del potere in maniera significativamente maggiore con i pazienti con disturbi alimentari rispetto a quelli del gruppo di controllo (ipotesi 4)?*

L'analisi loglineare (Tabella 6.13) condotta sui movimenti relazionali agiti dal terapeuta permette di rispondere a questo quesito.

In primo luogo, si osserva che l'effetto di gruppo non è significativo ( $Y^2_{(1)} = 0.13$ ,  $p = .72$ ). Non esistono dunque differenze significative rispetto al numero di movimenti relazionali prodotti dal terapeuta fra i due gruppi.

Risulta invece significativo l'effetto della semantica ( $Y^2_{(1)} = 34.52$ ,  $p < .001$ ); attraverso l'analisi dei parametri standardizzati si nota che il terapeuta produce globalmente più movimenti relazionali riconducibili alle semantiche ALTRE rispetto a

quelli riconducibili alla semantica POTERE ( $z_{\text{ALTRE}} = 5.98, p < .001$ ;  $z_{\text{POTERE}} = -5.98, p < .001$ ).

Tabella 6.13

*Effetti e parametri standardizzati del modello loglineare [Gruppo x Semantica] elaborato sulle polarità semantiche interattive introdotte dal terapeuta*

	Effetti		Parametri standardizzati	
	$Y^2$	<i>gdl</i>		
Gruppo	0.13	1	DAP	ALTRI
			2.40	-2.40
Semantica	34.52***	1	POTERE	ALTRE
			-.42***	.42***
Gruppo x Semantica	33.63***	1	DAP	NODAP
			POTERE	5.49***
			ALTRE	-5.49***

\*\*\*  $p < .001$

Ai fini della verifica dell'ipotesi 4, è più interessante osservare gli effetti e i parametri relativi all'interazione fra Gruppo e Semantica. I dati dimostrano infatti che il tipo di movimenti relazionali agiti dal terapeuta dipende dal gruppo di pazienti con cui interagisce ( $Y^2_{(1)} = 33.63, p < .001$ ). L'analisi dei parametri standardizzati ci consente di osservare che l'interazione con i pazienti con disturbi alimentari influisce sul tipo di movimenti relazionali adottati dal terapeuta. Infatti, nella conversazione con i soggetti del gruppo DAP il terapeuta agisce movimenti relazionali ascrivibili alla semantica POTERE in misura significativamente maggiore rispetto a quando interagisce con i soggetti del gruppo di controllo ( $z_{\text{POTERE}} = 5.49, p < .001$ ;  $z_{\text{ALTRE}} = -5.49, p < .001$ ); invece, i movimenti relazionali messi in atto dal terapeuta nell'interazione con i pazienti del gruppo NODAP sono riconducibili prevalentemente alle semantiche ALTRE ( $z_{\text{ALTRE}} = 5.49, p < .001$ ;  $z_{\text{POTERE}} = -5.49, p < .001$ ). Questo risultato ci consente di rileggere i dati relativi presentato nel corso della verifica dell'ipotesi 3. Infatti, sebbene nell'interazione con i pazienti con disturbi alimentari il terapeuta non adotti prevalentemente movimenti relazionali di tipo POTERE, tuttavia con questi stessi pazienti adotta quel tipo di positioning interattivo con una frequenza significativamente maggiore rispetto a quando interagisce con i pazienti con problematiche esistenziali.

## 6.5 Discussione e conclusioni

Questa ricerca costituisce un primo tentativo di analizzare la relazione terapeutica con pazienti con disturbi alimentari, partendo dall'ipotesi che la semantica "del potere" (Ugazio, 1998, 2012), oltre a caratterizzarne la storia raccontata, modelli le specifiche modalità relazionali adottate da queste pazienti nel contesto terapeutico.

Nel complesso, i risultati confermano le ipotesi di questa ricerca. Le pazienti con disturbi alimentari, infatti, adottano nei confronti del terapeuta positioning interattivi riconducibili alla semantica critica, mentre ciò non avviene per i pazienti che ricorrono alla terapia per problemi di carattere esistenziale. Queste pazienti costruiscono la relazione con il terapeuta privilegiando movimenti relazionali quali adeguarsi o opporsi, combattere o arrendersi, apparire o sfigurare, vincere o perdere. Naturalmente, questi soggetti adottano positioning interattivi anche di altro tipo, ma con minor frequenza.

Allo stesso modo, il terapeuta, nonostante non adotti prevalentemente positioning interattivi riconducibili alla semantica del potere, tende a costruire la relazione con queste pazienti attraverso questi significati in maniera significativamente maggiore rispetto a quanto non faccia con altri tipi di pazienti. Questo risultato rappresenta una prima, sommaria conferma di quanto sostenuto da Ugazio (2012), ovvero che il terapeuta, non solo attraverso i contenuti narrati, ma anche attraverso i propri modi di porsi in relazione, tenda ad aderire ai significati che attraverso l'interazione i pazienti mettono in atto. È verosimile che questo sia intenzionale e finalizzato alla costruzione di un'alleanza terapeutica funzionale al lavoro psicoterapeutico (compito in genere assai arduo con questo tipo di pazienti). D'altro canto, i risultati suggeriscono che il terapeuta non fa delle modalità relazionali privilegiate dai pazienti il proprio repertorio relazionale principale; infatti, la tendenza del terapeuta a ricorrere a positioning interattivi riconducibili alla semantica del potere è meno netta di quanto avviene invece per i significati narrati, dove egli, secondo i risultati della ricerca di Ugazio et al. (2011), per lo meno nelle prime sedute tende a privilegiare i significati introdotti dal paziente, riprendendoli e rielaborandoli. Nella stessa ricerca è però emerso che il terapeuta non rinuncia, già dai primi colloqui, all'introduzione di nuovi significati e lo stesso sembra avvenire per quanto riguarda i positioning interattivi che egli mette in atto. Del resto, così come una completa aderenza ai significati narrati dei pazienti non faciliterebbe il



processo di cambiamento, e considerato che i positioning interattivi sono un esito e allo stesso tempo la perpetuazione dei significati critici per il paziente, allo stesso modo una relazione terapeutica costruita per lo più attraverso le modalità relazionali tipiche del paziente sarebbe limitante ai fini del cambiamento terapeutico. Naturalmente, nella realtà questa eventualità non è realizzabile, anche solo per il fatto che il terapeuta stesso tende, per lo più inconsapevolmente, a relazionarsi secondo modalità riconducibili ai propri significati salienti; allo stesso tempo, è lecito supporre che accanto all'intento di costruire l'alleanza terapeutica primariamente attraverso positioning interattivi che rispecchiano le modalità relazionali del paziente, il terapeuta metta intenzionalmente in atto nuovi e diversi pattern interattivi. I dati che ho raccolto in questa ricerca sembrano indicarlo; queste conclusioni sono ovviamente da considerare con cautela, visti i limiti di questa ricerca, che cercherò ora di evidenziare.

Il limite principale di questa ricerca riguarda il numero ridotto di soggetti che compongono il campione; questo aspetto è dovuto anche al fatto che la procedura di codifica comporta un notevole dispendio di tempo.

Oltre a questo, in alcuni soggetti è stato rilevato un numero esiguo di positioning interattivi, per lo meno secondo l'accezione che ne ho dato in questa ricerca. Ho dunque deciso di considerare in maniera aggregata il numero di movimenti relazionali messi in atto dai pazienti dei due diversi gruppi e dal terapeuta rispettivamente con ciascun gruppo. Questa soluzione ha però comportato una differenza per quanto riguarda l'influenza di ciascun soggetto rispetto ai risultati globali dell'analisi, in quanto il "peso" statistico dei soggetti non è lo stesso; è comunque importante osservare che nel gruppo clinico la categoria di movimento relazionale prevalente nei soggetti che mostrano pochi positioning interattivi corrisponde a quella dei soggetti che hanno invece fornito un numero maggiore di movimenti relazionali. Ai fini di una più rigorosa analisi statistica, nelle future ricerche sarà in primo luogo necessario disporre di un numero maggiore di soggetti, affinché si possa assegnare ciascun paziente ad una sola specifica semantica, corrispondente a quella che caratterizza in maniera significativa i suoi positioning interattivi, ed utilizzare questa informazione per l'applicazione dell'analisi loglineare. Perché ciò sia possibile, è altresì necessario disporre di un numero congruo di movimenti relazionali per ciascun paziente, affinché questi abbiano un'influenza statistica comparabile. Ad esempio, si potrebbe includere nel campione

pazienti che mettono in atto un numero maggiore di movimenti relazionali, oppure procedere nella codifica di altre sedute, successive alle prime due di consultazione, fino a raggiungere un numero sufficiente di rilevazioni. Ciò sarà utile anche al fine di evitare un altro aspetto di criticità di questa ricerca, ovvero la mancanza di osservazioni di alcuni tipi di movimenti relazionali, che hanno comportato la necessità di accorpare più semantiche in un'unica categoria. A questo proposito, va sottolineato che i soggetti con disturbi alimentari presi in esame in questa ricerca sono tutti casi prototipici, in alcuni casi cronici, con una sintomatologia severa; probabilmente, in altri casi non si sarebbero ottenuti risultati così chiari ed una così limitata distribuzione dei positioning interattivi rispetto a tutte e cinque le categorie semantiche originariamente prese in considerazione.

Un altro limite di questa ricerca è costituito dal fatto che le sedute analizzate sono state condotte da un unico terapeuta e ciò riduce la generalizzabilità dei risultati. È certamente auspicabile applicare lo stesso metodo a sedute condotte da altri terapeuti, di differenti approcci e che non conoscono il modello di riferimento. Tuttavia, il fatto di disporre di sedute condotte da un solo terapeuta rappresenta anche un vantaggio, in quanto la variabilità dovuta alle caratteristiche personali e allo stile di conduzione del terapeuta viene azzerata.

Accanto a questi aspetti problematici, questa ricerca presenta alcune importanti indicazioni. In primo luogo, essa rappresenta il primo tentativo di convalidare le ipotesi di Ugazio (1998, 2012) riguardanti la connessione fra psicopatologia e significato assumendo come oggetto di analisi le polarità semantiche nella loro accezione conversazionale. Certamente, il metodo di codifica utilizzato presuppone un certo grado di inferenzialità; tuttavia, l'analisi dei positioning interattivi attraverso la significazione dei movimenti relazionali coglie la connotazione conversazionale costitutiva del concetto di polarità semantiche familiari.

I risultati di questa ricerca suggeriscono che i significati che secondo Ugazio sono connessi ai disturbi alimentari psicogeni non soltanto caratterizzano i racconti dei pazienti, ma modellano in modo peculiare la relazione terapeutica, caratterizzandola emotivamente in specifici modi. Ciò apre a importanti prospettive nel campo della ricerca sulla relazione terapeutica e non di meno in quello della pratica clinica. Infatti, seppur parziali e limitati al caso dei disturbi alimentari, questi risultati sottolineano l'importanza di considerare l'alleanza terapeutica, o più in generale la relazione fra

paziente e terapeuta, non come un aspetto a-specifico, ma come un processo che si costruisce attraverso specifici significati. Del resto, il terapeuta, nel momento in cui interagisce con il paziente, si trova, anche a sua insaputa, a posizionarsi e ad essere posizionato entro le semantiche dominanti nella conversazione con il paziente. Se le diverse semantiche sono alla base di specifiche modalità di “con-porsi” nell’interazione, e se la relazione con il terapeuta è ancora considerata come uno dei mezzi attraverso cui promuovere un cambiamento, questa ricerca suggerisce l’opportunità che il terapeuta costruisca percorsi terapeutici *ad hoc* e che utilizzi specifiche strategie terapeutiche, a partire dai significati prevalenti nell’interazione con il paziente. Forse questa considerazione è prematura, oppure quanto detto non è neppure necessario, tuttavia è evidente che la semantica presa in considerazione in questa ricerca offre alla terapia alcuni vincoli e risorse e non altri.

Nella relazione fra paziente e terapeuta, a seconda dei significati prevalenti, alcune storie saranno permesse, mentre altre saranno proibite, alcune strade saranno percorribili, mentre altre saranno interdette o piene di ostacoli, alcuni interventi risulteranno efficaci e promuoveranno risorse, altri saranno invece inefficaci o dall’esito disfunzionale. Naturalmente, in futuro sarà necessario verificare che anche la relazione terapeutica con pazienti di altre patologie è caratterizzata da positioning interattivi riconducibili alle rispettive semantiche critiche e si dovrà applicare il metodo di codifica delle polarità semantiche interattive anche a sedute di psicoterapia di coppia e familiari. I risultati raccolti in questa ricerca incoraggiano a farlo.



# Riferimenti bibliografici

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Angus, L. E., & McLeod, J. (Eds.). (2004). *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research*. London: Sage.
- Arciero, G., & Bondolfi, G. (2009). *Selfhood, identity and personality styles*. Oxford: Wiley–Blackwell.
- Austin, J. L. (1962). *How to do things with words?* Oxford: Clarendon Press.
- Avdi, E. (2012). Exploring the contribution of subject positioning to studying therapy as a dialogical enterprise. *International Journal for Dialogical Science*, 6(1), 61–79.
- Bachar, E., Latzer, Y., Kreitler, S., & Berry, E. M. (1999). Empirical comparison of two psychological therapies: Self–psychology and cognitive orientation in the treatment of anorexia and bulimia. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8(2), 115–128.
- Bamberg, M. (1997). Positioning between structure and performance. *Journal of Narrative and Life History*, 7(1–4), 335–342.
- Bara, B. G. (Ed.). (1996). *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bara, B. G. (Ed.). (2005). *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva. Vol. 2: Clinica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bara, B. G., & Stoppa Beretta, S. (1996). L'organizzazione cognitiva di tipo psicosomatico. In B. G. Bara (Ed.), *Manuale di psicoterapia cognitiva* (pp. 278–314). Torino: Bollati Boringhieri.

- Bateson, G. (1936). *Naven: A survey of the problems suggested by a composite picture of the culture of a New Guinea tribe drawn from three points of view*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bélangier-Ducharme, F., & Tremblay, A. (2005). Prevalence of obesity in Canada. *Obesity Reviews*, 6(3), 183–186. doi: 10.1111/j.1467-789X.2005.00179.x
- Berger, P., & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*. New York, NY: Anchor Books.
- Bergh, C., Brodin, U., Lindberg, G., & Södersten, P. (2002). Randomized controlled trial of a treatment for anorexia and bulimia nervosa. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 99(14), 9486–9491. doi: 10.1073/pnas.142284799
- Bergh, C., Osgood, M., Alters, D., Maletz, L., Leon, M., & Södersten, P. (2006). How effective is family therapy for the treatment of anorexia nervosa? *European Eating Disorders Review*, 14(6), 371–373. doi: 10.1002/erv.750
- Boughtwood, D. C. (2010). Other than obedient: Girls' constructions of doctors and treatment regimes for anorexia nervosa. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 20(2), 83–94. doi: 10.1002/casp.1016
- Breuer, J., & Freud, S. (2009). *Studies on hysteria* (J. Strachey, Trans.). New York, NY: Basic Books (Original work published 1895).
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia and the person within*. New York, NY: Basic Books.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage*. New York, NY: Vintage.
- Bulik, C. M., Berkman, N. D., Brownley, K. A., Sedway, J. A., & Lohr, K. N. (2007). Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 310–320. doi: 10.1002/eat.20367
- Button, E. J. (1985). Eating disorders: A quest for control. In J. Button (Ed.), *Personal construct theory and mental health* (pp. 153–168). London: Routledge.

- Button, E. J., & Warren, R. L. (2001). Living with anorexia nervosa: The experience of a cohort of sufferers from anorexia nervosa 7.5 years after initial presentation to a specialized eating disorders service. *European Eating Disorders Review*, 9(2), 74–96.
- Button, E. J., & Winter, D. (2010). A personal construct perspective on control in eating disorders. In S. Sassaroli & G. M. Ruggiero (Eds.), *Cognitive therapy of eating disorders on control and worry* (pp. 29–42). New York, NY: Nova Science.
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31(1), 3–45. doi: 10.1111/j.1467-6427.2008.00451.x
- Castelli, D. (2011). Fra più e meno: Epidemiologia dei disturbi alimentari psicogeni nei paesi occidentali. In *Quaderni di Psicologia Clinica 2* (pp. 207–231). Bergamo: Bergamo University Press.
- Charpentier, P. (2000). Therapist: Friend or foe? *European Eating Disorders Review*, 8(3), 257–259.
- Cook, A. J., Moore, K., & Steel, G. D. (2005). Taking a position: A reinterpretation of the theory of planned behaviour. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 35(2), 143–154. doi: 10.1111/j.1468-5914.2005.00268.x
- Corso, K. A., Corso, M. L., Bryan, C. J., Kanzler, K. E., Houghton, D. C., Morrow, C. E., & Ray-Sannerud, B. (2012). Therapeutic alliance and treatment outcome in the primary care behavioral health model. *Families, Systems & Health*, 30(2), 87–100. doi: 10.1037/a0028632
- Cronen, V. E., Johnson, K. M., & Lannamann, J. V. (1982). Paradoxes, double binds and reflexive loops: An alternative theoretical perspective. *Family Process*, 20(1), 91–112.
- Dare, C., Eisler, I., Russell, G., Treasure, J., & Dodge, L. (2001). Psychological therapies for adults with anorexia nervosa. Randomised controlled trial of out-patient treatments. *British Journal of Psychiatry*, 178(3), 216–221. doi: 10.1192/bjp.178.3.216

- Davies, B., & Harré, R. (1990). Positioning: The discursive production of selves. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 20(1), 43–63.
- Devlin, M. J. (2007). Is there a place for obesity in DSM–V? *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3), S83–S88. doi: 10.1002/eat.20430
- Eckert, E., Halmi, K., Marchi, P., Grove, W., & Crosby, R. (1995). Ten year follow–up on anorexia nervosa: Clinical course and outcome. *Psychological Medicine*, 25(1), 143–156.
- Eddy-Kamryn, T., Keel, P. K., Dorer, D., Delinsky, S., Franco, D., & Herzog, D. (2002). Longitudinal comparison of anorexia nervosa types. *International Journal of Eating Disorders*, 31(2), 191–201.
- Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge, E., & Grange, D. L. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: The results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(6), 727–736. doi: 10.1017/s0021963099005922
- Eisler, I., Simic, M., Russell, G. F. M., & Dare, C. (2007). A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: A five–year follow–up. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 48(6), 552–560. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01726.x
- Escudero, V., Friedlander, M. L., Varela, N., & Abascal, A. (2008). Observing the therapeutic alliance in family therapy: Association with participants' perceptions and therapeutic outcomes. *Journal of Family Therapy*, 30(2), 194–214. doi: 10.1111/j.1467-6427.2008.00425.x
- Feixas, G., & Villegas, M. (1991). Personal constructs analysis of autobiographical tests: A method presentation and case illustration. *International Journal of Personal Constructs Psychology*, 4(1), 51–83.
- Forsberg, S., LoTempio, E., Bryson, S., Fitzpatrick, K. K., Le Grange, D., & Lock, J. (2013). Therapeutic alliance in two treatments for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 34–38. doi: 10.1002/eat.22047



- Gowers, S., & Bryant-Waugh, R. (2004). Management of child and adolescent eating disorders: The current evidence base and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1), 63–83.
- Guidano, V. F. (1987). *Complexity of the self*. New York, NY: The Guilford Press.
- Guidano, V. F. (1991). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York, NY: The Guilford Press.
- Guilfoyle, M. (2002). Rhetorical processes in therapy: The bias for self-containment. *Journal of Family Therapy*, 24(3), 298–316.
- Gulliksen, K. S., Espeset, E. M., Nordbø, R. H., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2012). Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 45(8), 932–941. doi: 10.1002/eat.22033
- Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York, NY: Grune & Stratton.
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter, M., . . . Kaye, W. H. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1799–1805.
- Hare-Mustin, R. (1994). Discourses in the mirrored room: A postmodern analysis of therapy. *Family Process*, 33(1), 19–35.
- Harré, R. (Ed.). (1986). *The Social construction of emotions*. New York, NY: Basil Blackwell.
- Harré, R., & Moghaddam, F. M. (2003). *The self and others: Positioning individuals and groups in personal, political, and cultural contexts*. Westport, CT.: Praeger.
- Harré, R., Moghaddam, F. M., Cairnie, T. P., Rothbart, D., & Sabat, S. R. (2009). Recent advances in positioning theory. *Theory & Psychology*, 19(1), 5–31. doi: 10.1177/0959354308101417

- Harré, R., & Slocum, N. (2003). Disputes as complex social events: On the uses of positioning theory. In R. Harré & F. M. Moghaddam (Eds.), *The self and others* (pp. 123–136). Westport, CT: Praeger.
- Harré, R., & van Langenhove, L. (1991). Varieties of positioning. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 21(4), 393–407. doi: 10.1111/j.1468-5914.1991.tb00203.x
- Harré, R., & van Langenhove, L. (Eds.). (1999). *Positioning theory: Moral context of intentional action*. Oxford: Blackwell.
- Hermans, H. J. M. (2002). The dialogical self as a society of mind: Introduction. *Theory and Psychology*, 12(2), 147–160
- Hermans, H. J. M., & Hermans-Konopka, A. (2009). *The dialogical self: Positioning and counter-positioning in a globalizing world*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hermans, H. J. M., & Dimaggio, G. (Eds.). (2004). *The dialogical self in psychotherapy*. London: Routledge.
- Hermans, H. J. & Kempen, H. J. (1993). *The dialogical self: Meaning as movement*. San Diego, CA: Academic Press.
- Hollway, W. (1984). Gender difference and the production of subjectivity. In J. Henriques, W. Hollway, C. Urwin, L. Venn, & W. Walkerdine (Eds.). *Changing the subject: Psychology, social regulation and subjectivity* (pp. 227–263). London: Methuen.
- Johansson, H., & Jansson, J.-Å. (2010). Therapeutic alliance and outcome in routine psychiatric out-patient treatment: Patient factors and outcome. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 83(2), 193–206.
- Kaplan, A. S., & Garfinkel, P. E. (1999). Difficulties in treating patients with eating disorders: A review of patient and clinical variables. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44(7), 665–670.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York, NY: Norton.

- Keski-Rahkonen, A., Raevuori, A., & Hoek, H. W. (2008). Epidemiology of eating disorders: An update. In S. Wonderlich, J. E. Mitchell, M. De Zwaan, & H. Steiger (Eds.), *Annual review of eating disorders. Part 2* (pp. 58–68). Oxford: Radcliffe Publishing.
- Knerr, M., Bartle-Haring, S., McDowell, T., Adkins, K., Delaney, R. O., Gangamma, R., . . . Meyer, K. (2011). The impact of initial factors on therapeutic alliance in individual and couples therapy. *Journal of Marital & Family Therapy, 37*(2), 182–199. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00176.x
- Kogan, S. (1998). The politics of making meaning: Discourse analysis of a postmodern interview. *Journal of Family Therapy, 20*(3), 229–251.
- Kogan, S. M., & Brown, A. C. (1998). *Reading against the lines: Resisting foreclosure in therapy. Family Process, 37*(4), 495–512.
- Kogan, S. M., & Gale, J. E. (1997). *Decentering therapy: Textual analysis of a narrative therapy session. Family Process, 36*(2), 101–126.
- Krusky, M. (2002). Women and thinness: The watch on the eve of the feast, therapy with families experiencing troubled eating. *Journal of Systemic Therapies, 21*(1), 58–76.
- Kuehnel, R. H., & Wadden, T. A. (1994). Binge eating disorder, weight cycling, and psychopathology. *International Journal of Eating Disorders, 15*(4), 321–329. doi: 10.1002/eat.2260150403
- Lacey, J. H., & Read, T. (1993). Multi-impulsive bulimia: An inpatient eclectic treatment programme and a pilot follow-up study of its efficacy. *European Eating Disorders Review, 1*(1), 22–31.
- Langhoff, C., Baer, T., Zubraegel, D., & Linden, M. (2008). Therapist-patient alliance, patient-therapist alliance, mutual therapeutic alliance, therapist-patient concordance, and outcome of CBT in GAD. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 22*(1), 68–79. doi: 10.1891/0889.8391.22.1.68
- Le Grange, D., Lock, J., & Dymek, M. (2003). Family-based therapy for adolescents with bulimia nervosa. *American Journal of Psychotherapy, 57*(2), 237–251.

- Lewis, B. (1995). Psychotherapeutic discourse analysis. *American Journal of Psychotherapy*, 49(3), 371–384.
- Lilenfeld, L. R., Wonderlich, S., Riso, L. P., Crosby, R., & Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26(3), 299–320.
- Linares, J. L., & Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Linehan, C., & McCarthy, J. (2000). Positioning in practice: Understanding participation in the social world. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30(4), 435–453.
- Linell, P. (2009). *Rethinking language, mind, and world dialogically*. Charlotte, NC: Information Age Publishing.
- Lock, J., & Fitzpatrick, K. K. (2009). Advances in psychotherapy for children and adolescents with eating disorders. *American Journal of Psychotherapy*, 63(4), 287–303.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W., & Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1025–1032. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.128
- Lorenzini, R., & Sassaroli, S. (1987). *La paura della paura*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Lorenzini, R., & Sassaroli, S. (1991). *Quando la paura diventa malattia: Come riconoscere e curare le proprie fobie*. Roma: Paoline.
- Lorenzini R., & Sassaroli, S. (2000). *La mente prigioniera: Strategie di terapia cognitiva*. Milano: Cortina.
- Lucius-Hoene, G., & Deppermann, A. (2000). Narrative identity empiricized: A dialogical and positioning approach to autobiographical research interviews. *Narrative Inquiry*, 9(1), 199–222.

- Madill, A., & Barkham, M. (1997). Discourse analysis of a theme in one successful case of brief psychodynamic–interpersonal psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 44*(2), 232–244.
- Madill, A., & Doherty, K. (1994). So you did what you wanted then: Discourse analysis, personal agency, and psychotherapy. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 4*(4), 261–273.
- Madill, A., Sermpezisb, C., & Barkham, M. (2005). Interactional positioning and narrative self–construction in the first session of psychodynamic–interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy Research, 15*(4), 420–432.
- Mannino, G. (2005). Le organizzazioni di significato personale: Un modello a tre dimensioni. *Rivista di Psichiatria, 40*(1), 17–25.
- Marcus, M. D., & Wildes, J. E. (2009). Obesity: Is it a mental disorder? *International Journal of Eating Disorders, 42*(8), 739–753. doi: 10.1002/eat.20725
- McLeod, J. (1997). *Narrative and psychotherapy*. London: Sage.
- McNamee, S., & Gergen, K. J. (Eds.). (1992). *Therapy as social construction*. London: Sage.
- Messari, S., & Hallam, R. (2003). CBT for psychosis: A qualitative analysis of clients' experiences. *British Journal of Clinical Psychology, 42*(2), 171–188.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Neimeyer, R. A., & Mahoney, M. J. (Eds.) (1995). *Constructivism in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Nye, C. H. (1994). Narrative interaction and the development of client autonomy in clinical practice. *Clinical Social Work Journal, 22*(1), 43–57.
- Ofreneo, M. A. P., & Montiel, C. J. (2010). Positioning theory as a discursive approach to understanding same–sex intimate violence. *Asian Journal of Social Psychology, 13*(4), 247–259. doi: 10.1111/j.1467-839X.2010.01317.x

- Owen, J. (2012). Systemic alliance in individual therapy: Factor analysis of the ITAS–SF and the relationship with therapy outcomes and termination status. *Journal of Marital & Family Therapy*, 38(S1), 320–331. doi: 10.1111/j.1752-0606.2011.00268.x
- Parpottas, P. (2012). Working with the therapeutic relationship in cognitive behavioural therapy from an attachment theory perspective. *Counselling Psychology Review*, 27(3), 91–99.
- Parrott, W. G. (2003). Positioning and the emotions. In R. Harré & F. Moghaddam (Eds.), *Positioning individuals and groups in personal, political, and cultural context* (pp. 29–44). Westport, CT: Praeger.
- Pearce, B. W., & Cronen, V. E. (1980). *Communication, acting and meaning*. New York, NY: Praeger.
- Picardi, A., & Mannino, G. (2001). Le organizzazioni di significato personale: Verso una validazione empirica. *Rivista di Psichiatria*, 36(4), 224–233.
- Priebe, S. R. (2008). Therapeutic relationships in psychiatry: The basis of therapy or therapy in itself? *International Review of Psychiatry*, 20(6), 521–526. doi: 10.1080/09540260802565257
- Richards, P. S., Baldwin, B. M., Frost, H. A., Clark-Sly, J. B., Berret, M. E., & Hardman, R. K. (2000). What works for treating disorders? Conclusions of 28 outcome reviews. *Eating Disorders*, 8(3), 189–206.
- Ries, A., & Trout, J. (1981). *Positioning: The battle for your mind*. New York, NY: Warner Books & McGraw–Hill.
- Rober, P. (2010). The single–parent family and the family therapist: About invitations and positioning. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 31(3), 221–231.
- Roy-Chowdhury, S. (2003). Knowing the unknowable: What constitutes evidence in family therapy? *Journal of Family Therapy*, 25(1), 64–85.

- Sassaroli, S., Lorenzini, R., & Ruggiero, G. M. (2005). Le fobie e il loro trattamento. In B. G. Bara (Ed.), *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva. Vol. 2: Clinica* (pp. 61–92). Torino: Bollati Boringhieri.
- Schembri, C., & Evans, L. (2008). Adverse relationship processes: The attempts of women with bulimia nervosa symptoms to fit the perceived ideal of intimate partners. *European Eating Disorders Review, 16*(1), 59–66.
- Schmidle, R. E. (2010). Positioning theory and terrorist networks. *Journal for the Theory of Social Behaviour, 40*(1), 65–78. doi: 10.1111/j.1468-5914.2009.00421.x
- Schmidt, U. (1989). Behavioural psychotherapy of eating disorders. *International Review of Psychiatry, 1*(3), 245–246.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2006). *Dialogical meetings in social networks*. London: Karnac Books.
- Selvini Palazzoli, M. (1963). *L'anoressia mentale*. Milano: Feltrinelli.
- Selvini Palazzoli, M. (1981). *L'anoressia mentale: Dalla terapia individuale alla terapia familiare* (2nd Rev. ed). Milano: Feltrinelli.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1975). *Paradosso e controparadosso*. Milano: Feltrinelli.
- Shields, M., Carroll, M. D., & Ogden, C. L. (2011). Adult obesity prevalence in Canada and the United States. *NCHS Data Briefs, 56*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db56.htm>
- Simkin–Silverman, L. R., Wing, R. R., Plantinga, P., Matthews, K. A., & Kuller, L. H. (1998). Lifetime weight cycling and psychological health in normal–weight and overweight women. *International Journal of Eating Disorders, 24*(2), 175–183. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199809)24:2<175::AID-EAT7>3.0.CO;2-B
- Soal, J., & Kottler, A. (1996). Damaged, deficient or determined? Deconstructing narratives in family therapy. *South African Journal of Psychology, 26*(3), 123–134.

- Sonu, D., Oppenheim, R., Epstein, S. E., & Agarwal, R. (2012). Taking responsibility: The multiple and shifting positions of social justice educators. *Education, Citizenship and Social Justice*, 7(2), 175–189. doi: 10.1177/1746197912440855
- Stancombe, J., & White, S. (1997). *Notes on the tenacity of therapeutic presuppositions in process research: Examining the artfulness of blamings in family therapy. Journal of Family Therapy*, 19(1), 21–41.
- Steiger, H., & Israel, M. (1999). A psychodynamically informed, integrated psychotherapy for anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 229–237.
- Striegel-Moore, R. H., Franko, D. L., & Ach, E. L. (2006). Epidemiology of eating disorders: An update. In S. Wonderlich, M. de Zwaan, H. Steiger, & J. Mitchell (Eds.), *Annual review of eating disorders* (pp. 65–80). Oxford: Radcliffe Publishing.
- Ugazio, V. (1995). Il costruzionismo sociale: alcune conseguenze cliniche. In G. P. Lombardo & M. Malagoli Togliatti (Eds.), *Epistemologia in psicologia clinica* (pp. 258–281). Torino: Bollati Boringhieri.
- Ugazio, V. (1998). *Storie permesse, storie proibite: Polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Ugazio, V. (2012). *Storie permesse, storie proibite: Polarità semantiche familiari e psicopatologie* (2nd Rev ed.). Torino: Bollati Boringhieri.
- Ugazio, V., Negri, A., & Fellin, L. (2011). Significato e psicopatologia: La semantica dei disturbi fobici, ossessivi, alimentari e depressivi. In *Quaderni di psicologia clinica 2* (pp. 69–129). 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 conversations and self-narratives. *TPM – Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 16(4), 165–192.



- 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., Zanaboni, E., & Fellin, L. (2007). Libertà, bontà, potere e appartenenza. Griglia delle semantiche familiari (GSF). *Quaderni del dottorato in psicologia clinica* (Vol. 1). Bergamo: Bergamo University Press.
- Verhofstadt-Denève, L. (2000). *Developmental therapy from an existential–dialectical view–point: A theoretical and practical guide to action– and drama–techniques*. London: Jessica Kingsley.
- Villegas, M. (1995). Psicopatologías de la libertad (I). La agorafobia o la constricción del espacio. *Revista de Psicoterapia*, 6(21), 17–40.
- Villegas, M. (1997). Psicopatologías de la libertad (II). La anorexia o la restricción de la corporalidad. *Revista de Psicoterapia*, 8(30–31), 19–92.
- Villegas, M. (2000). Psicopatologías de la libertad: la obsesión o la constricción de la espontaneidad. *Revista de Psicoterapia*, 11(42–43), 49–134.
- Villegas, M. (2004). Psicopatologías de la libertad (IV): anorexia purgativa y bulimia o el descontrol de la corporalidad. *Revista de Psicoterapia*, 15(58–59), 93–144
- Vitousek, K. B., Watson, S., & Wilson, G. (1998). Enhancing motivation for change in treatment resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18(4), 391–420.
- Volkow, N. D., & O'Brien, C. P. (2007). Issues for DSM–V: Should obesity be included as a brain disorder? *The American Journal of Psychiatry*, 164(5), 708–710. doi: 10.1176/appi.ajp.164.5.708
- von Holle, A., Pinheiro, A. P., Thornton, L. M., Klump, K. L., Berrettini, W. H., Brandt, H., Crawford, S., . . ., & Bulik, C. M. (2008). Temporal patterns of recovery across eating disorder subtypes. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(2), 108–117.

- von Sydow, K., Beher, S., Schweitzer, J., & Retzlaff, R. (2010). The efficacy of systemic therapy with adult patients: A meta-content analysis of 38 randomized controlled trials. *Family Process, 49*(4), 457–485. doi: 10.1111/j.1545-5300.2010.01334.x
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: NY: Norton.
- Wonderlich, S. A., Lilienfeld, L. R., Riso, L. P., Engel, S., & Mitchell, J. E. (2005). Personality and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 37*(S1), S68–S71.
- Wortham, S. (1999). The heterogeneously distributed self. *Journal of Constructivist Psychology, 12*(2), 153–172. doi: 10.1080/107205399266163
- Wortham, S. (2000). Interactional positioning and narrative self-construction. *Narrative Inquiry, 10*(1), 157–184.
- Wright, K. M. (2010). Therapeutic relationship: Developing a new understanding for nurses and care workers within an eating disorder unit. *International Journal of Mental Health Nursing, 19*(3), 154–161. doi: 10.1111/j.1447-0349.2009.00657.x