

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BERGAMO

Dipartimento di Scienze umane e sociali

Dottorato di Ricerca in Psicologia Clinica

XXVII Ciclo

Settore M-PSI/08 – Psicologia Clinica

SEMANTICA E RELAZIONE TERAPEUTICA

Docente supervisore:

Chiar.ma Prof.ssa Valeria Ugazio

Candidata:

Dott.ssa Stella Chiara Guarnieri

Matricola: 45549

ANNO ACCADEMICO 2013/2014

Indice

Introduzione	III
1. La relazione terapeutica	1
1.1 L'alleanza terapeutica e oltre	5
1.2 La relazione terapeutica nell'approccio sistemico relazionale	12
2. Polarità semantiche familiari	23
2.1 La semantica della libertà	29
2.2 La semantica della bontà	30
2.3 La semantica del potere	31
2.4 La semantica dell'appartenenza	32
3. Ricerca	33
3.1 Obiettivo e ipotesi	37
3.2 Metodo	38
3.2.1 Partecipanti	38
3.2.2 Procedura di codifica	39
3.2.3 Family Semantics Grid (FSG)	41
3.2.4 The Semantics Grid of Diadic Therapeutic Relationship (SG-DTR)	43
3.2.4.1 La codifica delle ISP: applicazione della SG-DTR	49
3.3 Analisi dei dati	59
3.4 Risultati	59
3.5 Discussione	63
Conclusione	67
Bibliografia	69

Introduzione

D: But is it a game, Daddy? Do you play against me?

F: No. I think of it as you and I playing together against the building blocks—the ideas. Sometimes competing a bit—but competing as to who can get the next idea into place. And sometimes we attack each other's bit of building, or I will try to defend my built-up ideas from your criticism. But always in the end we are working together to build the ideas up so that they will stand.

(Bateson, 1972, p.27)

In questi ultimi anni le ricerche (e.g. Arnow et al., 2013; Goldfried & Davila, 2005; Lambert & Barley, 2002; Zuroff & Blatt, 2006) hanno confermato quello che i clinici, a prescindere dagli orientamenti teorici, hanno sempre riconosciuto, cioè che la relazione terapeutica è tanto importante almeno quanto la tecnica utilizzata. Norcross e Lambert (2011) propongono, come nuovo filone di ricerca, di esplorare il modo in cui la relazione terapeutica funziona nello specifico con le diverse patologie e nei diversi trattamenti, ed è proprio questo l'obiettivo di questa ricerca.

Adottando come modello clinico quello di Ugazio (1998, 2012) secondo il quale le semantiche della “bontà”, “libertà”, “potere”, “appartenenza” caratterizzano rispettivamente i disturbi fobici, ossessivo-compulsivi, alimentari e depressivi, questo lavoro si propone di verificare se le diverse semantiche costruiscono la relazione terapeutica in modo altrettanto peculiare: ci sono tanti modi diversi di costruire la relazione terapeutica quante sono le semantiche?

Recentemente Ugazio, Negri e Fellin (2011, in press), attraverso l'utilizzo di uno strumento (Ugazio, Negri, Fellin, & Di Pasquale, 2009) costruito per la codifica dei contenuti semantici, che emergono da sedute di psicoterapia individuale, hanno dimostrato che la conversazione con i pazienti con disturbi fobici, ossessivo-compulsivi, alimentari e depressivi è caratterizzata dalla prevalenza delle rispettive semantiche. La ricerca qui presentata verte sulle modalità specifiche attraverso le quali ciascun partner conversazionale –il paziente e il terapeuta - costruiscono la loro relazione. Il focus non è

sui significati che emergono dal racconto ma su quelli che emergono dall'interazione.

Nel primo capitolo sono presentati i diversi punti di vista sulla relazione terapeutica da parte dei principali orientamenti psicoterapeutici. Un approfondimento sull'alleanza terapeutica, che ha polarizzato le ricerche negli ultimi ventanni sottolineando l'importanza della relazione terapeutica accanto alla tecnica (Horvarth & Luborsky, 1993; Lingiardi, 2002); ma che contemporaneamente ha rischiato di assimilarla. Infine un approfondimento sulla relazione terapeutica nell'approccio sistemico relazionale, che mette in luce come i clinici le abbiano sempre prestato attenzione, nonostante non l'abbiano esplicitamente teorizzata. Passaggio, poi, reso, in parte, possibile dal costruzionismo sociale (Flaskas & Perlesz, 1996; Flaskas, Mason & Perlesz, 2005).

Nel secondo capitolo è presentato il modello clinico di Ugazio (1998, 2012) che guida la ricerca. In particolare vengono presentate le quattro semantiche familiari che caratterizzano le conversazioni delle famiglie in cui si sviluppano le diverse psicopatologie.

L'ultimo capitolo è quello dedicato alla ricerca, dove, grazie all'applicazione della *Semantics Grid of Diadic Therapeutic Relationship* (Ugazio & Castelli, in press), vengono analizzate le *polarità semantiche interattive*, per individuare i significati attraverso i quali paziente e terapeuta modellano la loro relazione.

Un particolare e sentito ringraziamento alla prof.ssa Valeria Ugazio, per avermi dato la possibilità di realizzare questo lavoro, per avermi guidata con autentica passione, rimanendo sempre aperta al dialogo e al confronto, e per avermi regalato degli spunti preziosi per la mia crescita personale e professionale.

Ringrazio i miei colleghi Daniele Castelli e Marisa Pandolfi, non solo per il grande contributo che hanno dato alla realizzazione di questo lavoro, ma anche per tutti gli intensi momenti che abbiamo condiviso in questi anni.

Ringrazio, infine, la dottoressa Stefania Baccanelli per la sua gentilezza e costante disponibilità.

1. La relazione terapeutica

L'importanza della relazione terapeutica ai fini degli esiti della terapia, da sempre riconosciuta dai clinici, a prescindere dagli orientamenti teorici di appartenenza (Friedlander, Escudero & Heatherington, 2006; Prochaska, 1979; Prochaska & Di Clemente, 2005; Slife & Wiggins, 2009), è ora confermata da molte evidenze empiriche (Lambert & Ongles, 2004; Norcross 2002, 2011). Le ricerche finora condotte attestano che la relazione terapeutica è tanto importante quanto la tecnica utilizzata (e.g. Arnou et al., 2013; Goldfried & Davila, 2005; Lambert & Barley, 2002; Zuroff & Blatt, 2006) o addirittura più importante (e.g. Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue & Hayes, 1996; Lambert & Barley, 2001; Luborsky, 1984; Mc Williams, 2004; Messer & Warren, 1995; Wampold, 2001). Naturalmente questa divisione manichea è funzionale alla ricerca, nella pratica clinica la relazione e la tecnica interagiscono e si influenzano costantemente, c'è una profonda sinergia tra queste due componenti (Gelso & Hayes, 1998; Lingiardi, 2002; Norcross & Lambert, 2011). Le tecniche utilizzate da un terapeuta, per esempio, e il modo in cui le usa, influenzano il tipo di relazione che si sta costruendo; ma dall'altra parte, le emozioni che il terapeuta sente nei confronti del paziente influenzano le tecniche e il modo in cui esse vengono usate (Gelso & Hayes, 1998). Ogni orientamento ha un'idea sulla relazione terapeutica e questa influenza il modo in cui il terapeuta si comporta con il paziente. D'altro canto le opinioni che una persona ha riguardo alla relazione lo conducono, come terapeuta, verso certi approcci teorici piuttosto che ad altri. Probabilmente l'orientamento teorico di un terapeuta e le sue convinzioni sulle relazioni si influenzano reciprocamente (Gelso & Hayes, 1998).

Freud credeva che il paziente collaborasse con il terapeuta al fine di sconfiggere la sua nevrosi e considerava il transfert positivo la base su cui costruire il processo terapeutico. Nella teoria psicoanalitica classica l'interpretazione del transfert era l'unico strumento in grado di risolvere il conflitto alla base delle nevrosi, invece, "oggi è la relazione terapeutica ad essere considerata il principale elemento trasformativo" (Lingiardi, 2002, p. 24). All'inizio della terapia analitica, invece, l'enfasi era sulla

tecnica a scapito della relazione. Il terapeuta doveva essere uno schermo neutro su cui il paziente potesse proiettare le sue pulsioni: il cambiamento si pensava accadesse grazie allo sviluppo del transfert, che il paziente aveva rispetto al terapeuta silenzioso, e alle interpretazioni che quest'ultimo formulava (Goldfried & Davila, 2005). Gli approcci psicoanalitici contemporanei sono, invece, basati sulla relazione, tanto che Mc Williams (2004) sostiene che uno dei presupposti fondamentali della terapia psicoanalitica è “the raw emotional power of the here-and-now therapeutic relationship”.

All'interno di questo orientamento, infatti, il superamento dell'epistemologia meccanicistica¹ ha avuto come conseguenza un cambiamento profondo sulla concezione dell'uomo: non più “un coacervo di spinte sostanzialmente di tipo fisico, ma un soggetto costruito e inserito in una matrice di relazioni con le altre persone” (Lingiardi, 2002, p.17). La relazione con il terapeuta è perciò considerata il contesto necessario per l'intervento tecnico, il quale consiste nel far “evolvere i fenomeni transferali in senso relazionale” (Lingiardi, 2002, p.19). Il terapeuta, insieme al paziente, costruisce la realtà che è determinata dalla loro interazione e dall'attivazione dei loro schemi relazionali, lo stesso concetto di transfert è infatti stato ripensato “come una comunicazione interattiva” (Lingiardi, 2002, p.22). L'obiettivo dell'interpretazione non è più il disvelamento di una realtà nascosta dentro al paziente ma la costruzione di significati nuovi:

there is no purely autonomously generated meaning in analysis. Analytically useful forms of meaning and hope do not lie preformed in the patient; they are generated when the analyst has found a way to inspire personally meaningful forms of growth and expansion (Mitchell 1993, p.225).

Per Rogers (1957) la relazione terapeutica influisce in modo diretto sull'esito della terapia, indipendentemente dalle tecniche utilizzate (Zuroff & Blatt, 2006). Secondo l'orientamento umanistico, nato in alternativa alle teorie psicoanalitiche, il terapeuta deve creare le condizioni necessarie (empatia, accettazione e genuinità) per

¹ Freud teorizza i processi psichici come spostamenti di energia che possono essere valutati in base all'effetto che hanno sugli elementi affettivi (Freud, 1911). In particolare con il concetto di inconscio riporta la sfera intenzionale della motivazione alla base biologica dello psichismo, rendendola calcolabile in termini energetici (Mazzarella, 1993).

permettere al paziente di trovare le soluzioni che lo conducono alla guarigione e che gli permettono di sviluppare il suo potenziale. In generale i modelli umanistici più recenti - per esempio la terapia esperienziale basata sul processo (Greenberg & Paivio, 1997) - considerano i fattori relazionali come elementi terapeutici centrali (Friedlander, Escudero & Heatherington, 2006). La relazione è di per sé curativa.

La terapia comportamentale, sulla base delle idee di Skinner, ha, invece sottolineato l'importanza delle tecniche, mettendo in ombra l'importanza della relazione terapeutica² (Goldfried & Davila, 2005).

Nella terapia cognitiva standard, Beck concepisce la relazione terapeutica come uno sforzo congiunto che definisce come “empirismo collaborativo” (Beck, Emery, & Greenberg, 1985):

therapist and client join forces to tackle the latter's problems (...). By collaborating, clients are actively engaged in the problem-solving process (this relationship is underpinned by warmth, trust, genuineness and empathy). ‘Empiricism’ focuses on reality-testing clients’ thoughts and beliefs. Clients’ cognitions are viewed as hypotheses rather than as facts (...). Through collaborative empiricism, clients learn to become personal scientists (or hypothesis testers) (Neenan & Dryden, 2006, pp.13-14).

Il focus è perciò sul cercare di promuovere un atteggiamento collaborativo nel paziente, facilitare la scoperta guidata, sviluppare la capacità di comprensione e incoraggiarlo a esplorare pensieri e idee alternative (Gilbert & Leahy, 2009). La relazione terapeutica è necessaria perché la tecnica possa essere efficace ma il cambiamento non dipende direttamente da essa (Zuroff & Blatt, 2006).

Attualmente la psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT) considera una buona relazione terapeutica fondamentale ma non sufficiente affinché ci sia un cambiamento nel paziente (Hardy, Cahill & Barkham, 2009) e presta attenzione alle modalità attraverso le quali le relazioni interpersonali sono in grado di influenzare i processi fisiologici e psicologici (Gilbert & Leahy, 2009).

² Goldfried e Davila (2005) per dimostrare quanto, in questo approccio, la tecnica è più importante della relazione citano come esempio l'uso del “device for automatic desensitization (DAD)” (p.422): ai partecipanti era chiesto, tramite dei video, di immaginarsi in situazioni ansiogene e poi in una seconda videocassetta venivano date loro le indicazioni per rilassarsi. Tutta la procedura era svolta senza che i partecipanti entrassero mai in contatto con un terapeuta in carne e ossa.

1.1 L'alleanza terapeutica e oltre

Nonostante la maggior parte degli approcci terapeutici riconosca l'importanza della relazione terapeutica, quest'ultima è stata ignorata tanto nella teoria quanto nella ricerca, probabilmente per la sua complessità e per la mancanza di una definizione chiara che la definisca (Gelso & Hayes, 1998). La maggioranza delle ricerche si sono centrate su una variabile della relazione terapeutica: l'alleanza fra paziente e terapeuta. (e.g. Arnow et al., 2013, Baldwin, Wampold & Imel, 2007; Corso et al., 2012; Del Re, Fluckinger, Horvath, Symonds & Wampold, 2012; Escudero, Friedlander, Varela & Abascal, 2008; Horvath, Del Re, Fluckinger & Symonds, 2011; Johansson & Jansson, 2010; Knerr et al., 2011; Langhoff et al., 2008; Owen, 2012). Definita inizialmente da Zetzel come la capacità del paziente di usare la parte sana del proprio ego per creare un legame con l'analista (1956). Successivamente l'alleanza terapeutica ha assunto accezioni diverse (Greenson, 1965, Luborsky, 1976), svincolandosi gradualmente dalla prospettiva psicoanalitica entro la quale si era inizialmente sviluppata, per diventare, secondo il modello di Bordin (1979,1989, 1994) una "alleanza di lavoro", intesa come un accordo tra paziente e terapeuta sugli obiettivi e compiti della terapia, sostenuto da un legame collaborativo:

we can speak of the working alliance as including three features: an agreement on goals, an assignment of task or a series of tasks, and the development of bonds (...). Research on the working alliance should initially be directed at testing the applicability of these ideas to all varieties of psychotherapy (Bordin, 1979, p.253).

Recentemente i ricercatori sono arrivati addirittura sostenere che i modelli clinici sono irrilevanti perché l'alleanza terapeutica, a prescindere dal modello, sembra essere uno dei fattori che incide significativamente sull'esito della terapia (Horvarth, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011).

Come mettono in luce Safran e Muran (2006) il costrutto dell'alleanza ha avuto un ruolo importante perché ha spostato il focus dell'attenzione sulla relazione terapeutica quando la tradizione cognitiva comportamentista dominava la ricerca in

psicoterapia. L'attenzione delle ricerche sull'alleanza è dovuta essenzialmente al fatto che questa variabile, per quanto complessa, si presta maggiormente ad essere operazionalizzata³ rispetto ad altri aspetti più elusivi. Tanto che attualmente ci sono oltre ventiquattro⁴ diversi strumenti atti a misurare l'alleanza terapeutica (De Bei, 2006). L'altro vantaggio è che, grazie alle formulazioni di Bordin (1979), l'alleanza è stata concettualizzata in modo "pantateorico" cioè come un costrutto che prescinde dall'orientamento teorico e dal modello operativo adottato dal terapeuta. Il concetto di alleanza per questi motivi è stato identificato come il fattore comune, trasversale ai modelli di trattamento, responsabile dell'efficacia delle terapie ed è stato utilizzato, negli ultimi vent'anni, tanto negli studi sull'outcome quanto nelle ricerche sul processo (Horvarth & Luborsky, 1993; Lingiardi, 2002). Le ricerche hanno dimostrato che la qualità dell'alleanza terapeutica è un valido predittore dell'esito in diversi tipi di trattamento (Horvarth, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Horvath & Symonds, 1991). Un'alleanza debole è correlata con una interruzione del trattamento da parte del paziente, mentre la riparazione della rottura^{5,6} nell'alleanza è correlata all'esito positivo del trattamento (Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011).

Per quanto riguarda l'estesa letteratura che associa l'esito dei trattamenti all'alleanza ci sono però diversi problemi metodologici: una correlazione significativa tra il costrutto di alleanza e l'outcome può dipendere dal fatto che l'aver esperito una buona alleanza terapeutica ha generato un cambiamento. Ma può dipendere anche dal contrario, cioè che la diminuzione dei sintomi incide positivamente sulla percezione dell'alleanza, oppure le due variabili possono influenzarsi reciprocamente (Arnow et. al,

³ Con operazionalizzare si intendono i diversi passaggi attraverso cui si attribuisce un contenuto empirico a concetti non immediatamente osservativi (Bruschi 1999).

⁴ I principali strumenti, secondo De Bei (2006), sono: le Pennsylvania Scales (Alexander & Luborsky, 1986), le California Scales (Marmar et al., 1988), le Vanderbilt Scales (Hartley Strupp, 1983; Suh et al., 1986), le Therapeutic Bond Scales (Saunders, Orlinsky & Howard, 1989), le Toronto Scales (Marziali et al., 1981; 1984), il Working Alliance Inventory (Horvath, 1981;1982), la Ruptures Resolution Scale (Samstang et al., 2002) e l'Indice di Valutazione dell'Alleanza Terapeutica (Colli & Lingiardi, 2002, 2005).

⁵ Con rottura dell'alleanza si intende uno spostamento negativo nella qualità dell'alleanza, cioè dei disaccordi circa i compiti o gli obiettivi della terapia, oppure un problema durante il tentativo di stabilire l'alleanza (Safran, 1993; Safran & Muran, 2000).

⁶ Negli ultimi venti anni, un filone di ricerche si è focalizzato sul chiarire i fattori che promuovono lo sviluppo dell'alleanza e i processi alla base della riparazione delle rotture (e.g. Safran & Muran 2000; Safran & Muran 2006; Safran et al., 2002).

2013; Norcross & Lambert, 2011). L'alleanza potrebbe anche essere semplicemente un termometro che indica se la terapia sta andando bene o male (Barber, 2009).

Inoltre questi studi sono per la maggior parte "terapeuta-centrici", tanto che Bedi, Davis e Williams (2005) mettono in luce che c'è una forte discrepanza tra la percezione che i clienti hanno dell'alleanza e il punto di vista che i clinici e i ricercatori hanno su questo costrutto. Come affermano Barber, Khalsa & Sharpless (2010):

one of the big question for our field is whether or not alliance is a mechanism of change (...) the specific ways in which having a good alliance is positively associated with good outcome remain elusive. To put it in another way, demonstrating that a good alliance mediates a particular psychotherapy's impact on depressive symptoms does not help us understand how the alliance made the depressed patients feel better (p.40).

La relazione terapeutica - che contempla l'insieme dei sentimenti e degli atteggiamenti che il terapeuta e il cliente hanno uno verso l'altro e la modalità attraverso la quale questi vengono espressi (Gelso & Hayes, 1998) - per quanto difficile da rendere operativo, non è riassumibile nell'alleanza (Baldwin, Wampold & Imel, 2007; Gelso & Hayes, 1998; Hatcher, 2010; Horvarth, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011; Liotti & Monticelli, 2014;), che è una variabile concettualmente subordinata (Monticelli, 2014). L'alleanza, infatti, anche se importante ai fini degli esiti della terapia e intesa in modo dinamico e processuale come da Safran e Muran (1996, 2001, 2011), è pur sempre soltanto un aspetto della relazione terapeutica:

Nevertheless, we believe that, in some respects, the concept of the alliance, as conventionally defined, may have outlived its usefulness among psychotherapy researchers in the same way that it has within psychoanalytic theory (...). We do not believe that it will be particularly valuable to develop new measures of the alliance or to attempt to refine the alliance construct further either through conceptual or empirical means or some combination (...). We are not, however, ambivalent about the importance of focusing our research efforts more broadly on understanding the role that relational factors play in the change process and keeping in mind the relational context

in which all other aspects of the therapeutic process unfold (Safran & Muran, 2006, pp. 289-290).

Altre componenti sono altrettanto o più importanti. Molti ricercatori di orientamento diverso, dalla psicoanalisi (Safran, 1998; Safran & Segal, 1990) al cognitivismo (Dimaggio & Semerari, 2007; Semerari, 2000) al cognitivismo evoluzionista⁷ (Farina & Liotti, 2011; Liotti, 2011; Liotti & Farina, 2011; Liotti & Gilbert, 2011; Liotti & Monticelli, 2014), hanno sottolineato come i processi e i cicli interpersonali sono componenti della relazione terapeutica cruciali per promuovere il cambiamento (Hardy, Cahill & Barkham, 2009).

La comprensione da parte del terapeuta, durante l'interazione con il paziente, del ciclo interpersonale, inteso come "cognitive activities, interpersonal behaviors, and repetitive interactional or me-you patterns are linked together and maintain one another in an unbroken causal loop" (Safran, 1984), gli permette di generare ipotesi sugli schemi interpersonali che lo mantengono. La relazione terapeutica è un laboratorio, non solo per esplorare i processi cognitivi e affettivi, ma anche per contrastare gli schemi interpersonali⁸ (Safran & Muran, 1990). Il terapeuta, infatti, può ricostruire la natura del ciclo interpersonale in cui è coinvolto, grazie alla consapevolezza del proprio atteggiamento interpersonale, e arrivare alla comprensione dello schema interpersonale

⁷ Approccio psicoterapeutico cognitivista di paradigma relazionale - influenzato dalla teoria dell'attaccamento di Bowlby e coniugato da Liotti con la proposta di Gilbert (1989) - che ipotizza la presenza di cinque sistemi di motivazionali interpersonali (di attaccamento, d'accudimento, agonistico, sessuale e cooperativo). L'alleanza terapeutica trova la sua base nell'attivazione prevalente del sistema motivazionale cooperativo e l'attivazione degli altri sistemi motivazionali sono significativi per comprendere le rotture dell'alleanza (Liotti & Monticelli, 2014). Questo orientamento teorizza che la formazione dei significati personali patogeni discenda dalle memorie implicite formate durante le esperienze di attaccamento precoci e organizzate nei modelli operativi interni. Lo scopo della terapia è modificare gli effetti delle convinzioni implicite e delle memorie patologiche del paziente attraverso esperienze emozionali correttive di natura relazionale (Farina & Liotti, 2011).

⁸ Le persone sviluppano schemi interpersonali che sono adattivi in un contesto di sviluppo perché permettono loro la previsione di interazioni con le figure di attaccamento. Gli schemi si ricavano dall'interazione con le figure di attaccamento e permettono appunto alle persone di determinare le interazioni in modo da aumentare la probabilità di mantenere la relazione con esse (Safran & Muran, 2000). Gli schemi interpersonali strutturano le relazioni con gli altri e sono disfunzionali quando non riescono ad adattarsi alle nuove circostanze perché continuano a modellare le interazioni (Safran & Muran, 1990). Per esempio persone che prevedono ostilità da parte degli altri interpretano comportamenti neutrali come ostili e rispondono in modo ostile, suscitando così ostilità da parte degli altri; confermando così le loro aspettative e mantenendo il ciclo cognitivo interpersonale (Safran & Muran, 1990). Il concetto di ciclo cognitivo interpersonale spiega appunto perché gli schemi interpersonali disadattivi permangono nel tempo, ovvero perché funzionano come profezie che si auto avverano (Semerari, 2000).

del paziente e aiutarlo a diventarne consapevole (Semerari, 2000). In particolare è nei momenti di rottura dell'alleanza terapeutica che diventa possibile evidenziare al terapeuta, nel qui ed ora, l'azione degli schemi problematici. La riparazione della rottura può, infatti, servire come esperienza emozionale correttiva⁹ (Eubanks-Carter, Muran & Safran, 2010).

Per Semerari (2000), i significati personali prevalenti del paziente e le relative rappresentazioni mentali incidono nelle relazioni successive, compresa quella terapeutica. Inoltre teorizza che il paziente sottopone il terapeuta a continui test per valutarne l'affidabilità e il grado di sicurezza interpersonale che è capace di garantirgli. Il terapeuta, se supera i test, viene assunto come fonte autorevole di informazione e il paziente tenderà ad assimilare i punti di vista che gli attribuisce e a utilizzarli nella spiegazione e regolazione del proprio comportamento. L'assunzione del terapeuta come fonte autorevole di informazione sul proprio sé è essenziale "per veicolare i significati impliciti in un'esperienza correttiva" (p.133). Allo stesso tempo, quindi, il terapeuta crea le condizioni perché il paziente possa internalizzare, sotto forma di dialoghi immaginari¹⁰, la sua figura e il loro rapporto con l'obiettivo che si formano delle "neo-strutture terapeutiche"¹¹ (p. 136) interne all'organizzazione individuale, le quali si organizzano in strutture di significato. Nel corso della terapia le neostrutture non diventano delle fotocopie del terapeuta ma rappresentano il modo particolare in cui il paziente ha elaborato e organizzato nella memoria l'esperienza relazionale che ha fatto. Inoltre la loro funzione è quella di dare significato alla condotta del paziente e agli stati mentali altrui e propri, in modo tale da regolare il proprio comportamento. La modificazione strutturale, che avviene attraverso la formazione delle neostrutture, si traduce in un miglioramento delle funzioni meta cognitive. La relazione terapeutica

⁹ L'idea fondamentale, alla base della terapia relazionale breve (BRT, Safran & Muran, 2000), è che lavorare sulle rotture dell'alleanza sia il fattore curativo chiave. La BRT (Safran & Muran, 2000) presuppone un'epistemologia costruttivista e l'importanza del significato relazionale degli interventi. Ha il focus sull'*hic et nunc* della relazione terapeutica, mette in evidenza una collaborazione durevole per esplorare i contributi del paziente e del terapeuta, rimarcando la soggettività delle percezioni del terapeuta, sottolinea l'importanza dell'indagare il profondo dell'esperienza dei pazienti. Inoltre utilizza la meta comunicazione terapeutica e l'apertura controtransferale.

¹⁰ I dialoghi immaginari che il paziente ha col terapeuta decodificano, danno significato agli eventi e regolano l'azione (Semerari, 2000).

¹¹ "Le neo-strutture terapeutiche prendono, nelle rappresentazioni mentali, la forma di dialoghi immaginari con il terapeuta" (Semerari, 2000, p.136).

quindi dovrebbe fornire un'esperienza emozionale correttiva dei cicli interpersonali disadattativi¹² incrementando le funzioni meta cognitive del paziente. Riassumendo, per Semerari (2000) la relazione terapeutica, oltre ad essere un laboratorio che facilita la conoscenza degli schemi interpersonali, favorisce le esperienze correttive dei cicli interpersonali disadattivi, facilita nel paziente processi di identificazione o apprendimento di atteggiamento del terapeuta. Infine, soprattutto nei pazienti più gravi¹³, la relazione offre un sostegno vicariante a funzioni deficitarie.

In generale nell'approccio cognitivista relazionale, l'aumento della capacità metacognitiva¹⁴, attraverso l'esperienza emozionale correttiva, dipende dalla modulazione della relazione terapeutica. Questa attenzione particolare alla relazione terapeutica ha promosso un cambiamento anche nell'impostazione e nello stile del terapeuta il quale offre al paziente nuove esperienze emozionali correttive ed è orientato alla validazione empatica (Liotti & Farina, 2011). Inoltre secondo Farina e Liotti (2011) il modello multi motivazionale permette al terapeuta di comprendere quali sono gli aspetti problematici della relazione terapeutica, concettualizzando e operando cambiamenti di registro motivazionale in essa.

Nell'approccio cognitivo evolucionista la relazione terapeutica ha due funzioni: di strumento conoscitivo e di processo che cura. Il piano della funzione conoscitiva si articola su due livelli, il primo, quello della comprensione della mente dell'altro, riguarda la conoscenza e la differenziazione delle emozioni del paziente nella relazione terapeutica. Il secondo, quello dell'auto riflessione, è l'auto osservazione delle emozioni e dei vissuti personali nel corso dell'interazione terapeutica. L'esplorazione congiunta degli stati d'animo del paziente e del terapeuta è un punto di passaggio dal piano conoscitivo quello di cura. Per il paziente, infatti, può rappresentare una esperienza evolutiva nuova che accresce le capacità di empatia e di assumere la prospettiva dell'altro. Il motore dell'incremento della capacità meta cognitiva - elemento essenziale

¹² Cioè “i processi interpersonali in cui le previsioni negative sul comportamento dell'altro si autodeterminano e si auto confermano inducendo nell'altro il tipo di comportamenti previsti” (Semerari, 2000, p.187).

¹³ Semerari (2000) intende i pazienti che per via dei loro deficit meta cognitivi incontrano difficoltà a svolgere i processi cognitivi propri della relazione terapeutica; nosograficamente questi pazienti rientrano tra i disturbi psicotici, quelli di personalità, quelli dissociativi e le forme più gravi di disturbi alimentari e ossessivo compulsivi (p.137).

¹⁴ Allo stesso tempo obiettivo del processo terapeutico e principale fattore di cura.

per il cambiamento, ottenuto grazie ad una esperienza relazionale – è l’attivazione del sistema motivazionale cooperativo mediata dalla condivisione dell’attenzione per lo stesso oggetto, cioè gli stati mentali di entrambi i partecipanti (Monticelli, 2014, pp.44-45).

1.2 La relazione terapeutica nell'approccio sistemico relazionale

A lungo nell'approccio sistemico la relazione terapeutica è stata poco presa in considerazione (Flaskas & Perlesz, 1996; Flaskas, 1997; Roy-Chowdhury, 2006; Sutherland, 2007), l'attenzione è stata, invece, concentrata sulla tecnica (Friedlander, Escudero & Heatherington, 2006). Inoltre in questo approccio la ricerca è stata a lungo trascurata per via della distanza tra ricercatori e clinici, per quest'ultimi infatti non è possibile fare previsioni a priori perché il comportamento del terapeuta è modificato in relazione ai feedback¹⁵ che riceve (Malagoli Togliatti & Lubrano Lavadera, 2006).

Rait (1995) sottolinea che, nell'approccio sistemico relazionale, tutti i clinici più famosi hanno rimarcato l'importanza della relazione terapeutica, ognuno proponendo il proprio punto di vista sulla posizione del terapeuta. Punti di vista diversi che, in parte, riflettono il passaggio epistemologico dal costruttivismo al costruzionismo sociale.

L'approccio pragmatico (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1971), circoscrive l'attenzione al comportamento interattivo nell'*hic et nunc*, cioè agli aspetti osservabili della comunicazione (Ugazio, 1985). L'interesse non è focalizzato sul contenuto della comunicazione ma sull'aspetto della relazione, escludendo dal campo di indagine la sfera emotiva e cognitiva. L'approccio pragmatico definisce i sistemi interattivi come due o più comunicanti impegnati nel processo di definire la natura della loro relazione. L'intervento psicoterapeutico consiste nel formare un sistema nuovo e allargato in cui, non solo è possibile guardare il vecchio sistema, ma è anche possibile che il terapeuta usi il potere del paradosso per cambiare le regole del sistema e ottenere un miglioramento (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1971, p.224).

Haley condivide con questo approccio sia l'attenzione ai patterns comportamentali della famiglia che l'interesse per gli interventi prescrittivi. Inoltre,

¹⁵ Per esempio nelle terapie di coppia, ma anche in alcune individuali, è difficile decidere prima di iniziare la terapia come l'esito dovrà essere valutato, "there are situations when separation or divorce, on reasonable terms, may be the most desirable outcome" (Horvath, Symond & Tapia, 2010, p.214) . È durante il processo terapeutico che il terapeuta comprende quale può essere l'esito migliore per le persone che ha davanti .

come sostiene Ugazio (1985), considerare - come nell'approccio pragmatico - l'osservatore esterno al sistema osservato porta alla posizione di poter controllare unilateralmente il sistema osservato. Haley sviluppa le sue teorizzazioni proprio in questo senso, descrive il rapporto tra famiglia e terapeuta come un problema riguardante il controllo della relazione. E' d'importanza fondamentale che il terapeuta affronti con successo il problema se è lui o il paziente a controllare il tipo di relazione che avranno, ed è proprio "la sua risoluzione la causa del cambiamento terapeutico" (Haley, 1963, p. 50). L'idea del potere e del controllo sono il tema dominante della teorizzazione di Haley, tanto che identifica la quantità di potere che una persona permette ad un'altra di avere su di lei come il problema centrale dell'esistenza umana. Il sintomo è considerato da Haley dal punto di vista comunicativo cioè come la rappresentazione di una incongruenza tra il livello del contenuto e il livello della meta comunicazione. La psicopatologia è una lotta per il potere e il vantaggio che il paziente trae dal comportamento sintomatico sta nell'ottenere il controllo sul ciò che deve accadere nella relazione con l'altro (Haley, 1963, p. 46). Haley descrive il terapeuta della famiglia come un meta regolatore che, attraverso tattiche terapeutiche, definisce la relazione e induce una modificazione nella lotta per il potere che blocca i membri della famiglia. Il terapeuta assume una posizione di controllo definendo le regole generali del gioco, e in questo contesto, affida alla famiglia la responsabilità di quello che accade in seduta; il paradosso terapeutico che impone è "Io ti influenzo ma il mutamento che ha luogo è spontaneo" (Haley, 1963, p. 230). Il terapeuta non controlla in modo diretto la relazione, che altrimenti risponderebbe con processi di autocorrezione, ma usa delle tattiche che hanno come denominatore comune l'imposizione di paradossi terapeutici. Proprio la posizione del terapeuta come meta regolatore gli permette di modificare la struttura del sistema (Haley, 1963). Infatti Haley, come Minuchin, sostiene che il trattamento terapeutico non deve essere indirizzato solo ai sintomi o al problema ma anche alla struttura familiare sottostante.

Sia i terapeuti della scuola di Milano (Selvini, Boscolo, Cecchin e Prata) che Minuchin si fanno accogliere nel sistema come membri a pieno diritto, formano un nuovo sistema terapeutico e definiscono la relazione famiglia-terapeuti come complementare: i terapeuti della scuola di Milano in modo indiretto mentre Minuchin

dichiara la sua leadership direttamente regolando il comportamento dei suoi membri. Minuchin, come Haley, è un terapeuta molto carismatico, attivo, direttivo e a tratti pedagogici (Israeltam, 1988).

I terapeuti della scuola di Milano attraverso la connotazione positiva mettono tutti i membri della famiglia sullo stesso piano, evitando sia connotazioni moralistiche sia demarcazioni fra gli uni e gli altri. Accedono al sistema mediante la conferma, connotata positivamente, della sua tendenza omeostatica. Minuchin, invece, grazie alle tecniche di accomodamento che gli permettono di associarsi alla famiglia, si pone come attore leader del sistema terapeutico. I terapeuti della scuola di Milano poi incoraggiano il cambiamento attraverso il paradosso: “come mai la coesione del gruppo richiede la presenza di un ‘paziente’?” (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1975, p.57) Evitano così di definirsi i promotori del cambiamento, definizione che potrebbe rendere loro ostile la famiglia che difende il suo gioco.

La terapia strutturale è, invece, una terapia d’azione, lo strumento che utilizza consiste nel modificare il presente, dando spazio a situazioni immediate che vengono affrontate in seduta. Minuchin si associa al sistema e poi usa sé stesso per trasformarlo cioè per riassetare o modificare il funzionamento interno della famiglia. Per i terapeuti strutturali le tecniche in terapia servono ad alterare il contesto delle persone perché è proprio cambiando il rapporto tra una persona e il suo contesto familiare che si cambia l’esperienza del soggetto, “i cambiamenti nella struttura familiare contribuiscono ai cambiamenti nel comportamento e nei processi psichici” (Minuchin, 1976, p.17). Minuchin si dichiara fautore del cambiamento promuovendo interventi che cambiano il presente, modificano le emozioni della famiglia nel corso della seduta e sostiene che i processi iniziati dal terapeuta sono poi mantenuti dai meccanismi di autoregolazione della famiglia. Le operazioni di ristrutturazione sono interventi terapeutici, in esse il terapeuta opera non solo come attore ma anche come regista. Si serve della sua posizione di guida per gettare sfide cui la famiglia deve accomodarsi.

Inizialmente (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1975) nel processo terapeutico elaborato dal gruppo di Milano si potevano individuare due momenti distinti: uno dedicato all’intervista e uno all’intervento finale. La prescrizione finale assumeva una particolare importanza perché era considerato il momento in cui poter

introdurre elementi volti al cambiamento. Assumeva, agli occhi della famiglia, grazie alla sua teatralità e al timing, un carattere criptico, quasi oracolare (Ugazio, 1984). Una metodica di questo tipo era adeguata al contesto per la quale è stata pensata: un centro famoso con terapeuti carismatici che si occupavano di patologie gravi come le schizofrenie (Ugazio, 1984). Allo stesso modo il modello strutturale di Minuchin è figlio del suo contesto¹⁶.

Nell'articolo *Ipotizzazione, circolarità, neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta* (1980) la centralità passa dalla prescrizione all'intervista. Il cambiamento viene introdotto già nell'intervista, questo significa che l'importanza dell'intervento finale viene ridimensionata (Ugazio, 1984). Inoltre la stessa divisione della seduta tra intervista e prescrizione diventa meno rigida. Una conseguenza è stata quella di rendere il modello di terapia familiare del gruppo di Milano più adeguata a contesti caratterizzati da terapeuti che godono di meno prestigio e che lavorano con patologie meno gravi (Ugazio, 1984). In questo storico articolo gli autori formulano i principi alla base della loro conduzione: "ipotizzazione", "circolarità" e "neutralità". L'ipotesi si caratterizza per essere utile, prescinde da ciò che è vero e falso, garantisce l'attività del terapeuta (che consiste nell'ormare i pattern relazionali) e introduce informazione, quindi entropia negativa. Mentre i terapeuti della scuola di Milano si fanno guidare dalle ipotesi per condurre la seduta e non essere "sommersi da un mucchio di chiacchiere sprovviste di valore informativo", Minuchin evidenzia i modelli transazionali, i confini e deduce la mappa della famiglia. La mappa familiare è uno strumento che aiuta il terapeuta a organizzare il materiale, a definire i suoi obiettivi e a formulare ipotesi riguardo a quali modelli sono funzionali e quali disfunzionali. La terapia strutturale, che ha il fine di mutare i modelli transazionali disfunzionali, presuppone una famiglia con una struttura gerarchica tra le generazioni e regole di comportamento definite, cioè una famiglia funzionante.

I terapeuti della scuola di Milano sostengono che il terapeuta debba mantenersi a un meta livello rispetto alla famiglia: né esprime giudizi né si schiera con qualcuno,

¹⁶ Durante i primi anni del suo lavoro Minuchin è entrato in contatto con bambini orfani immigrati e con giovani delinquenti. Da queste esperienze matura l'interesse per il lavoro con le famiglie, in modo particolare con quelle povere e socialmente svantaggiate, caratterizzate da disorganizzazione e ruoli indefiniti.

“nel procedimento globale della seduta la somma algebrica delle susseguenti alleanze avrà lo zero come risultato finale” (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1980, p.18). Minuchin sostiene che il terapeuta possa allearsi con un sottosistema della famiglia, è essenziale per stabilire un rapporto e conoscere la famiglia; proprio associandosi a un sottosistema escludendone altri, nel corso di sedute con tutta la famiglia, il terapeuta può assumere la funzione di creare confini. Non deve però stabilizzarsi in questa posizione altrimenti rischia la cristallizzazione dell’organizzazione disfunzionale.

Cecchin, per evitare che il concetto di neutralità venga frainteso, lo ridefinisce come la creazione di uno stato di curiosità nella mente del terapeuta. La curiosità porta all’esplorazione e all’invenzione di punti di vista e mosse diverse e, allo stesso tempo, esse alimentano la curiosità “In this recursive fashion, neutrality and curiosity contextualize one another in a commitment to evolving differences, with a concomitant nonattachment to any particular position” (Cecchin, 1987, p.405). Inoltre sottolinea come la responsabilità terapeutica inizia con il prendere in considerazione, da parte del terapeuta, qual è la sua posizione nel sistema, “invece di diventare maestro, moralista o esperto, diventa curioso (...) e rispettoso” (Cecchin, 2008, p.60). Nel contempo, quello che il terapeuta è in grado di vedere dipende dalla sua posizione nel sistema, perciò l’irriverenza non riguarda solamente il trascendere l’ortodossia teorica, ma significa anche interrogarsi sulla propria posizione (Cecchin, Lane & Ray, 1992).

Anderson e Goolishian (1988) credono che il terapeuta deva essere un architetto del dialogo, in grado di creare uno spazio per una conversazione dialogica e allo stesso tempo capace di facilitarla: “the therapist is a participant-observer and a participant-manager of the therapeutic conversation”(p.372). In quanto osservatore è un membro del sistema, in una posizione ugualitaria e non gerarchica, al pari degli altri. In quanto manager della conversazione¹⁷ non controlla l’intervista direzionando la conversazione, ma è responsabile della creazione dello spazio in cui avviene la conversazione e del cercare di mantenerla dialogica.

Nella terapia narrativa il terapeuta adotta la posizione di non esperto mentre il

¹⁷ Il punto di vista di Anderson e Goolishian (1988) è che la comunicazione e il discorso definiscono l’organizzazione sociale, e che la realtà è prodotta dal dialogo: “meaning and social systems are created in and through dialogue” (p.375).

paziente è considerato un vincitore coraggioso piuttosto che una vittima (Sutherland, 2007). Il terapeuta è un membro del sistema, che ha una posizione paritetica rispetto agli altri, anche la formulazione delle diagnosi va in questa direzione, il terapeuta infatti inventa delle 'etichette diagnostiche' momentanee che mirano alle regole organizzative del problema (Telfner, 1992). Il suo obiettivo è quello di garantire alle persone lo spazio per rivedere o riscrivere le loro storie (White, 1992).

A therapist's task is not to deconstruct, reproduce or reconstruct a client's story but to facilitate and participate in its telling and retelling. Narrative editing is a slippery slope. A narrative editor position requires the technical expertise to edit. This entails certain risks: it implies the assumption that a therapist has more credibility as a master of human stories than does a client. It assumes that a therapist can read a client like a text. It makes a therapist an archeological narrativist who believes there is a story, with an imagined significance, that needs to be uncovered and retold (Anderson, 1997, p.96).

In generale il costruzionismo sociale (Gergen, 1985; McNamee & Gergen, 1992), la cornice epistemologica che guida questo lavoro, considera il terapeuta e pazienti impegnati nella co-costruzione del significato, per decostruire una narrazione ormai satura e prenderne in considerazione di nuove, "social constructionist hold firmly to the idea that there are no incontrovertible social truths, only stories about the world that we tell ourselves and others" (Hoffman, 1992, p.19). La conversazione è il veicolo attraverso il quale il sé e il mondo vengono creati:

"Ciò che tuttavia 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

partners sociali. [...] Per i costruzionisti l'unità di osservazione non è il singolo individuo, ma, «le persone in conversazione»” (Ugazio, 1995, p. 259)

La terapia è un processo di reciproco influenzamento e trasformazione ma la posizione del paziente è comunque asimmetrica rispetto a quella del terapeuta:

Therapists have greater influence on therapy as a cultural practice – as they see it. Even if they could ‘democratize’ therapy they may remain experts to clients (...) Therapists share their power by presenting their contributions in discourse as contestable, and by incorporating clients’ meanings and preferences as a part of their developing interactions (Sutherland & Strong, 2011, p.258).

Storicamente, in particolare con la cibernetica di secondo ordine, è stata posta attenzione alla relazione terapeutica e alla posizione del terapeuta da parte dei clinici:

la possibilità per il terapeuta di assumere un punto di vista di osservazione che gli consenta di ricostruire l'auto-organizzazione che è all'origine del disagio, non è più garantita dalla sua capacità di rimanere distaccato dal sistema osservato, ma dalla sua abilità di porsi in una posizione riflessiva rispetto all'interazione fra sé stesso e il sistema osservato (individuo o famiglia) e alle premesse che attribuiscono significato a tale interazione (Ugazio, 1989, p. 39).

La sua azione terapeutica si esplica indirettamente attraverso la costruzione assieme al paziente, nel corso dell'esperienza terapeutica, di contesti interattivi in grado di perturbare le premesse che guidano il comportamento del paziente e quindi generare nuove strategie adattive (Ugazio, 1990, p.192).

Questa attenzione però è deducibile dal modo in cui i diversi terapeuti hanno costruito le loro tecniche¹⁸ e dagli effetti della pratica; nella letteratura, invece, è rimasto, per molti anni, un vuoto sulla relazione terapeutica:

However, despite the shift in the early 1980s from strategic and behavioral strategies of the earlier first-order models to the meaning interventions of the Milan ideas and the advent of the practices of the reflecting team, there continued to be very

¹⁸ Per esempio Ugazio e Ferrario (1991) propongono l'utilizzo delle esperienze falsificanti per sciogliere delle situazioni, nel processo terapeutico, che sono contemporaneamente un conflitto cognitivo e un'impasse nella relazione terapeutica.

little space given to the topics of emotion, or the self, or the therapeutic relationship (Flaskas & Perlesz, 1996, p.3).

L'assenza di ricerche sulla relazione terapeutica dipende quindi dalla mancanza di una teorizzazione sulla relazione terapeutica, passaggio che si è reso possibile, in parte, con il costruzionismo sociale (Flaskas & Perlesz, 1996; Flaskas, Mason & Perlesz, 2005).

Il costrutto dell'alleanza, che ha ricevuto tanto interesse nella psicoterapia individuale, ha riscosso minore attenzione nella terapia di coppia e familiare, per via della sua complessità (Bennun, 1989; Escudero, Heatherington & Friedlander 2010; Friedlander, Escudero & Heatherington e Diamond, 2011; Horvath, Symond & Tapia, 2010; Rait, 1995; Rivett & Street, 2009).

Pinsolf¹⁹ per primo ha coniugato il punto di vista sistemico allo studio dell'alleanza terapeutica con le coppie e le famiglie, sottolineando come bisogna prendere in considerazione, non solo le diverse alleanze tra i clienti e il terapeuta, ma anche l'alleanza tra il terapeuta e i clienti-in-quanto-coppia o famiglia. Sottolineando il principio sistemico che il tutto è di più della somma delle sue parti individuali (Horvath, Symond & Tapia, 2010). L'alleanza infatti può essere vista a più livelli: individuale, con tutto il sistema e con i sottosistemi. Il modello dell'*Integrative Psychotherapy Alliance* (IPA-revised²⁰, Pinsolf, Zinbarg & Knobloch-Fedders, 2008) rende conto di questa complessità prendendo in considerazione il sistema interpersonale e il contenuto. Quest'ultimo comprende tre dimensioni che derivano dalla definizione di Bordin (1979) di alleanza: compiti, obiettivi e legame. Il sistema interpersonale, invece, include quattro sottosistemi relazionali: "*Self-therapist*", cioè la percezione dell'alleanza tra il terapeuta e il cliente; "*Other-therapist*", cioè la percezione che ha il cliente dell'alleanza che c'è tra il partner o l'altri gli altri significativi e il terapeuta; "*Group-therapist*", cioè la percezione dell'alleanza tra il gruppo, cliente compreso, e il terapeuta; "*Within-therapist*", cioè la percezione dell'alleanza tra il cliente e le persone per lui importanti, terapeuta escluso (Pinsolf, Zinbarg & Knobloch-Fedders, 2008, p.282).

¹⁹ Pinsolf (1994) ha sviluppato un modello di terapia, Integrative Problem Centered Therapy (IPCT), in cui integra le psicoterapie individuali con quelle familiari.

²⁰ La revisione è del 1995 ed è consistita nell'aggiunta dell'ultima dimensione del sistema interpersonale.

Attualmente le ricerche non riguardano in modo specifico le terapie condotte con un approccio sistemico relazionale ma i trattamenti in cui il terapeuta si trova di fronte la coppia (Horvath, Symond & Tapia, 2010) o la famiglia. Per esempio nella meta-analisi di Friedlander, Escudero, Heatherington e Diamond (2011) dei ventiquattro trattamenti presi in considerazione: due non hanno un approccio definito, due sono terapie cognitivo-comportamentale, due terapie familiari funzionali, quattro sono terapie basate sulla famiglia, due sono orientate ai sistemi e agli ecosistemi, due sono terapie incentrate sulle emozioni, due sono terapie integrative centrate sul problema, quattro sono terapie familiari multidimensionali, due terapie strategiche brevi per la famiglia e due terapie psicoeducative. Gli strumenti per misurare l'alleanza o sono modificati per la coppia e la famiglia²¹ da quelli pensati per le psicoterapie individuali oppure anche gli strumenti ad hoc, come il modello dell'*Integrative Psychotherapy Alliance* (Pinsof, 1994; Pinsof, Zinbarg & Knobloch-Fedders, 2008) e il *System for Observing Family Therapy Alliance* (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006)²², si presentano come transteorici (Friedlander, Escudero, Heatherington, & Diamond, 2011).

Flaskas (1997) sottolinea come la relazione terapeutica sia centrale sia per il paziente che per il terapeuta lungo il processo terapeutico. In particolare si focalizza sul concetto di “engagement” cioè:

the process of forming and holding a good-enough therapeutic relationship so that the work of a particular therapy can occur. The engagement is ‘good enough’ in the sense of the therapist and family finding some ‘fit’ between them, and in the sense of a ‘fit’ developing between the demands of the therapeutic work and the attachment and intimacy of the therapeutic relationship (p. 270).

Inoltre famiglie diverse hanno bisogno di stili di *engagement* differenti e il tipo di qualità emotiva dell'*engagement* dipende dal tipo di lavoro che la famiglia fa in terapia; per esempio la qualità emotiva dell'*engagement* di una famiglia che si rivolge al terapeuta per problemi comportamentali del figlio sarà molto diversa da quella di una

²¹ Per esempio le Vanderbilt Scales (Hartley Strupp, 1983; Suh et al., 1986), sono state adattate per la coppia e la famiglia (Friedlander, Escudero & Heatherington e Diamond, 2011).

²² Il SOFTA prende in considerazione quattro variabili dell'alleanza: “engagement in the therapeutic process; emotional connection to the therapist; safety within the therapeutic system; shared sense of purpose within the family” (Friedland et al. 2006, p.216)

famiglia che ha assistito al suicidio del padre (Flaskas, 1997).

Recentemente Sutherland e Strong (2011) hanno posto l'accento sulla collaborazione terapeutica come una costruzione e coordinazione del significato congiunta e condivisa tra il terapeuta e i pazienti. In particolare la definiscono come “a two-way, dynamic endeavour and attended to speakers' responsive communications and on what was accomplished through them” (Sutherland & Strong 2011, p. 260), in modo da differenziarla²³ dal costrutto di alleanza che è staticamente misurabile.

Nonostante diano una definizione della collaborazione terapeutica che fa appello al significato, questi ricercatori non si sono occupati di analizzare gli specifici significati che costruiscono la relazione terapeutica. La teoria delle polarità semantiche di Ugazio (1998, 2012) può suggerire una risposta alla domanda di Norcross e Lambert (2011) “How does the relationship work for this disorder and this treatment?”(p.15) perché presenta un framework concettuale per comprendere lo scambio semantico tra paziente e terapeuta e offre strumenti che permettono di rilevare empiricamente le caratteristiche di tale scambio semantico.

²³ L'alleanza e la collaborazione, in letteratura, sono trattati come concetti intercambiabili. A volte l'alleanza viene definita come la qualità e la forza della relazione collaborativa che intercorre tra il terapeuta e il cliente (Horvath & Greenberg, 1994).

2. Polarità semantiche familiari

La teoria delle polarità semantiche (Ugazio, 1998, 2012) si fonda sull'ipotesi che ci sia una connessione tra significato e psicopatologia. In particolare condivide con Guidano e Liotti (Guidano, 1987, 1991; Guidano & Liotti, 1983), la tesi che alla base dei più frequenti disturbi psicopatologici ci siano significati diversi²⁴. Per Guidano, infatti, la psicopatologia è una “science of meaning” (1991, p.59) e le diverse organizzazioni di significato possono evolvere in modalità di funzionamento “normali”, “nevrotiche” e “psicotiche”.

Ugazio (1998, 2012) si distanzia però dalle ipotesi genetico-evolutive di Guidano e dall'idea che il significato personale sia un “vincolo epistemologico”, perché, a differenza dell'approccio costruttivista adotta un'ermeneutica triadica e un'epistemologia costruzionista. Per Guidano, infatti, una persona, dopo l'adolescenza non può né abbandonare la dimensione di significato che fonda la sua organizzazione personale né relativizzarla organizzando la propria esperienza attraverso altre dimensioni. Le organizzazioni di significato, che si sono strutturate sulla base di pattern di attaccamento diversi, sono quindi chiuse e modificabili solo in minima parte. Il passaggio da un livello di funzionamento normale ad uno nevrotico o psicotico non dipende perciò dagli aspetti semantici dei significati personali ma da quelli sintattici e dal loro grado di concretezza e astrazione.

L'epistemologia costruttivista postula l'idea che i significati sono costrutti mentali, attraverso i quali ogni persona costruisce attivamente la propria visione del mondo. Ogni persona perciò costruisce schemi e credenze che gli consentono di attribuire un significato agli eventi e di prevederli (Kelly, 1955). Neimeyer (2009) con una vignetta clinica illustra in che modo le persone in interazione possono attribuire ad un evento condiviso due significati molto diversi:

²⁴ In ambito cognitivista ci sono diversi autori che fanno e hanno fatto ricerca su questa tesi (e.g. Bara, 2005; Castiglioni Veronese, Pepe & Villegas, 2014; Feixas, Geldshlager e Neimeyer, 2002; Feixas, Pizzonia & Dada, 2010; Feixas & Villegas, 1991; Lorenzini & Sassaroli, 2000; Mannino, 2005; Neimeyer, Klein, Gurman, Greist, 1983; Neimeyer & Mahoney, 1995; Villegas, 2004)

After an intensive hour of my attempting to empathize with his pain following his partner's decision to leave him, and to respond constructively to his self-blame and hopelessness about the ending of the relationship, he paused and said in a hushed tone, <<You sound like my *best friend*>>. For a moment I felt touched and took heart, hoping I had at least constructed enough of a bridge between us that a follow-up face-to-face session would be helpful. Within a minute, however, I came to understand that for him this phrase meant, <<You sound just like my best friend, because you both talk in an emotionally controlled tone about anguishing events that are tearing me apart, and so I can't trust either of you to really understand or help!>>. Grasping this idiosyncratic meaning, I backed up and started again (pp. 8-9).

La visione costruzionista, invece, considera la conversazione come fondante la soggettività:

gli altri processi, quali le emozioni, le modalità di percezione, la memoria, i sistemi di credenze, gli scopi, sono secondari, cioè esito delle pratiche coordinate che organizzano la conversazione tra persone. Ciò non riduce l'importanza di questi processi ma li ancora alla conversazione (Ugazio, 1998, p.24).

Ciò significa che una persona costruisce la sua identità attraverso la conversazione all'interno dei gruppi di cui fa parte e che, di conseguenza, la sua esperienza non sia mai semanticamente chiusa. Per quanto in una famiglia, o in un altro contesto intersoggettivo, una semantica possa assumere una notevole centralità nella conversazione e un ruolo critico nel definire la posizione di ciascun membro, non esaurirà mai le possibilità conversazionali che un individuo ha a sua disposizione. Il cambiamento dipende proprio dalla capacità delle persone di essere in grado di interagire entro più universi di significato e di assumere, all'interno delle semantiche salienti, posizioni diverse. La psicopatologia, infatti, per Ugazio (1998, 2012) dipende dai reciproci *positioning*, assunti dal soggetto e dalle persone per lui significative, nella conversazione rispetto alla semantica critica.

Per Ugazio (1998, 2012) la conversazione in ogni famiglia, o in altri contesti intersoggettivi dotati di storia, è organizzata entro significati antagonisti, le *polarità semantiche familiari*, che costruiscono una trama condivisa di significati entro cui

ciascun membro della famiglia deve necessariamente prendere posizione nella conversazione. Alcune polarità sono organizzate attorno a uno specifico e coerente gruppo di polarità semantiche familiari, definite *semantiche familiari* (Ugazio, Negri, Fellin & Di Pasquale, 2009). Secondo questo modello è la struttura polare del significato, che caratterizza tutti i linguaggi, ad assicurare l'intersoggettività (Ugazio & Fellin, 2014). Ogni membro di una famiglia partecipa alla conversazione, si “con-pono” con gli altri, e organizza la realtà, in modo coerente rispetto alla posizione che occupa, ma, in modo diverso, a volte, anche conflittuale, comunque interpendente rispetto agli altri membri (Ugazio, 1998, p.26). Le polarità semantiche non sono rappresentazioni mentali ma un fenomeno discorsivo, tanto che sono assimilabili a tre proprietà della conversazione:

1. Ciascun membro della famiglia costruisce la conversazione all'interno di una struttura semantica di salienza condivisa, formata di regola da alcune polarità semantiche (...). 2. È impossibile non con-porsi con gli altri rispetto alla dimensione semantica che è saliente nel proprio contesto relazionale (...). 3. Ciascun partner conversazionale <<con-ponendosi>> rispetto alle dimensioni semantiche rilevanti nel proprio gruppo ancora la propria identità a quella degli altri membri del gruppo e garantisce così, sin dall'inizio, l'<<intersoggettività>> (Ugazio, 1998, p.45-47).

Una persona posizionata come generosa o indipendente, o in qualsiasi altro modo, si troverà nello stesso contesto conversazionale dove altre persone si descrivono o sono descritte come egoiste oppure indipendenti. Perfino la bellezza e la forza fisica aprono a posizioni polari opposte appena diventano i significati salienti attraverso i quali la conversazione si sviluppa. Le polarità infatti definiscono ciò che per quella famiglia o gruppo è semanticamente rilevante e indicano come la realtà venga costruita all'interno della conversazione. Ugazio e Fellin (2014) sottolineano come il sentirsi o l'essere considerati di bell'aspetto o forti richieda un certo impegno, ma anche l'essere brutti o deboli richiede uno sforzo, come per esempio la scelta di vestiti che sottolineano i difetti o l'evitare di fare qualche attività fisica piacevole. Sforzi che vengono fatti quando la bellezza e la forza sono salienti nei contesti conversazioni, quando questo avviene,

infatti, è impossibile per gli altri membri della famiglia non guardarsi allo specchio e scoprirsi brutti o deboli:

Genetic attributes can of course be so devastating as to impose new meanings. When someone is born a Venus or a Hercules, it is difficult for members of the family to ignore her beauty or his strength. As soon as beauty and strength come into the conversation, some other member of the family, looking into the mirror, will discover him/herself to be an ugly duckling, while others will realize they are sickly: Hercules will have to protect them (Ugazio & Fellin, 2014, p.3).

Il significato è perciò costruito nel dialogo fra persone che occupano posizioni diverse, le polarità semantiche, infatti, sono il nome di un intero range di posizioni diverse che concorrono a costruire la conversazione (Ugazio, Negri, Zanaboni & Fellin, 2007). In accordo con la *Positioning Theory* (Bamberg, 1997; Harré, Moghaddam, Pilkerton Cairnie, Rothbart & Sabat, 2009; Harré & Van Langenhove, 1999), secondo Ugazio (1998, 2012; Ugazio et al., 2007) le persone posizionano loro stesse e di conseguenza gli altri sulla base di quello che dicono e fanno, e contemporaneamente, sono posizionate in base a quello che gli altri dicono e fanno. Questa pratica è inevitabilmente connotata semanticamente: “le persone mentre si posizionano costruiscono qualche significato” (Ugazio et. al, 2007, p.143).

Le posizioni che l'io può assumere non sono infinite perché la storia delle precedenti *con-posizioni*, la famiglia e la cultura in cui un soggetto nasce delimitano le possibili posizioni entro cui *con-porsi*. Inoltre un bambino, per quanto bidirezionale dal punto di vista interattivo, si *con-pone* all'interno di una impalcatura semantica che gli adulti con cui è in conversazione gli forniscono. Le polarità semantiche non sono apprese come se fossero sistemi di credenze o schemi, bensì il bambino apprende un modo di *con-porsi* nei contesti semantici in cui è in conversazione, ancora prima di essere consapevole dell'ordine morale insito nella sua posizione. Ugazio (1998, 2012) precisa, infatti, che le polarità semantiche sono primariamente fenomeni emotivi, soprattutto quelle cruciali nei disturbi psicopatologici; ed esprimono un ordine morale, che è insito al contrasto semantico che dà vita alla polarità, “ciascuna polarità semantica è ciò che è anche in rapporto all'ordine morale che esprime” (Ugazio, 1998, p.90). A

volte le polarità semantiche più salienti non sono traducibili verbalmente ma si manifestano attraverso pattern conversazionali non verbali che hanno un contenuto emotivo intenso. Già Kelly (1955) aveva sottolineato come non ci sono significati puramente cognitivi, così come non esistono emozioni senza cognizioni. Nel suo modello teorico proprio i costrutti superordinati, cioè quelli più importanti per l'identità di una persona, sono per lo più pre-verbali, cioè riguardano le emozioni.

Questo non significa però che le persone sono confinate entro una sola dimensione semantica, infatti, secondo Ugazio (1998, 2012) il soggetto può apprendere nuovi giochi semantici grazie all'esperienza di episodi enigmatici. Quest'ultime sono situazioni in cui gli interlocutori danno vita ad emozioni che non consentono loro di *con-porsi* e che quindi implicano la messa in discussione del proprio *positioning* e conseguentemente della propria identità. Se le emozioni, generate dalla relazione, riescono a contestualizzare le emozioni divergenti allora i partner conversazionali superano l'episodio enigmatico e sperimentano nuove dimensioni semantiche; altrimenti, dopo diverse interazioni enigmatiche la relazione si rompe.

Ugazio (1998, 2012) avanza l'ipotesi che le persone con disturbi fobici, ossessivo-compulsivi, alimentari e depressivi crescano in famiglie dove la conversazione è dominata da una semantica precipua. Nei disturbi fobici, la semantica familiare prevalente è quella della *libertà*, in quelli ossessivi quella della *bontà*, nei disturbi alimentari quella del *potere*, nelle gravi depressioni quella dell'*appartenenza* (Ugazio, 1998, 2012). Lo sviluppo della psicopatologia però non dipende dalla semantica ma dalla particolare posizione che l'individuo assume entro la semantica critica. La posizione dei soggetti entro la loro semantica dominante assume i contorni di un circuito riflessivo bizzarro che coinvolge la relazione del sé e delle relazioni.

Cronen, Johnson e Lannamann²⁵, partendo dal postulato che la comunicazione non si limita a rappresentare la realtà ma la crea, sostengono che la riflessività è un processo comunicativo normale e dotato di una dimensione temporale, "reflexive loops exists whenever two elements in a hierarchy are so organized that each is simultaneously

²⁵ Gli autori prendono le mosse dalla Teoria del Doppio Legame di Bateson, Jackson, Haley e Weakland (1956), rivedendola alla luce della Coordinated Management Meaning Theory di Pearce e Cronen.

the context for and within the context of the other. (...) Some degree of reflexivity is common in hierararchical relationships” (Cronen, Johnson & Lannamann, 1982, p. 95).

Definiscono quindi due tipi di circuiti riflessivi: armonici e bizzarri. I primi sono fondamentali per il cambiamento, una mancanza di riflessività tra i diversi livelli di significato, infatti, comporterebbe una chiusura e rigidità eccessiva. I circuiti riflessivi bizzarri, invece, sono problematici e caratterizzati dalla intransitività tra due livelli di significato sociale quando: “either level of a meaning is fundamentally altered by any change in the other” (Cronen, Johnson & Lannamann, 1982, p.109).

Per Ugazio (1998, 2012) quindi l’esordio sintomatico dipende dall’impossibilità, data dall’intransitività tra il livello del se e della relazione, del soggetto di comporsi entro la semantica critica che domina la conversazione all’interno del proprio nucleo familiare. Il dilemma che accumuna tutte e quattro le organizzazioni di significato è che:

due esigenze imprescindibili per l’essere umano – disporre di relazioni soddisfacenti e mantenere un’autostima accettabile – diventano autoescludenti proprio rispetto ai significati centrali per il contesto conversazionale in cui il soggetto è parte (...) Il problema non è che alcune storie siano proibite mentre altre permesse ma che la stessa possibilità di comporsi entro una struttura narrativa gli è preclusa. (...) È la patologia a restituirgliela, naturalmente a caro prezzo (Ugazio, 2012, p.110-111).

2.1 La semantica della libertà

Due polarità distintive contraddistinguono la semantica della libertà: libertà-dipendenza, esplorazione-attaccamento, che esprimono un ordine morale in cui libertà ed esplorazione sono viste come valori positivi, mentre i legami di attaccamento, la compagnia dell'altro sono sentiti come negativi in quanto espressione del bisogno di protezione da un mondo considerato come pericoloso. Le persone, che vivono in contesti dove la semantica della libertà predomina, sentono le relazioni intime come forme di dipendenza; mentre l'affrontare le circostanze da soli aumenta la loro autostima perché essere liberi significa emanciparsi dalle relazioni. All'interno di questa semantica ci sono persone che si sentono o vengono definite come prudenti, caute, affidabili oppure come coraggiose, autonome e audaci; la conversazione in queste famiglie è centrata su temi di dipendenza e indipendenza (Ugazio, 1998, 2012; Ugazio et al., 2007; Ugazio, Negri, Fellin & Di Pasquale, 2009).

I soggetti con organizzazione fobica sentono il bisogno di attaccamento e quello di esplorazione come inconciliabili, il loro dilemma è *“esplorare liberante trovandosi soli, in balia dei pericoli che non si è in grado di affrontare, oppure essere soffocati dalla protezione rassicurante della famiglia o di altre nicchie protettive”* (Ugazio, 2012, p.122).

Le emozioni fondamentali in questa semantica sono paura e coraggio, smarrimento e costrizione. Il mondo è considerato come fonte di pericoli, ma anche le emozioni, se prorompenti, possono essere considerate come minacciose. Il rischio perciò non riguarda solo l'esplorazione del mondo esterno ma anche dei propri sentimenti. L'esplorazione può disorientare e far cercare la vicinanza degli altri, perciò chi si posiziona nel polo della libertà viene considerato come coraggioso. I legami sono contemporaneamente fonte di protezione e di limitazione. Avvicinarsi/allontanarsi è il movimento relazionale caratteristico di questa semantica perché avvicinarsi crea sensazioni di costrizione ma allontanarsi può generare smarrimento (Ugazio, 2012; Ugazio et al., 2009).

2.2 La semantica della bontà

La due polarità fondanti della semantica della bontà sono: bene-male, morto-vivo. La bontà è costruita sulla base dell'astinenza, buono è chi rinuncia ai propri desideri, obiettivi, successi e si sacrifica; mentre il perseguire il proprio piacere e il proprio soddisfacimento è identificato con il male perché la loro espressione avviene in modi violenti o perversi. Le persone, che vivono in contesti dove la semantica della bontà predomina, si sentono, e sono considerati buoni, puri o, al contrario, cattivi e immorali. C'è chi è orgoglioso della propria spiritualità e superiorità morale e chi, invece, è appagato dalla soddisfazione dei propri impulsi. In queste nuclei la conversazione verte su episodi di particolare malvagità, egoismo, avidità ma anche di innocenza, sacrificio altruismo. Infatti, in queste famiglie c'è chi ha dato prova di abnegazione e chi si è guadagnato l'epiteto di persona spregevole o malvagia perché ha espresso gli impulsi in maniera particolarmente egoista. (Ugazio, 1998, 2012; Ugazio et al., 2009).

I soggetti con organizzazione ossessiva oscillano tra un'immagine di "sé buona" ma sacrificale e una "cattiva" che è vitale ma che porta alla reiezione. Il dilemma sperimentato implica che *"esprimere la propria sessualità e aggressività, ricercare la propria affermazione personale, coinvolgersi in relazioni appaganti, significa quindi essere cattivi e indegni di amore; mentre essere amabili, degni di amore, richiede l'annullamento, il sacrificio di sé"* (Ugazio, 2012, p.170). Il soggetto, che sviluppa la sintomatologia, non riesce a collocarsi in modo stabile nel polo della bontà perché farlo significa rinunciare alla vita e provare sentimenti di mortificazione e avvilitamento. Dall'altra parte, collocarsi nel polo del male significa vivere con la paura di essere rifiutati e l'angoscia di venire puniti in quanto malvagi.

Le emozioni fondamentali sono innocenza e colpa, disgusto e godimento. Poiché la sessualità e l'affermazione personale sono collegate con la violenza e la sopraffazione la loro espressione produce colpa e disgusto, mentre la rinuncia e il sacrificio generano purezza e innocenza. Astenersi/infettarsi e sacrificarsi/approfitte sono i movimenti caratteristici di questa semantica, il primo ha una connotazione sessuale mentre il secondo prescinde da questa dimensione (Ugazio, 2012; Ugazio et al., 2009).

2.3 La semantica del potere

Le polarità vincente-perdente, volitivo-arrendevole sono quelle distintive della semantica del potere. La seconda è subordinata alla prima perché si è vincenti proprio in quanto volitivi, determinati, mentre si è perdenti in quanto si è incapaci di imporsi. L'essere vincente o perdente è sempre l'esito di un confronto perché questa polarità è puramente relazionale: l'altra persona e le sue valutazioni sono percepite, in ogni momento e in ogni circostanza, come centrali per la definizione del proprio sé. Di conseguenza il giudizio degli altri, i criteri di riuscita sociale e la lotta per la definizione della relazione diventano l'argomento centrale della conversazione. I conflitti competitivi, sia nel contesto familiare che negli altri contesti conversazionali, sono la regola proprio perché i significati vengono definiti attraverso il confronto. L'oggetto del conflitto è irrilevante perché ciò che è fondamentale è chi riesce ad avere la supremazia. Chi è collocato nel polo perdente non accetta la propria resa e chi è nel polo vincente deve continuamente lavorare per mantenere la sua posizione di superiorità. (Ugazio, 1998, 2012; Ugazio et al., 2007, 2009).

Il dilemma dei soggetti con organizzazioni tipiche dei disturbi alimentari si verifica quando i movimenti relazionali di "adeguarsi" e "opporsi" diventano inconciliabili con una percezione definita di sé:

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).

Le emozioni fondamentali di vanto/vergogna, efficacia personale/inettitudine sono strettamente connesse al *positioning*. I vincenti sperimentano fiducia in sé stessi, vanto in quanto la loro superiorità è riconosciuta dai partner conversazionali, mentre la vergogna, l'imbarazzo e l'impotenza sono emozioni sperimentate da chi si colloca tra i perdenti. Il movimento relazionale più caratteristico di questa semantica è adeguarsi/opporsi. Adeguarsi è funzionale a mantenere una posizione di superiorità

mentre i perdenti si oppongono per delegittimare i vincenti (Ugazio, 2012; Ugazio et al., 2009).

2.4 La semantica dell'appartenenza

La semantica dell'appartenenza è caratterizzata da due polarità principali: inclusione–esclusione, onore–onta. L'essere inclusi nella famiglia, nella parentela, nella comunità o, al contrario, l'essere esclusi dal gruppo, emarginati è la questione centrale in questa semantica. Chi è escluso vive la propria posizione come un'onta, un danno irreparabile che lede la dignità e che incrina il senso della propria amabilità. L'inclusione viene vissuta come un onore di cui si può essere più o meno degni, ma può anche essere rifiutata, proprio in nome della dignità, nel caso in cui l'inclusione significhi un'onta peggiore della stessa reiezione. L'onore, infatti, è un valore altrettanto fondamentale quanto l'appartenenza. In queste famiglie ci sono persone che hanno ottenuto la gloria, sono onorate, al centro dell'attenzione, e altre reiete, scartate, abbandonate in manicomi, o segregate in altre istituzioni. C'è chi è colmato di beni senza aver fatto niente e chi è emarginato, dimenticato, defraudato (Ugazio, 2012; Ugazio et al., 2007, 2009).

Il dilemma che sperimentano le persone con un'organizzazione depressiva riguarda l'inconciliabilità tra l'essere amati, inclusi, appartenere e preservare la propria dignità: *“appartenere equivale a essere indegni di rispetto e stima, ma essere esclusi, soli, significa rinunciare allo statuto di esseri umani.”* (Ugazio, 2012, p. 273).

Le emozioni fondamentali che caratterizzano questa semantica sono gioia/disperazione, gratitudine/rabbia. Chi è accettato, per lo meno all'inizio, prova gioia e gratitudine, chi, invece, è escluso o abbandonato sente rabbia e disperazione. La rabbia rende il soggetto più reattivo, in alcuni casi il rancore verso una persona va perfino oltre la sua morte, al contrario della disperazione che lo lascia completamente scarico. Il movimento relazionale che contraddistingue la semantica dell'appartenenza è includere/escludere. Sono, infatti, frequenti le rotture delle relazioni, che in alcuni casi possono essere ricomposte, mentre in altri sono definitive (Ugazio et al. 2009).

3. Ricerca

La semantica e l'analisi dei processi attraverso i quali ciascun partner contribuisce alla costruzione del significato nella famiglia è il cuore del modello delle polarità semantiche di Ugazio (1998, 2012). Secondo questo modello le persone con disturbi fobici, ossessivo - compulsivi, alimentari e depressivi crescono in famiglie dove la conversazione è dominata da una semantica precipua. Nei disturbi fobici, la semantica familiare prevalente è quella della *libertà*, in quelli ossessivi quella della *bontà*, nei disturbi alimentari quella del *potere*, nelle gravi depressioni quella dell'*appartenenza* (Ugazio, 1998, 2012). Recentemente Ugazio, Negri e Fellin (2011) hanno dimostrato che nella conversazione psicoterapeutica, a livello di *storia narrata*, prevalgono i significati riconducibili alla semantica critica delineata per ogni psicopatologia.

La prevalenza di una semantica nella conversazione familiare non predispone di per sé allo sviluppo di una psicopatologia, che, invece, può essere favorita dal *positioning* reciproco assunto dai diversi membri della famiglia all'interno di essa (Ugazio, 1998, 2012). Per esempio la conversazione di una famiglia può essere caratterizzata dalla semantica della bontà, perciò i membri della famiglia potrebbero utilizzare narrative e modalità di comportamento simili a quelli di un paziente con un disturbo ossessivo - compulsivo, senza però mai che alcuno di loro sviluppi la psicopatologia. Secondo il modello delle polarità semantiche (Ugazio, 1998, 2012) è il *positioning* e non la semantica a giocare un ruolo chiave nell'esordio della psicopatologia.

La semantica ha, invece, un ruolo fondamentale nella costruzione della relazione terapeutica. Ugazio (2012) sostiene, infatti, che la variabile che modella la relazione terapeutica non sia tanto la psicopatologia ma la semantica dominante nei contesti conversazionali del paziente:

Non avremo di conseguenza un unico modo di costruire la relazione terapeutica ma tanti modi diversi quante sono le semantiche. La semantica della libertà, della bontà, del potere e dell'appartenenza costruiscono la relazione terapeutica in modo peculiare.

L'alleanza terapeutica, le fratture che in essa si creano, I circuiti disfunzionali risultano tanto diversi quanto sono le semantiche prevalenti (Ugazio, 2012, p.304).

L'ipotesi avanzata da Ugazio (1998, 2012) è che i diversi significati caratterizzano in modo peculiare i movimenti relazionali e i *positioning* fra paziente e terapeuta nelle quattro semantiche individuate, ed è proprio questo che la presente ricerca si propone di verificare. Il paziente, quando prevale la semantica della libertà, oscilla tra affidarsi e chiudersi; la relazione terapeutica è caratterizzata da movimenti relazionali quali incoraggiare/limitare e spaventare/calmare. Nel caso della semantica della bontà il paziente oscilla tra rispettare le regole e approfittare; nella relazione terapeutica prevalgono movimenti relazionali quali giudicare/corrompere e resistere/sfogarsi. Il paziente, quando prevale la semantica del potere, oscilla tra adeguarsi/opporsi; la relazione terapeutica è caratterizzata da movimenti relazionali quali tenere testa/arretrare e allearsi/competere. Nel caso della semantica dell'appartenenza il paziente oscilla tra condividere e rivendicare la propria unicità; nella relazione terapeutica prevalgono movimenti relazionali quali rispettare/denigrare e entusiasinarsi/distruggere.

La semantica della libertà: tra affidarsi e chiudersi

Nel caso della semantica della libertà, il paziente tende a chiedere una psicoterapia quando è in una posizione dipendente e ha bisogno di affidarsi a un terapeuta rassicurante, ma allo stesso tempo libero e indipendente. La speranza è che un terapeuta libero e indipendente sia capace di aiutarlo ad emanciparsi dai legami di dipendenza. Il terapeuta finisce quindi “nella posizione di chi, ad esempio, stimola il paziente a emanciparsi da legami soffocanti o a superare limiti angusti” (Ugazio, 2012, p. 304), ma proprio per questo solleciterà la paura del paziente che teme di rimanere da solo in balia di un mondo pericoloso. “Lo spettro delle dipendenza dal terapeuta, la paura di essere influenzato, la preoccupazione di essere stimolato ad avventurarsi in un mondo in cui potrà trovarsi alla sbaraglio, rendono soprattutto la terapia individuale un'esperienza temibile e affascinante” (Ugazio, 2012, p. 304). La terapia oscilla tra l'essere una “base sicura” e una “pedana di lancio”(Ugazio & Castelli, in press). È base sicura da cui prendere le mosse per esplorare il mondo ed affrontarne i pericoli con la

supervisione di un tutore prudente e a cui ritornare quando la l'esplorazione diventa troppo rischiosa. Ma è anche una "pedana di lancio" dalla quale il paziente può essere stimolato da un terapeuta, che è guida spericolata, a gettarsi, con il rischio di precipitare, in situazioni per le quali non è attrezzato.

La semantica della bontà: tra rispettare le regole e approfittare

Quando prevale la semantica della bontà il paziente oscilla tra vedere la terapia come fonte di liberazione dalla colpa e dai dilemmi morali che lo lacerano e l'angoscia che la terapia lo corrompa. La psicoterapia è socialmente percepita come esperienza che tende a favorire la libera espressione della sessualità e delle emozioni. Il terapeuta, se non propriamente immorale, è di conseguenza sospettato di essere permissivo. Sono tuttavia persone guidate dalla passione più che dal guadagno a scegliere la professione di psicoterapeuta, implicitamente con un'alta moralità, quindi l'esperienza terapeutica potrebbe mettere il paziente di fronte ad un giudice capace di liberarlo da pesi insopportabili e di sviluppare le sue parti 'buone'.

In base a come il paziente interpreta l'esperienza della terapia può posizionare lo psicoterapeuta nel polo vitale, ma anche proibito, di questa semantica. Oppure può diventare un complice dei desideri proibiti del paziente, ma anche un giudice. Il movimento relazionale più caratteristico è rispettare le regole/approffittare. Il paziente, ma anche il terapeuta possono rispettare scrupolosamente le regole del setting, così come esigere un rispetto altrettanto scrupoloso da parte dell'interlocutore, altrimenti il paziente può esigere trattamenti di favore che il terapeuta potrà o meno concedergli (Ugazio & Castelli, in press).

La semantica del potere: tra adeguarsi e opporsi

Il terapeuta si trova nella posizione di antagonista o alleato quando prevale la semantica del potere. Il paziente chiede di regola la terapia perché ha perso o teme di aver perso potere e si sente, perdente, almeno in parte. Nonostante spera, attraverso l'esperienza terapeutica, di riacquistare o di trovare un *positioning* vincente, è messo in difficoltà dall'asimmetria della relazione terapeutica. La relazione terapeutica "è conseguentemente sentita come umiliante" (Ugazio, 2012, p.309). Sentendosi umiliato, il paziente considera il terapeuta come un antagonista e teme che le regole del setting

sanciscano la sua inferiorità. La semantica del potere apre al terapeuta anche la posizione di alleato, “sfortunatamente si tratta di un’alleanza molto diversa da quella che ricerca il terapeuta perché è un’alleanza contro qualcun altro” (Ugazio, 2012, p.313). Difficilmente chi è in posizione vincente, o cerca di esserlo, si rivolge a un terapeuta ‘perdente’, o presunto tale; la scelta dello psicoterapeuta ricade solitamente su un professionista affermato. Chi è invece collocato in una posizione cronicamente perdente o chi si sente momentaneamente troppo in scacco per accettare la sfida di un confronto con uno psicoterapeuta considerato ‘vincente’, potrà scegliere uno psicoterapeuta che presenta delle caratteristiche da ‘perdente’. Adeguarsi/opporsi è la modalità di *con-porsi* con gli altri più caratteristica di questa semantica. Adeguarsi diventa entro questa relazione sottomettersi al setting e alle sue regole, ma anche mettersi in discussione; mentre opporsi diventa rifiutare il setting e le sue regole e imporre il proprio punto di vista (Ugazio & Castelli, in press).

La semantica dell’appartenenza: tra condividere e rivendicare la propria unicità

Nel caso della semantica dell’appartenenza, il paziente chiederebbe la terapia quando si sente escluso, anche se spesso è lui ad autoescludersi dai contesti in cui vive. La terapia, a volte, inizia dopo la rottura dolorosa di un legame, attraverso la quale il paziente sente di aver salvato la sua onorabilità, al prezzo della disperazione e della depressione. Anche la paura di non riuscire più a contenere l’aggressività verso una persona per lui importante sarebbe un altro motivo per cui inizia una terapia. Molto più spesso i motivi sono poco chiari ma il paziente si rivolge al terapeuta perché non riesce più a controllare la rabbia oppure perché caduto nella depressione. Il paziente si propone attraverso una psicoterapia perlomeno di salvare la propria onorabilità perché considera irraggiungibile recuperare un’inclusione, per quanto desiderata. La scelta del terapeuta solitamente è quella di una persona considerata onorata e inclusa nel proprio mondo professionale e familiare. La terapia oscilla fra l’essere un’oasi felice di condivisione e uno spazio illusorio, in cui speranze, destinate ad essere deluse, vengono crudelmente sollecitate (Ugazio & Castelli, in press).

Il terapeuta diventa, specialmente nelle prime fasi della terapia ‘il compagno ideale’, l’unico in grado di capire, ma può velocemente precipitare nella posizione dell’impostore. Il movimento relazionale più caratteristico nella relazione terapeutica è:

condividere/rivendicare la propria unicità. Il paziente, non solo può condividere con il terapeuta pensieri, emozioni, modi di sentire, ma può addirittura eleggerlo a suo interlocutore privilegiato, anzi unico, costruendo una sorta di 'noi'. Tanto velocemente viene costruito il 'noi' quanto può essere distrutto. Il terapeuta è destituito da interlocutore privilegiato, sotterraneamente viene accusato di essere un truffatore perché lo ha illuso. Rompere la relazione terapeutica appartiene alle storie permesse di chi costruisce la relazione con il terapeuta entro questa semantica. (Ugazio & Castelli, in press).

3.1 Obiettivo e ipotesi

Scopo di questa ricerca è individuare i significati attraverso cui paziente e terapeuta modellano la loro relazione. In particolare la ricerca intende verificare l'ipotesi di Ugazio (2012) che la relazione terapeutica cambi in rapporto ai significati con i quali il paziente interpreta la propria storia e la stessa esperienza terapeutica, significati appresi all'interno della propria famiglia e degli altri contesti significativi.

L'obiettivo della ricerca è quindi analizzare se le semantiche della libertà, bontà, potere e appartenenza connotino la relazione terapeutica rispettivamente con i pazienti con disturbi fobici, ossessivo - compulsivi, alimentari e depressivi.

Le ipotesi specifiche che questa ricerca vuole verificare sono le seguenti:

1. che ciascuna delle quattro semantiche connoti i *positioning* interattivi assunti dai pazienti, dei quali sono considerate caratteristiche, in modo significativamente maggiore rispetto alle altre semantiche considerate. Ci si aspetta, quindi, che i *positioning* interattivi dei pazienti con disturbi fobici siano connotati, in modo significativamente maggiore, dalla semantica della libertà; che i *positioning* interattivi dei pazienti con disturbi ossessivi - compulsivi siano connotati, in modo significativamente maggiore, dalla semantica della bontà; che i *positioning* interattivi dei pazienti con disturbi alimentari siano connotati, in modo significativamente maggiore, dalla semantica del potere; ed infine che i

positioning interattivi dei pazienti con disturbi depressivi siano connotati, in modo significativamente maggiore, dalla semantica dell'appartenenza.

2. Ci si aspetta che i pazienti con disturbi fobici adottino *positioning* interattivi riconducibili alla semantica della libertà in modo significativamente maggiore rispetto alle persone del gruppo di controllo; che i pazienti con disturbi ossessivo - compulsivi adottino *positioning* interattivi riconducibili alla semantica della bontà in modo significativamente maggiore rispetto alle persone del gruppo di controllo; che i pazienti con disturbi alimentari adottino *positioning* interattivi riconducibili alla semantica del potere in modo significativamente maggiore rispetto alle persone del gruppo di controllo; e infine che i pazienti con disturbi depressivi adottino *positioning* interattivi riconducibili alla semantica dell'appartenenza in modo significativamente maggiore rispetto alle persone del gruppo di controllo.
3. Inoltre ci si attende che il terapeuta, nell'interazione con i diversi pazienti, assuma movimenti relazionali riconducibili alla loro semantica critica, in modo significativamente maggiore rispetto ai movimenti relazionali riconducibili ad altre semantiche;
4. e che lo faccia in modo significativamente maggiore rispetto al gruppo di controllo.

3.2 Metodo

3.2.1 Partecipanti

Il campione della ricerca è costituito da 60 pazienti ($M = 36.38$, $DS = 10.18$) che hanno richiesto una psicoterapia individuale, con approccio sistemico relazionale, presso l'*European Institute of Systemic-relational Therapies*. I casi sono stati selezionati da un archivio di 540 psicoterapie, tutte videoregistrate e condotte dalla

stessa terapeuta²⁶ dal 1990 al 2013. I partecipanti sono stati divisi in cinque gruppi²⁷ in base alla diagnosi formulata (DSM V, 2013):

- a. 12 (6M, 6F) pazienti ($M = 35$, $DS = 13.23$) con un disturbo di tipo fobico (*panic disorder*, 300.01; *agoraphobia*, 300.22; *generalized anxiety disorder*, 300.02);
- b. 12 (6M, 6F) pazienti ($M = 37.58$, $DS = 8.36$) con un disturbo di tipo ossessivo-compulsivo (*obsessive-compulsive disorder*, 300.3; *unspecified obsessive-compulsive and related disorder*, 300.3);
- c. 12 (3M, 9F) pazienti ($M = 35.33$, $DS = 9.81$) con un disturbo alimentare (*anorexia nervosa*, 307.1, *bulimia nervosa*, 307.51; *binge-eating disorder*, 307.51; *unspecified feeding or eating disorder*, 307.50);
- d. 12 (4M, 8F) pazienti ($M = 35.91$, $DS = 6.93$) con un disturbo depressivo (*major depressive disorder: single mild episode*, 296.21; *single moderate episode*, 296.22; *single severe episode*, 296.23; *recurrent mild episodes* 296.31; *recurrent moderate episodes* 296.32; *recurrent severe episodes*, 296.33. *Unspecified depressive disorder*, 311);
- e. 12 (6M, 6F) persone ($M = 38$, $DS = 12.58$) che non presentano una sintomatologia conclamata ma che si sono rivolti al terapeuta per problemi esistenziali o relazionali (*relationship distress with spouse or intimate partner*, V61.10; *other problem related to employment*, V62.29; *phase of life problem*, V62.89; *academic o educational problem*, V62.3; *acculturation difficulty*, V62.4; *sex counseling*, V65.49).

3.2.2 Procedura di codifica

La codifica dei colloqui si è articolata in tre momenti: una prima fase dedicata alla comprensione del contesto conversazionale, una seconda in cui sono individuati i *positioning* interattivi all'interno delle sedute di consultazione ed infine l'applicazione

²⁶ La terapeuta è la Prof.ssa Valeria Ugazio, direttrice scientifica dell'European Institute of Systemic-relational Therapies di Milano, che ringrazio infinitamente per aver ideato questa ricerca e averla supervisionata.

²⁷ Il livello scolastico del campione è medio-alto: 28 diplomati e 33 laureati (nel primo e nell'ultimo gruppo ci sono sei laureati e sei diplomati, negli altri tre ci sono sette laureati e cinque diplomati per gruppo).

della *Semantic Grid of Dyadic Therapeutic Relationship* (Ugazio & Castelli, in press) per codificare i *positioning* emersi.

La prima fase consiste nell'osservazione delle prime due sedute di consultazione ($N = 120$) dei 60²⁸ pazienti selezionati. La scelta di codificare le sedute di consultazione dipende dal fatto che si ipotizza che i pazienti in questa fase adottino maggiormente i movimenti relazionali specifici della loro semantica critica; dal punto di vista dei significati narrati, la ricerca di Ugazio, Negri & Fellin (2011) lo ha già dimostrato. Per quanto riguarda il terapeuta è probabile che, durante la consultazione, i suoi movimenti relazionali siano riconducibili alla semantica critica del paziente che ha di fronte, perché si *con-pone* inevitabilmente con l'universo semantico del suo interlocutore.

Inoltre sono state prese in considerazione anche tutte le comunicazioni (schede telefoniche, e-mail, lettere, messaggi) avvenute tra il paziente e il terapeuta sia prima della seduta che durante il lasso di tempo trascorso tra il primo e il secondo incontro. Come suggeriscono Ugazio & Castelli (in press) il primo contatto tra paziente e terapeuta ha una importanza particolare per comprendere i *positioning* che spesso caratterizzeranno i primi colloqui. Infatti sono stati presi in considerazione tutti i contatti avvenuti per via scritta con il paziente (per esempio uno scambio di e-mail) oppure le schede telefonica annotate accuratamente dal terapeuta durante il primo contatto con il paziente.

Durante la seconda fase sono state selezionate e trascritte le sequenze in cui compaiono i *positioning* interattivi, aggiungendo al verbatim tutti gli indicatori non verbali (contatto corporeo, orientamento nello spazio, postura, gesti) e paraverbali (tono, volume, pause, timbro). Inoltre è stata fatta un'analisi semantica della sequenza selezionata, fondamentale per comprendere il successivo processo inferenziale di attribuzione di significati ai *positioning* interattivi. Inoltre è stato annotato anche il tempo dell'interazione per poter rivedere la sequenza selezionata e valutare la durata del movimento relazionale.

Infine sono stati codificati i *positioning*, scegliendo tra tutti i movimenti relazionali presenti nella SG-DTR quello più adattato alla sequenza osservata.

²⁸ Ringrazio Daniele Castelli e Marisa Pandolfi per aver codificato buona parte delle sedute.

3.2.3 *Family Semantics Grid (FSG)*

Il concetto di *polarità semantiche familiari* elaborato da Ugazio (1998, 2012) è stato operazionalizzato in tre tipi di polarità diverse (Ugazio et al., 2007, 2009): le “le polarità semantiche narrate”, le “polarità semantiche narranti” e le “polarità semantiche interattive”. Le prime riguardano il contenuto della conversazione, mentre le altre due hanno a che fare con quello che viene agito. Queste tre tipi di polarità esprimono i significati evincibili da altrettanti *positioning* simili a quelli che Lucius-Hoene and Deppermann (2004) considerano rilevanti nelle interviste biografiche. Le “polarità semantiche narrate” sono le opposizioni semantiche evincibili dai *positioning* raccontati. Le “polarità semantiche narranti” sono evinte dall’atto di narrare, riguardano il modo con cui paziente e terapeuta raccontano quello che stanno raccontando, che può essere coerente con ciò che viene raccontato o scostarsi, anche completamente dalla storia raccontata. Per esempio un paziente può descriversi come una persona calma e rilassata mentre suda e si contorce le mani per la tensione. Le “polarità semantiche interattive” esprimono i significati evinti dai *positioning* interattivi, riguardano il modo in cui il paziente e il terapeuta si posizionano durante l’interazione. Il paziente, infatti, durante le sedute può posizionare il terapeuta come un complice, un alleato per vincere una battaglia, una guida, un impostore o altro ancora. (Ugazio & Castelli, in press).

La Family Semantic Grid (FSG) (Ugazio et al., 2007; 2009, 2011, in press) operazionalizza le semantiche della libertà, bontà, potere e appartenenza come un insieme comprendente due polarità semantiche centrali, che si fondano su una opposizione emotiva, e una serie di opposizioni polari ad esse legate. Le semantiche familiari sono un insieme coerente di polarità predominanti in un determinato contesto conversazionale in cui le persone condividono una storia. Sono definite famigliari perché la famiglia è il contesto conversazionale più coinvolgente per la maggior parte delle persone.

Nella FSG i diversi *positioning* tra paziente e terapeuta sono rilevabili attraverso quattro aree semantiche: valori, cioè i significati che indicano qualità morali positive o negative; definizioni di sé/altri/relazioni, ovvero i significati che descrivono o caratterizzano le persone e le relazioni; movimenti relazionali, cioè i significati

riconducibili a comportamenti o azioni che esprimono esplicitamente un *positioning* o una definizione di se stessi nei confronti degli altri; emozioni e sensazioni ovvero i significati che descrivono esperienze emotivo o percezioni fisiche che hanno implicazioni sull'identità (Ugazio et al., 2007). Queste aree identificano le principali realtà sociali create nella conversazione (Cronen et al., 1982; Harrè, 1986; Harrè & Van Langenhove, 1999; Pearce & Cronen, 1980) e, secondo Ugazio (1998), in particolare, le polarità semantiche si manifestano attraverso pattern conversazionali, non verbali, con un elevato contenuto emotivo .

La FSG (Ugazio et al., 2007; 2009, 2011, in press) permette l'individuazione e la classificazione dei significati verbali dei trascritti delle sedute di psicoterapia, e di altri testi, come ad esempio quelli letterari (Guarnieri, 2011). Le semantiche familiari di una persona, infatti, tendono a caratterizzare e a organizzare le sue conversazioni, compresa quella psicoterapeutica. Grazie alla sua applicazione è stato confermato il legame fra semantica e psicopatologia ipotizzato da Ugazio (Ugazio, Negri & Fellin, 2011, in press). Da queste ricerche è, inoltre, emerso che l'analisi semantica sembrerebbe bastare per collocare i pazienti nel gruppo diagnostico a loro corrispondente (Ugazio, Negri & Fellin, 2011, in press). La FSG permette di codificare e classificare le “polarità semantiche narrate”, cioè le opposizioni semantiche evincibili dai *positioning* raccontati dai due interlocutori. Le polarità semantiche narrate riguardano il contenuto di quello detto viene detto, ‘la storia raccontata’, sono le opposizioni semantiche lungo le quali i clienti e il terapeuta si posizionano (Ugazio, Negri & Fellin, 2011, in press). È tutt'ora in corso una revisione della FSG per applicarla a trascritti di terapie di coppia e familiari.

La Semantic Grid of the Therapeutic Relationship (SG-DTR) (Ugazio & Castelli, in press) riguarda i significati costruiti dalla *storia vissuta* fra paziente e terapeuta. Suo scopo è individuare e classificare le “polarità semantiche interattive” fra paziente e terapeuta, cioè le modalità interattive attraverso cui il cliente posiziona sé stesso rispetto al terapeuta e viceversa (Ugazio et al., 2007). Le polarità semantiche interattive sono fenomeni discorsivi di tipo performativo, la loro rilevazione è più inferenziale di quella delle polarità semantiche narrate, ma sono più fedeli al concetto di polarità come

fenomeno conversazionale alimentato dalle emozioni e costruito interattivamente con l'interlocutore (1998, 2012).

3.2.4 *The Semantics Grid of Diadic Therapeutic Relationship (SG-DTR)*

La SG-DTR (Ugazio & Castelli, in press) è uno sviluppo della Family Semantic Grid (Ugazio et al., 2007; 2009, 2011, in press), ed identifica le “polarità semantiche interattive” (ISP) con le opposizioni semantiche evincibili dal modo in cui paziente e terapeuta si posizionano reciprocamente nell'*hic et nunc* della loro interazione reciproca. Possono prescindere completamente dal contenuto verbale dell'interazione, perché il significato che esprimono è costruito principalmente dalla comunicazione non verbale. Ciascuna polarità semantica interattiva viene considerata come un “movimento relazionale” definita in rapporto alle emozioni che la sostengono; le ISP contribuiscono solo implicitamente alle definizioni di se/altri/relazione e alla costruzione dei valori. Inoltre la SG-DTR individua i movimenti relazionali specifici tra pazienti e terapeuta, caratteristici delle quattro semantiche.

Tutti i *positioning* interattivi possono essere codificati evincendone i significati, ma quelli più interessanti, in quanto semanticamente pregnanti, sono quelli in cui il paziente o il terapeuta si allontanano dai ruoli precodificati, quest'ultimi, infatti esprimono i modi personali con cui il paziente e il terapeuta costruiscono la relazione terapeutica. La relazione fra paziente e terapeuta, infatti, è di tipo professionale ed è contraddistinta da caratteristiche specifiche, come ad esempio il pagamento. Tra i due interlocutori c'è asimmetria: il paziente e i suoi problemi sono il fulcro della conversazione, il terapeuta lo aiuta ad esprimersi, a definire i suoi problemi, le sue emozioni, a cambiare il suo punto di vista e il suo comportamento. Il terapeuta, soprattutto durante i colloqui di consultazione, tende astenersi dall'adottare *positioning* netti, in parte perché i primi colloqui sono orientati alla raccolta di informazioni, alla definizione del problema, alla spiegazione delle modalità di lavoro, ed in parte perché ha come obiettivo la costruzione dell'alleanza terapeutica. Il paziente tende a mantenersi al ruolo ascritto, il modo con cui posiziona se stesso e il terapeuta emerge raramente in modo esplicito, più spesso avviene attraverso domande, richieste,

osservazioni extra e meta-narrative che spesso violano le regole del modello psicoterapeutico che orienta il trattamento.

Ugazio & Castelli (in press) descrivono sei *positioning* che si allontanano dai ruoli ascritti sia di terapeuta che di paziente:

1. *positioning* in cui il paziente si rivolge in modo diretto al terapeuta, sia come professionista, che come semplice interlocutore. Per esempio una giovane paziente che si è rivolta al terapeuta per un disturbo depressivo, durante il primo colloquio, raccontando la vicenda giudiziaria che sta attraversando perché l'ex marito ha richiesto l'affido esclusivo di loro figlia, chiarisce subito all'interlocutore quale aspetto della sua vita non può essere messo in discussione:

“Io non ho detto ancora niente però adesso sono stanca... ho così sofferto che sono arrivata a un punto adesso che adesso io devo tirar fuori, cioè io non l'ho fatto davanti al giudice però adesso che qualcuno sappia la verità! Perché è inutile che mi continuino a guardare ... non mi interessa se mi vedono puttana, pazza, alcolista, quelli casomai sono miei problemi, ma sono cose mie. Io come mamma mi sento a postissimo, proprio non ho mai fatto mancare niente alla mia bambina, anzi, probabilmente l'ho fin troppo viziata e fin troppo coccolata, forse per sensi di colpa miei, però adesso che mi guardano come la poverina, che bisogna compatirla, eh no! Andateci calmi cioè piuttosto datemi della puttana che mi difendo, ma della poverina che bisogna compatirla no!”

2. *Positioning* in cui il paziente si interpella indirettamente al terapeuta, ad esempio commentando il setting e le sue regole o parlando di precedenti esperienze terapeutiche.
3. *Positioning* in cui il terapeuta o il paziente meta-comunicano sulla relazione terapeutica in atto. Ad esempio:

Paziente = è chiaro che non si può mentire..., ecco il discorso è questo, come situazione attuale io mi sono irrigidito

Terapeuta = certo, perché le vanno male le cose, anche sul lavoro, e dice

<<non è il momento di aprire (ad un percorso psicoterapico)>>

Paziente = il discorso finanziario non c'entra minimamente, ecco mi sento un

attimo come san Paolo sulla strada di Damasco, mi aspetto di essere folgorato e diciamo fin'ora 'sta folgorazione non c'è stata, interiormente, non so, mi sono spiegato? Cioè io cerco dei risultati, a cominciare dai sentimenti e fin'ora non li ho trovati dentro me stesso.

4. *Positioning* in cui il terapeuta meta-comunica sulle caratteristiche personali del paziente, sulle sue modalità relazionali e su ciò che questi aspetti suscitano nel terapeuta stesso.

Paziente = io tante volte mi faccio delle colpe..

Terapeuta = fare il testimone di Geova le serve anche per aumentare di più le sue colpe!

5. *Positioning* attraverso i quali il terapeuta, in quanto professionista o in quanto interlocutore, posiziona sé stesso esplicitamente o meno, su richiesta del paziente o spontaneamente. Ad esempio quando presenta le regole del setting, quando si riferisce alle proprie esperienze terapeutiche passate o di vita personale.

6. *Positioning* in cui il terapeuta assume modalità interattive che implicano una definizione della relazione tra gli interlocutori, transcendendo gli aspetti tecnici della conduzione stessa. Per esempio:

Terapeuta = Ecco, come mai le viene in mente di venire qua che sta per scappare?

Paziente [ride]

La SG-DTR (Ugazio & Castelli, in press) presenta una griglia dei movimenti relazionali paziente - terapeuta , caratteristici delle quattro semantiche e delle emozioni che li sostengono (Figure 3.1, 3.2, 3.3, 3.4) che è stata costruita sulla base delle griglie della FSG (Ugazio et al., 2007, 2009, 2011, in press) e sulla letteratura clinica.

La semantica della libertà: tra affidarsi e chiudersi

Il paziente sollecita movimenti relazionali come esplorare/proteggere perché la sua aspettativa è quella che il terapeuta lo aiuti a superare le sue paure e i legami vincolanti; allo stesso tempo può appoggiarsi al terapeuta, fino al punto di dipendere da lui e considerarlo una persona che in grado di condizionarlo. Spaventare/allarmarsi sono movimenti altrettanto frequenti perché le emozioni che dominano la semantica della libertà sono proprio paura, ansia e coraggio (Ugazio & Castelli, in press) .

La semantica della bontà: tra rispettare le regole e approfittare

Le emozioni, nella semantica della bontà, che guidano i movimenti relazionali sono innocenza e colpa, disgusto e godimento. Il terapeuta, infatti, oscilla tra essere un complice dei desideri proibiti del paziente e un giudice, i movimenti relazionali che prevalgono, oltre a rispettare le regole/esigere trattamenti di favore, sono corrompere e richiedere un giudizio. Nel corso degli incontri i pazienti possono reprimere le loro emozioni, devitalizzare i loro sentimenti oppure dargli libero sfogo (Ugazio & Castelli, in press) .

La semantica del potere: tra adeguarsi e opporsi

Le emozioni prevalenti, nella semantica del potere, sono vergogna e vanto, senso di autoefficacia e inadeguatezza, le quali alimentano una conversazione in cui ci sono vincenti e perdenti. La stessa esperienza terapeutica, per via dell'asimmetria con il terapeuta, è considerata umiliante, per questo il movimento relazionale più caratteristico, in questa semantica, è adeguarsi/opporsi. Vantare/screditare, valorizzare/screditare sono modalità di *con-porsi* che rispecchiano il tentativo o di guadagnarsi l'alleanza del partner conversazionale oppure manovre per rivaleggiarlo e combatterlo (Ugazio & Castelli, in press) .

La semantica dell'appartenenza: tra condividere e rivendicare la propria unicità

Le emozioni fondanti la semantica dell'appartenenza sono gioia e disperazione, gratitudine e rabbia, le quali alimentano i movimenti relazionali. Oltre a condividere/arroccarsi, il paziente provoca il terapeuta, ma nel corso delle sedute è anche capace di riparare alle fratture che ha creato. Il terapeuta può essere tanto velocemente idealizzato quanto essere destituito (Ugazio & Castelli, in press).

CODICI	MOVIMENTI RELAZIONALI		CODICI
	CHIUDERSI ALL'ALTRO	APRIRSI ALL'ALTRO	
130	Prendere le distanze	Affidarsi	131
	Allontanarsi	Avvicinarsi	
	AFFRANCARSI	DIPENDERE	
132	Avventurarsi	Vincolarsi	133
	Autonomizzarsi	Appoggiarsi	
	ESPLORARE	METTERSI AL SICURO	
134	Avventurarsi	Cautelarsi	135
	Esporsi	Proteggersi	
	SPAVENTARE-SI/ ALLARMARE	CALMARE	
136	Disorientare-si	Guidare	137
	Chiedere rassicurazione	Rassicurare	

Figura 3.1 Griglia della semantica della libertà.

CODICI	MOVIMENTI RELAZIONALI		CODICI
	RISPETTARE LE REGOLE	ESIGERE TRATTAMENTI	
230	Adempiere ai propri doveri	DI FAVORE	231
	Astenersi	Rivendicare	
	DISGUSTARE-SI	Approfittare	
232	Essere ipercorretto	SEDURRE	233
	Richiedere giudizio/giudicare	Trasgredire	
	CONFESSARE-SI	Corrompere/rendere complice	
234	Responsabilizzare-si/colpevolizzarsi	MANIPOLARE	235
	REPRIMERE	Colpevolizzare	
236		SFOGARE	237

Figura 3.2 Griglia della semantica della bontà.

CODICI	MOVIMENTI RELAZIONALI		CODICI
	ADEGUARSI	OPPORSI	
330	Prendere terreno	Arretrare	331
	Imporsi/prevaricare	Sottomettersi/soccombere	
	INNALZARE	ABBASSARE	
332	Vantare-si	Screditare/schernire-si	333
	Valorizzare	Criticare	
	TENER TESTA	CEDERE	
334	Competere	Ritirarsi	335
	Allearsi (contro qualcuno)	Agire in modo antistrategico	
	UMILIARE/SVERGOGNARE	UMILIARSI	
336	Apparire (fare bella figura)	Sfigurare (fare brutta figura)	337

Figura 3.3 Griglia della semantica del potere.

CODICI	MOVIMENTI RELAZIONALI		CODICI
	CONDIVIDERE	ARROCARSI	
430	Includere	Escludere	431
	ONORARE/RIVENDICARE	DISONORARE/SOLLECITARE	
	RISPETTABILITÀ	UN GIUDIZIO NEGATIVO	
432	Idealizzare	Denigrare	433
	Nobilitare-si	Degradare-si/Infamare-si	
	ENTUSIASMARE-SI	DISPERARE-SI	
434	Divertire	Distruggere/abbattere	435
	ELEGGERE/DESIGNARE	DESTITUIRE	
436	Riparare	Provocare	437

Figura 3.4 Griglia della semantica dell'appartenenza.

3.2.4.1 La codifica delle ISP: applicazione della SG-DTR

Dopo aver rilevato i *positioning* interattivi, trascritto le sequenze, annotando gli indicatori meta ed extra narrativi, si applica la SG-DTR, che si articola in sette passaggi (Ugazio & Castelli, in press):

Fase 1: Analisi semantica della sequenza interattiva

Il codificatore annota il significato che attribuisce a ciascuna sequenza interattiva paziente/terapeuta, esplicita gli indicatori verbali e non verbali su cui basa la sua attribuzione e la sintetizza con una etichetta.

Fase 2: Codifica del movimento relazionale

Il codificatore valuta se il movimento relazionale, precedentemente annotato, rientra tra quelli previsti dalla griglia (Figure 3.1, 3.2, 3.3, 3.4) ed eventualmente ne riporta il rispettivo codice. Non tutti i movimenti relazionali sono riconducibili a quelli presentati nella SG-DTR, questi vengono codificati in modo peculiare e gli viene attribuito un unico codice (530).

Fase 3: Identificazione dell'agente

Si identifica poi l'agente del *positioning* interattivo, cioè il soggetto a cui è attribuito il movimento relazionale.

Tabella 3.1
Agenti e codici

AGENTE	CODICE
Paziente	01
Terapeuta	02

Fase 4: Identificazione del target

Nel caso delle terapie individuali, il target è sempre l'interlocutore, ma sia il terapeuta che il pazienti possono riferirsi a target apparenti, che il codificatore può annotarsi.

Tabella 3.2
Target e codici

TARGET	CODICE
Paziente	01
Terapeuta/i	02
Madre	03
Padre	04
Partner	05
Altri	06

Fase 5: Classificazione del positioning come implicito o esplicito

I *positioning* posso essere espliciti o impliciti. Nel primo caso, l'agente interpella in modo diretto il suo interlocutore, mentre i *positioning* impliciti posso essere a loro volta di due tipi. Nei *positioning* impliciti, infatti, il riferimento all'interlocutore può essere più o meno esplicito. L'agente può riferirsi esplicitamente all'interlocutore ma il *positioning* e il significato sono impliciti oppure può riferirsi in modo implicito al suo interlocutore.

Nell'esempio seguente il terapeuta si esprime in modo esplicito con il paziente mettendo in dubbio il grado di invalidità che gli è stata riconosciuta. Il paziente a sua volta cerca di difendere la sua condizione di paziente.

Paziente = la mia invalidità è un po' a rischio

Terapeuta = a rischio è perché è troppo alta

Paziente = è troppo alta

Terapeuta = certo, dovevano fargliela un po' più bassa che è più giusto, rispecchiava di più la verità. [Ridendo] Ne ha trovato uno che ha voluto tutelarla troppo!

Paziente = Magari a lei per come parlo, per come faccio, sembro una persona normale, però io c'ho problemi abbastanza gravi...

Terapeuta = sì, sì, non lo metto in dubbio, però, a lei sembra giusto l'80% di invalidità? Vuol dire che lei può fare solo il 20%. Le sembra giusto?

Paziente = ci sono dei giorni che no.. non farei neanche il 20%.

Nel prossimo esempio il *positioning* è implicito ma c'è un riferimento esplicito all' interlocutore, in questo caso il paziente chiede al terapeuta di diventare il suo nuovo punto di riferimento, al posto dello psichiatra:

Paziente = sono ripartito per il mare, però giù... ha iniziato di nuovo ansia e depressione e giù non avevo un punto di riferimento, il mio psichiatra dove andare o cose così e... ho iniziato di nuovo a sentirmi in questo baratro, insomma... tirato da una parte verso il delirio [ride], proprio quando mi sentivo in mezzo alla fune proprio e niente (...) poi mi è balenata l'idea di andare da uno psicologo che non mi desse le pastiglie ma mi ascoltasse.

Quest'ultimo esempio è un esempio di *positioning* implicito con riferimento implicito all'interlocutore, la paziente sta dicendo alla terapeuta che per lei parlare in modo sincero è come consegnarle un pezzo di sé stessa:

Paziente = sì, sì, sono anche molto generosa e questo comporta il fatto che le persone se ne approfittino, in questo periodo io mi sono sentita spesso usata. Chi è generoso gode nel dare e io godo nel dare. Cioè io sto bene se do sfogo comunque a questa parte di me, anche parlare di sé e parlare in maniera limpida di sé, secondo me, è dare qualcosa agli altri e io mi sono pentita, cioè mi sono detta: <<devo cambiare su questa cosa>> .

Tabella 3.3
Tipi di positioning e codici

TIPO DI POSITIONING	CODICE
Esplicito	01
Implicito, con riferimento esplicito all'interlocutore	02
Implicito, con riferimento implicito all'interlocutore	03

Fase 6: Classificazione del positioning sull'asse persona/ruolo

In questa fase si possono specificare i *positioning* in cui il paziente e il terapeuta si posizionano secondo i loro ruoli oppure come persone. Non in tutte le codifiche è possibile scindere il ruolo dalla persona.

Nel seguente esempio il paziente chiama in causa il terapeuta in quanto tale:

Paziente = Mi sono spaventato molto sì, sì perché io ero in uno stato abbastanza di incoscienza, mi hanno detto che dicevo che stavo morendo, che mi sentivo morire, che ero fuori dal corpo, non sentivo più il mio corpo (ride). Penso che lei capisca perché non riesco in altri termini a spiegarmi, infatti dicevo «tenetemi la mano sul corpo perché parto».

In questo esempio la paziente è una psicologa:

Terapeuta = Ecco, quindi tenta questa terapia con questo.. che si dimostra una scelta sbagliata di terapeuta? È così?

Paziente è reticente

Terapeuta = tranquillamente... In questo caso non esprima un giudizio da collega ma da paziente [ride]!

Paziente = sì...

Tabella 3.4
Ruolo e codici

ETICHETTA DI RUOLO	CODICE
Paziente in quanto tale	01
Terapeuta in quanto tale	02
Paziente in quanto persona	03
Terapeuta in quanto persona	04

Fase 7: Identificazione del grado di polarizzazione del positioning

I movimenti relazionali possono essere codificati in base alla loro intensità. Questa codifica può essere difficile da effettuare soprattutto per quanto riguarda i *positioning* impliciti. Inoltre il terapeuta tende ad evitare di adottare *positioning* netti.

Tabella 3.5
Grado di polarizzazione e codici

GRADO DI POLARIZZAZIONE	CODICE
Lieve	01
Moderato	02
Marcato	03

Tutti i dati e i codici si possono organizzare in un foglio elettronico che costituisce la base per l'analisi statistica, le figure 3.5a, 3.5b, 3.5c mostrano quello usato per questa ricerca. La colonna "ID" indica il paziente e il numero di seduta analizzati, la seconda può essere riempita con il numero dei turni selezionati (in caso la seduta sia stata trascritta) e/o i minuti e la durata dell'interazione analizzata. Le successive colonne corrispondono alle diverse fasi della procedura di codifica della SG-DTR.

ID	Turn/ Time	Testo	Analisi Semantica	A	T	MOVIMENTO RELAZIONALE	Cod. SG- DTR	Tipo Pos.	Per./ Ruolo	G. Pol.
40301	392	Paziente = queste cose che io dico a lei è la prima volta in 33 anni che le dico a qualcuno. E perché? Perché so che con lei vado in terapia, cioè, ho una confidenza con il professor Rossi, però... T = mi sono dimenticata di dirle che è acceso il videoregistratore Paziente = non mi interessa	Dopo pochi minuti dall'inizio della seduta, la paziente inizia, con un notevole slancio emotivo, a raccontare dei segreti al terapeuta. Le dice cose che non ha mai confidato nemmeno allo psichiatra con cui è in cura da anni. Ha già eletto il terapeuta a suo confidente e le accorda la sua totale fiducia rispetto alle regole del setting.	01	02	eleggere/designare	436	01	01	03
11101	316	Paziente = Io vorrei stare tranquillo, io sono venuto qui da lei per capire se è possibile quando non so in che maniera per carità, se c'è la possibilità di abituare la mia testa a reagire in maniera differente, come un allenamento... dal punto di vista fisico se il corpo viene allenato ottiene delle determinate reazioni, dal punto di vista mentale non mi sono mai fatto problemi di questo genere, solo che sono arrivato ad un punto in cui mi rendo conto che non mi sto godendo come mi dovrei godere la famiglia	Il paziente posiziona il terapeuta come un allenatore che è in grado di guidarlo lungo un percorso per raggiungere l'obiettivo di stare meglio.	01	02	affidarsi	131	01	01	02

Figura 3.5a SG-DTR: esempi di codifica.

ID	Turn/ Time	Testo	Analisi Semantica	A	T	MOVIMENTO RELAZIONALE	Cod. SG- DTR	Tipo Pos.	Per./ Ruolo	G. Pol.
20902	176	Paziente = una persona squallida anche questa ... Mi sono innamorata di lui...e credo che ci siano certi psicoterapeuti che pur di prenderti dei soldi fanno di tutto e ... io avevo bisogno di un uomo, di affetto, era quello che volevo... ero molto fragile può immaginare...quindi lui poteva... mhm... fare quello che voleva ... siamo arrivati al punto che... un giorno mi ha telefonato... e gli ho detto che non stavo bene, avevo bisogno di vederlo. Lui mi è venuto a prendere a casa, siamo andati a prendere un gelato, che ha pagato lui perché mi ha detto che mi ha invitato lui e poi io ho pagato questa seduta. Mi tratta malissimo, questo grande dio mi ha fatto proprio male, mi tratta con cattiveria.	La paziente racconta tutte le esperienze psicoterapiche o simili avute in passato. Poco dopo aver raccontato, con la voce rotta dal pianto, una storia di abuso con un curante, parla, con una tono duro e risentito di uno psicoterapeuta uomo di cui si era innamorata. La paziente mette in serio dubbio la moralità di tutti gli psicoterapeuti.	01	02	giudicare	232	02	01	02

Figura3.5b SG-DTR: esempi di codifica.

ID	Turn/ Time	Testo	Analisi Semantica	A	T	MOVIMENTO RELAZIONALE	Cod. SG- DTR	Tipo Pos.	Per./ Ruolo	G. Pol.
30101	41	Paziente = Allora, faccia delle domande a me, poi io, semmai le rifaccio della altre domande a lei	La paziente, dopo essere arrivata in ritardo e aver fatto molte domande sull'orientamento della terapeuta, non inizia a raccontarle il motivo per cui si è rivolta a lei ma, in tono sfidante, ribalta la sua posizione da paziente.	01	02	imporsi/prevaricare	330	01	03	03
41002	250	Terapeuta = certo, perché lei non guardando dentro di sé, ai suoi bisogni, a se, gli andava bene fare questo o no, cercava sempre di adattarsi. Questa qui era un po' la modalità, perché ancora le è rimasta, perché l'altra volta, guardavo adesso rapidamente la sintesi dell'altro incontro e vedevo che lei quando diceva quale cambiamenti vuole da sé stesso lei dice <<di essere più adattabile agli altri, di non ferirli >>.	Terapeuta mette in luce, in modo pacato, l'incongruenza della richiesta che il paziente ha formulato nel primo colloquio. Il paziente la ascolta sorridendo e annuendo.	02	01	smascherare	530	01	02	01

Figura3.5c SG-DTR: esempi di codifica.

3.3 Analisi dei dati

Per verificare la prima e la terza ipotesi sono stati utilizzati il test di Chi - quadrato (χ^2) e l'analisi dei residui standardizzati, che hanno permesso di esaminare se le semantiche critiche caratterizzano in modo significativo i *positioning* assunti dai pazienti dei diversi gruppi e i movimenti relazionali adottati da terapeuta nella conversazione con i pazienti appartenenti rispettivamente ai quattro gruppi clinici.

Per verificare la seconda e la quarta ipotesi è stata fatta un'analisi loglineare²⁹ (GRUPPO \times SEMANTICA \times FREQUENZA), che consente di quantificare l'importanza relativa degli effetti, che si riscontrano nelle tabelle di contingenza, e di stabilire se sono significativi.

3.4 Risultati

Nelle 120 sedute analizzate sono emersi 1649 *positioning* interattivi: 1040 (63%) introdotti dai pazienti e 609 (37%) dal terapeuta. Questo risultato mostra l'asimmetria, per lo meno nei primi colloqui, che c'è a livello interattivo tra il paziente e il terapeuta; ed è coerente con quello già messo in luce da Ugazio, Negri e Fellin (2011) per quanto riguarda la costruzione dei significati narrati.

La media dei movimenti interattivi tra paziente e terapeuta nel gruppo dei pazienti fobici è di 22,7 ($DS = 11,6$; range = 6-47); nel gruppo dei pazienti ossessivo- compulsivi è di 27 ($DS = 18$; range = 10-60); in quello dei disturbi alimentari è 24 ($DS = 16,2$; range = 6-53); in quello dei disturbi depressivi è 25,41 ($DS = 13,1$; range = 5-50); e nel gruppo di controllo è pari a 28 ($DS = 13,7$; range = 11-53).

La figura 3.6 illustra i movimenti relazionali, a prescindere dall'agente, codificati nelle 120 sedute analizzate ($N = 1649$).

²⁹ Ringrazio il dott. Pasquale Anselmi per l'aiuto nell'analisi dei dati.

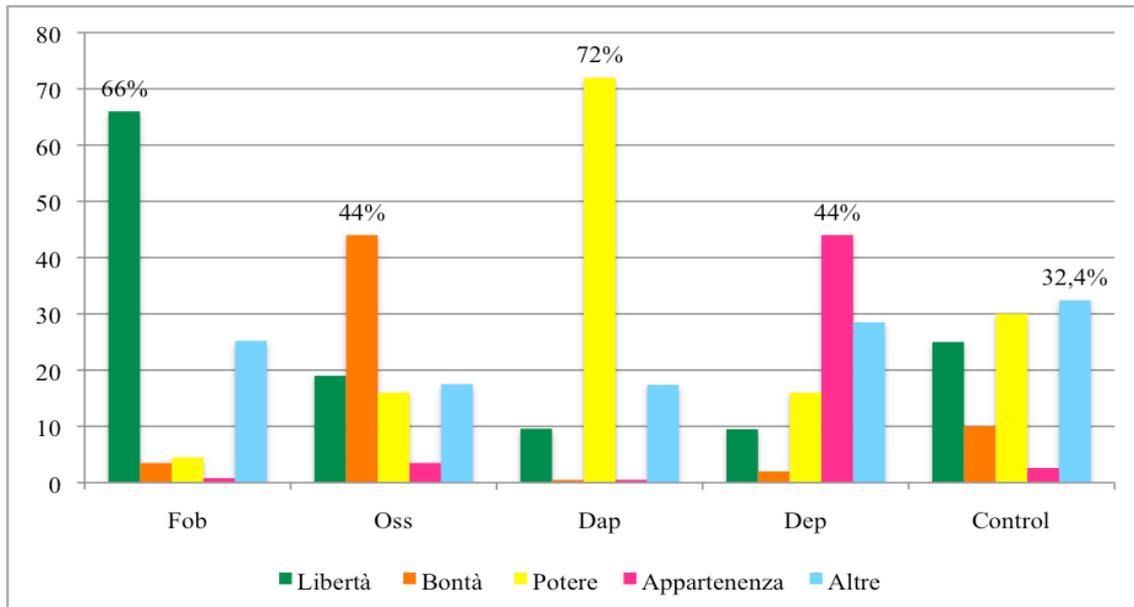


Figura 3.6 Risultati, in percentuale, dei movimenti interattivi adottati dai pazienti e dal terapeuta nei cinque gruppi codificati.

La tabella 3.6 illustra le frequenze e le percentuali dei movimenti relazionali adottati dai pazienti; la tabella 3.7 quelli adottati dal terapeuta.

Tabella 3.6

Frequenze e percentuali dei movimenti relazionali dei cinque gruppi di pazienti.

Semantica	Gruppo									
	Fob		Oss		Dap		Dep		Control	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Libertà	136	74,3	42	21,5	15	5,7	16	7,8	68	34
Bontà	4	2,3	96	49,2	1	0,5	5	2,5	19	10
Potere	24	13	29	14,8	224	85,8	22	11	79	40
Appartenenza	1	0,6	10	5,5	1	0,4	124	61	4	2
Altre	18	9,8	18	9	20	7,6	36	17,7	28	14

Tabella 3.7

Frequenze e percentuali dei movimenti relazionali del terapeuta con i cinque gruppi di pazienti.

Semantica	Gruppo									
	Fob		Oss		Dap		Dep		Control	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Libertà	31	34,3	20	15,5	24	16,2	13	12,7	17	12
Bontà	5	5,5	46	35,8	1	0,7	1	0,9	16	11,5
Potere	7	7,7	23	18	71	48	27	26,4	23	16,5
Appartenenza	1	1	1	0,7	1	0,7	10	10	5	3,6
Altre	46	51,5	39	30	51	34,4	51	50	79	56,4

Le semantiche della libertà, della bontà, del potere e dell'appartenenza caratterizzano significativamente i positioning interattivi assunti rispettivamente dai pazienti con disturbi fobici, ossessivo - compulsivi, alimentari e depressivi?

La prima ipotesi è confermata ($\chi^2 = 1221.8$, $df = 16$, $p\text{-value} < .001$): le semantiche critiche connotano significativamente i *positioning* interattivi dei rispettivi gruppi clinici. Infatti, come dimostra la tabella 3.8 dei residui standardizzati, gli scarti fra le frequenze attese e quelle osservate sono significativamente diversi dallo zero (>1.96) nelle celle Gruppo Fobici/Semantica della Libertà; Gruppo Ossessivi - compulsivi/Semantica della Bontà; Gruppo dei disturbi Alimentari/Semantica del Potere; e Gruppo dei disturbi Depressivi/Semantica dell'Appartenenza.

Tabella 3.8

Tabella dei residui standardizzati dei positioning interattivi adottati dai quattro gruppi di pazienti.

Gruppo	Semantica			
	Libertà	Bontà	Potere	Appartenenza
Fob	16.07*	-4.50	-7.19	-5.63
Oss	-1.78	17.72*	-6.91	-3.78
Dap	-8.82	-6.67	19.20*	-7.15
Dep	-6.73	-4.66	-8.42	22.15*

I pazienti di ciascun gruppo clinico adottano movimenti relazionali riconducibili alla rispettiva semantica critica in modo significativamente maggiore rispetto alle persone nel gruppo di controllo?

L'analisi loglineare mostra che ciascun gruppo clinico assume movimenti relazionali riconducibili alla rispettiva semantica critica in modo significativamente maggiore rispetto al gruppo di controllo (tabella 3.9). I *positioning* interattivi, adottati dalle persone inserite nel gruppo di controllo, non sono caratterizzati da nessuna semantica in particolare.

L'unico risultato contraddittorio emerge nell'analisi del gruppo dei pazienti con disturbi alimentari, in questo caso, infatti, i movimenti relazionali non sono caratterizzati solo dalla semantica critica, cioè quella del potere ($z = 8.78$, $<.05$) ma

anche dalle altre semantiche (altre rispetto alle semantiche della libertà, bontà, potere e appartenenza) ($z = 1.86, <.05$).

Tabella 3.9

Tabella dell'analisi loglineare (GRUPPO \times SEMANTICA \times FREQUENZA) dei positioning interattivi introdotti dai pazienti (N=1040).

Gruppo	Semantica									
	Libertà		Bontà		Potere		Appartenenza		Altro	
	z	Pr	z	Pr	z	Pr	z	Pr	z	Pr
Fob	7.74*	<.05	-0.71	>.05	-1.16	>.05	-1.89	>.05	-0.01	>.05
Oss	-2.55	<.05	8.68*	<.05	-5.89	<.05	0.39	>.05	-3.71	<.05
Dap	-0.97	<.05	-2.11	<.05	8.78*	<.05	-1.48	>.05	1.86*	<.05
Dep	-5.72	>.05	-2.18	<.05	-5.71	<.05	10.39*	<.05	0.96	>.05
Control	0.57	>.05	1.84	>.05	0.87	>.05	-1.65	<.05	-1.81	>.05

Le semantiche critiche caratterizzano in maniera significativa i movimenti relazionali assunti dal terapeuta nella conversazione con i pazienti appartenenti rispettivamente ai quattro diversi gruppi clinici?

L'ipotesi è confermata ($\text{Chisq} = 200.33, \text{df} = 16, \text{p-value} < .001$). I *positioning* interattivi, adottati dal terapeuta con i pazienti dei quattro diversi gruppi clinici, sono caratterizzati in maniera significativa dalle semantiche critiche. Infatti, come dimostra la tabella 3.10 dei residui standardizzati, gli scarti fra le frequenze attese e quelle osservate sono significativamente diversi dallo zero (>1.96) nelle celle Gruppo Fobici/Semantica della Libertà; Gruppo Ossessivi - compulsivi/Semantica della Bontà; Gruppo dei disturbi Alimentari/Semantica del Potere; e Gruppo dei disturbi Depressivi/Semantica dell'Appartenenza.

Tabella 3.10

Tabella dei residui standardizzati dei positioning interattivi adottati dal terapeuta con i diversi gruppi dei pazienti.

Gruppo	Semantica			
	Libertà	Bontà	Potere	Appartenenza
Fob	4.67*	-1.87	-4.04	-1.11
Oss	-0.58	9.81*	-2.06	-1.64
Dap	-0.37	-4.7	7.50*	-1.88
Dep	-1.31	-3.61	0.42	4.47*

Il terapeuta adotta positioning interattivi riconducibili rispettivamente alle semantiche critiche di ciascun gruppo clinico in modo significativamente maggiore rispetto al gruppo di controllo?

L'analisi loglineare mostra che il terapeuta adotta *positioning* interattivi riconducibili alle diverse semantiche critiche di ciascun gruppo in maniera significativamente maggiore rispetto al gruppo di controllo (tabella 3.11).

Dai risultati emerge però che i movimenti relazionali della terapeuta, con il gruppo di controllo, sono riconducibili alla semantica della bontà ($z = 2.22$, $<.05$). Questo risultato andrebbe indagato ulteriormente perché potrebbe dipendere dallo stile personale del terapeuta.

Tabella 3.11

Tabella dell'analisi loglineare (GRUPPO \times SEMANTICA \times FREQUENZA) dei positionig interattivi adottati dal terapeuta (N=609).

Gruppo	Semantica									
	Libertà		Bontà		Potere		Appartenenza		Altro	
	z	Pr	z	Pr	z	Pr	z	Pr	z	Pr
Fob	3.12*	<.05	-0.90	>.05	1.43	>.05	-1.29	>.05	0.97	>.05
Oss	0.74	>.05	6.22*	<.05	-2.04	<.05	-2.30	>.05	-2.26	<.05
Dap	-2.72	<.05	-0.97	>.05	5.00*	<.05	0.92	>.05	0.82	>.05
Dep	-0.69	>.05	-1.45	>.05	-0.78	>.05	4.44*	<.05	0.32	>.05
Control	-2.81	<0.5	2.22*	<.05	-2.25	<.05	0.94	>.05	-0.09	>.05

3.5 Discussione

Questa ricerca ha analizzato i significati attraverso i quali i pazienti e il terapeuta modellano la loro relazione. I risultati mostrano che i *positioning* interattivi adottati dai pazienti con disturbi fobici, con disturbi ossessivo - compulsivi, con i disturbi alimentari, e con i disturbi depressivi sono caratterizzati rispettivamente dalla semantica della libertà, della bontà, del potere e dell'appartenenza. Inoltre anche il terapeuta con i diversi gruppi di pazienti adotta movimenti relazionali riconducibili alle rispettive semantiche critiche. Il terapeuta si posiziona ed è interattivamente posizionato dai pazienti all'interno della semantica che domina la loro conversazione familiare.

Sembra confermata, non solo dal punto di vista dei significati narrati (Ugazio, Negri & Fellin, 2011; in press), ma anche interattivamente l'ipotesi di Ugazio (2012) che il terapeuta, soprattutto nei primi colloqui, si *con - ponga* nella semantica del paziente e che, quindi, la relazione terapeutica cambi in rapporto ai significati con i quali il paziente interpreta la propria storia e la stessa esperienza terapeutica.

È emerso che i movimenti relazionali adottati dal gruppo dei pazienti con disturbi alimentari sono caratterizzati significativamente dalla semantica critica, cioè quella del potere ma anche dalle "altre semantiche". Questo risultato necessita di essere indagato ulteriormente ma allo stesso tempo concorda con i risultati emersi dall'analisi delle polarità semantiche narrate: anche quando una semantica domina la conversazione, non la satura mai (Ugazio, Negri & Fellin, 2011). È possibile perciò che questo valga anche dal punto di vista interattivo.

Per quanto riguarda il terapeuta, emerge che adotta con il gruppo di controllo, con una frequenza statisticamente significativa, movimenti relazionali riconducibili alla semantica della bontà. Questo risultato potrebbe riflettere l'universo semantico proprio del terapeuta. I movimenti relazionali del terapeuta, infatti, non sono sempre consapevoli anzi probabilmente, nella maggior parte dei casi, non lo sono e questo lo porta a relazionarsi secondo modalità riconducibili ai propri significati. Probabilmente il terapeuta adotta, in modo quasi inconsapevole, *positioning* interattivi aderenti alla semantica dei pazienti quando è in relazione con essi mentre utilizza maggiormente movimenti relazionali riconducibili ai propri significati quando interagisce con le persone del gruppo di controllo.

Un limite della ricerca è proprio che tutte le sedute codificate sono state condotte dalla stessa terapeuta, questo riduce la generalizzabilità dei risultati ma allo stesso tempo permette diminuire la variabilità dovuta alle caratteristiche personali e allo stile terapeutico. Sarebbe perciò auspicabile replicare queste analisi con sedute di altri terapeuti sistemici, o di altri orientamenti, che non conoscono il modello clinico che guida la ricerca.

Un altro aspetto problematico è il grado di inferenzialità richiesto dalla codifica dei movimenti relazionali e il fatto che la procedura richieda un notevole dispendio di tempo.

Un ultimo limite di questo lavoro riguarda il numero esiguo sia dei partecipanti che dei movimenti relazionali messi in atto da alcuni pazienti. Una direzione futura potrebbe essere quella di aumentare il numero dei soggetti coinvolti oppure codificare più di due sedute per ogni paziente. Potrebbe essere anche interessante codificare le ultime sedute e quelle di *follow up* di ogni paziente per verificare se e come i *positioning* interattivi cambiano lungo il processo terapeutico.

Inoltre una prospettiva interessante è quella di applicare il metodo di codifica, qui utilizzato, a sedute di psicoterapia di coppia e familiari. Per esempio con le coppie può essere utile prendere in considerazione la *storia narrata* e l'interazione triadica con il terapeuta ma anche quella diadica tra di loro, la *storia vissuta*; al fine di confrontare la congruenza o meno tra le semantiche che emergono dalla narrazione con quelle adottate nell'interazione. Recentemente Ugazio e Fellin (2014) lo hanno fatto con un single case study.

Questa ricerca ha quindi confermato l'ipotesi che i significati che caratterizzano i disturbi fobici, ossessivo - compulsivi, alimentari e depressivi non solo connotano le narrazioni, ma modellano anche la relazione terapeutica.

Conclusione

La teoria delle polarità semantiche (Ugazio, 1998, 2012), per quanto riguarda i significati narrati, è già stata validata empiricamente (Ugazio, Negri & Fellin, 2011, in press); e ha dato anche luogo ad applicazioni originali in letteratura (Parks, 2009; 2014) e nel contesto delle organizzazioni (Campbell & Groenback, 2006).

Questa ricerca sulla relazione terapeutica ha indagato i significati attraverso i quali i pazienti leggono l'esperienza terapeutica e in che modo il terapeuta si *con-pone* con loro. L'individuazione della semantica può essere estremamente utile per impostare il processo terapeutico. Alcune storie terapeutiche possibili entro una semantica sono proibite per un'altra, nel senso che sono incapaci di stimolare il cambiamento. In questi casi è possibile che si formino dei circuiti disfunzionali o che il paziente termini la terapia con un *drop out* (Ugazio, 2012).

Questa ricerca permette al terapeuta di avere accesso al significato attraverso il quale il paziente interpreta l'esperienza terapeutica e di acquisire maggior consapevolezza rispetto alla posizione che sta assumendo nell'interazione, offrendogli così la possibilità di non collassare sulla stessa semantica del suo interlocutore. Sebbene in una fase iniziale della terapia può essere utile che il terapeuta si componga nella stessa semantica del paziente *“una volta che l'alleanza terapeutica è costruita il terapeuta deve cercare di rendere salienti anche altre semantiche relativizzando quella critica”* (Ugazio, 2012, p. 320).

Il modello clinico di Ugazio (1998, 2012) considera le organizzazioni di significato come sistemi aperti, quindi suscettibili al cambiamento. Per il terapeuta è fondamentale tenere presente che la semantica del paziente, per quanto possa aver assunto una notevole centralità nella conversazione della famiglia, non preclude la possibilità che ci siano altre semantiche salienti. La relazione terapeutica, se riesce a configurarsi come un contesto emotivamente significativo per il paziente, deve provocare degli episodi enigmatici. Nella conversazione terapeutica, che ha come

obiettivo il cambiamento, il terapeuta dovrà perciò “*rendere salienti dimensioni semantiche diverse da quella critica*” (Ugazio, 2012, p. 321).

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, Language, and Possibilities: A Postmodern Approach to Therapy*. New York: Basic Books.
- Anderson, H., & Goolishian, H. A. (1988). Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27(4), 371-393.
- Arnou, B.A., Steidtmann, D. Blasey, C., Manber, R., Costantino, M.J., Klein, D.N., Markowitz, J.C., Rothbaum, B.O., Thase, M.E., Fisher, A.J., & Kocsis, J. H. (2013). The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(4), 627-638.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842-852.
- Bamberg, M. (1997). Positioning between structure and performance. *Journal of Narrative and Life History*, 7(1-4), 335-342.
- Bara, B. G. (Ed.). (2005). *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva. Vol. 2: Clinica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Barber, J. P. (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 19(1), 1-12.
- Barber, J. P., Khalsa, S., & Sharpless B. A. (2010). The validity of the alliance as a predictor of psychotherapy outcome. In J. C., Muran, & J. P., Barber (Eds.), *The therapeutic alliance. An evidence-based guide to practice* (pp. 29-43). New York: Guilford Press.

- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. London: Jason Aronson Inc.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, *1*(4), 251-254. Retrieved from <http://www.psychodyssey.net/wpcontent/uploads/2012/05/TOWARD-A-THEORY-OF-SCHIZOPHRENIA-2.pdf>
- Beck, A.T., Emery, G. & Greenberg, R L., (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Bedi, R. P., Davis, M. D., & Williams, M. (2005). Critical incidents in the formation of the therapeutic alliance from client's perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *43* (3), 311-323.
- Bennun, I. (1989). Perceptions of the therapist in family therapy. *Journal of Family Therapy*. *11*, 243-255.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, *16*, 252-260.
- Bordin, E. S. (1989, April). *Building therapeutic alliances: The base for integration*. Paper presented at the annual meeting of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, Berkeley, CA. In A. O., Horvarth, L., Luborsky, (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*(4), 561-573.
- Bordin, E.S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New direction. In A. O. Horvath, L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13-37). New York: Wiley
- Bruschi, A. (1999). *Metodologia delle scienze sociali*. Milano: Bruno Mondadori
- Campbell, D., & Groenbaek, M. (2006). *Taking positions in the organization*. London: Karnac Books.
- Castiglioni, M., Veronese, G., Pepe , A., & Villegas, M. (2014). The semantics of freedom in agoraphobic patients: an empirical study. *Journal of Constructivist Psychology*, *27*(2), 120-136.

- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 497-504.
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity, and neutralità revisited: an invitation to curiosity. *Family Process, 26*(4), 405-413.
- Cecchin, G. (2008). Ci relazioniamo dunque siamo. Curiosità e trappole dell'osservatore. *Connessioni, 15*, 57-61.
- Cecchin, G, Lane, G., & Ray, W. A. (1992). *Irriverence. A strategy for therapists' survival*. London: Karnac.
- 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.
- Cronen, V. E., Johnson, K., & Lannamann, M. (1982). Paradoxes, double binds and reflexive loops: An alternative theoretical perspective. *Family Process, 21*, 91-112.
- De Bei, F. (2006). La ricerca sull'alleanza terapeutica. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.). *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 505- 537). Milano: Raffaello Cortina.
- Del Re, A. C., Fluckinger, C., Horvath, A. O., Symonds D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 32*, 642-649.
- Dimaggio, G., & Semerari, A. (2007). *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, meta rappresentazioni, cicli interpersonali*. Roma: Laterza.
- 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.
- Escudero, V., Heatherington, L., & Friedlander, M. L (2010). Therapeutic alliance in

- couple therapy: the web of relationships. In J. C., Muran, & J. P., Barber (Eds.), *The therapeutic alliance. An evidence-based guide to practice* (pp. 240-262). New York: Guildford Press.
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2010). Alliance ruptures and resolution. In J. C., Muran, & J. P., Barber (Eds.), *The therapeutic alliance. An evidence-based guide to practice* (pp. 74-96). New York: Guildford Press.
- Farina, B., & Liotti, G. (2011). L'incontro con la teoria dell'attaccamento e la svolta relazionale della psicoterapia cognitiva. *Psiche, 1*, 1-13. Retrieved from <http://web.tiscali.it/cepsidi/attaccamenti.htm>.
- Feixas, G., Geldschläger, H., & Neimeyer, R. A. (2002). Content analysis of personal constructs. *Journal of Constructivist Psychology, 15*, 1-19.
- Feixas, G., Pizzonia, G., & Dada, G. (2010). Sistema di categorie di contenuto dei costrutti personali: La versione in italiano. *Cognitivismo Clinico, 7* (2), 191-204.
- Feixas, G., & Villegas, M. (1991). Personal construct analysis of autobiographical texts: A method presentation and case illustration. *International Journal of Personal Construct Psychology, 4*, 51-83.
- Flaskas, C., Mason, B., & Perlesz, A. (Eds.) (2005). *The space between: experience, context, and process in the therapeutic relationship*. London: Karnac.
- Flaskas, C., & Perlesz, A. (1996). *The therapeutic relationship in systemic therapy*. London: Karnac.
- Flaskas, C. (1997). Engagement and the therapeutic relationship in systemic therapy. *Journal of family therapy, 19*, 263-282.
- Flaskas, C. (2002). *Family therapy beyond postmodernism. Practice challenges theory*. New York: Taylor & Francis.
- Freud, S. (1977). Sulla psicoanalisi. In A., Cinato, A. M., Marietti & E. Fachinelli (Trans.) *L'interesse per la psicoanalisi e altri scritti*. Torino: Bollati Boringhieri. (Original work published 1911).

- Friedlander, M. L., Escudero, V. & Heatherington, L. (2006). *Alleanze terapeutiche nella terapia di coppia e della famiglia. Una guida alla pratica basata sulle esperienze empiriche*. Roma: Fiera & Liuzzo.
- Friedlander, M., Escudero, V., Heatherington, L., & Diamond G. M. (2011). Alliance in couple and family therapy. In J. C., Norcross (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that works: evidence-based responsiveness*. New York: Oxford University Press.
- Gelso, C.J., & Carter, J. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *Counseling Psychologist, 13*, 155-243.
- Gelso, C.J., & Carter, J. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology, 41*, 296-306.
- Gelso, C.J., & Hayes, J.A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, reasearch and practice*. New York: Wiley.
- Gergen, K. J., (1985). Social constructionist inquiry: context and implications. In K. J., Gerge, K. E., & Davis (Eds.), *The social construction of the person* (pp. 3- 18). New York: Springer-Verlag. Retrieved from <http://www.taosinstitute.net/the-social-construction-of-the-person2>.
- Gilbert, P. (1989) *Human nature and suffering*. London, Erlbaum.
- Gilbert, P. & Leahy, R. L. (Eds.). (2009). *La relazione terapeutica in terapia cognitiva comportamentale*. Firenze: Eclipsi.
- Goldfried, M. R., & Davila, J. (2005). The role of relationship and technique in therapeutic change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training 42* (4), 421–430.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly, 34*, 155-181.

- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotion in psychotherapy*. New York, NY: Guilford.
- Guarnieri, S. C. (2011). Mrs. Dalloway: tra esclusione e appartenenza. In *Quaderni di psicologia clinica 2* (pp. 157-178). Bergamo: Bergamo University Press.
- Guidano, V. F. (1987). *Complexity of the Self*. New York, NY: Guilford.
- Guidano, V. F. (1991). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York, NY: Guilford.
- Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York, NY: Guilford.
- Haley, J. (1963). *Le strategie della psicoterapia*. Milano: Pgreco.
- Hardy, G., Cahill, J., & Barkham, M. (2009). La relazione terapeutica e il cambiamento del paziente. In P., Gilbert, & R. L., Leahy (Eds.). *La relazione terapeutica in terapia cognitiva comportamentale*. Firenze: Eclipsi.
- Harré, R. (1986). *The social construction of emotions*. New York: Basil Blackwell.
- 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.
- Harré, R., & Van Langenhove, L. (1999). *Positioning theory: Moral context of intentional action*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Hartley, D.E., & Strupp, H.H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In J. Masling (Ed.) *Empirical Studies in Analytic Theories* (pp. 1-37). Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Hatcher, R. L.(2010). Alliance theory and measurement. In J. C., Muran, & J. P., Barber (Eds.), *The therapeutic alliance. An evidence-based guide to practice* (pp. 7-28). New York: Guilford Press.
- Hoffman, L. (1992). A reflexive stance for family therapy. In S., McNamee, & K. J. Gergen, K. J. (Eds), *Therapy as social construction* (pp.7-24). London: Sage.

- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9-16 .
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (Eds) (1994). *The working alliance. Theory, research and practice*. New Jersey, NJ: John Wiley & Sons.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 561-573.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139-149.
- Horvath, A. O., Symond, D., & Tapia, L. (2010). Therapeutic alliance in couple therapy: the web of relationships. In J. C., Muran, & J. P., Barber (Eds.), *The therapeutic alliance. An evidence-based guide to practice* (pp. 210-239). New York: Guildford Press.
- Israeltam, K. (1988). Contrasting four major family therapy paradigms: Implications for family therapy training. *Journal of Family Therapy, 10*, 179-196.
- Johansson, H., & Jansson, J. Å. (2010). Therapeutic alliance and outcome in routine psychiatric out-patient treatment: Patient factors and outcome. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 83*(2), 193-206.
- Kelly, G. A. (2004). *La psicologia dei costrutti personali. Teoria e personalità*. In M. Castiglioni (Ed.) Milano: Raffaello Cortina. (Original work published 1955).
- Knerr, M., Bartle-Haring, S., McDowell, T., Adkins, K., Delaney, R. O., Gangamma, R., Glebova, T., Grafsky, E., & Meyer, K. (2011). The impact of initial factors on therapeutic alliance in individual and couples therapy. *Journal of marital and family therapy, 37*(2), 182-199.
- Lambert. M.J., & Barley, D.E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 357-361.

- Lambert, M. J., & Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 17-32). New York: Oxford University Press.
- Lambert, M. J., & Orling, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's hand-book of psychotherapy and behavior change* (5° ed., pp.139-193). New York: Wiley.
- Langhoff, C., Baer, T., Zuberhagen, 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.
- Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica. Teoria, clinica, ricerca*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lingiardi, V., Amadei, G., Caviglia, G., & De Bei F. (2011). *La svolta relazionale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti G. (2011). Il paradigma relazionale nel cognitivismo clinico. In Lingiardi, V., Amadei, G., Caviglia, G. & De Bei (Eds.). *La svolta relazionale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G. & Farina, B. (2011) *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G. & Gilbert, P. (2011). Mentalizing, motivation, and social mentalities: Theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 9-25.
- Liotti, G., & Monticelli, F. (Eds.), *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica. Una prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lorenzini, R., & Sassaroli, S. (2000). *La mente prigioniera. Strategia di terapia cognitiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel

- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive expressive treatment*. Basic Books.
- Lucius-Hoene, G., & Deppermann, A. (2000). Narrative identity empiricized: A dialogical and positioning approach to autobiographical research interviews. *Narrative Inquiry*, 9(1), 199–222.
- Malagoli Togliatti, M., & Lubrano Lavadera, L. (2006). La ricerca in psicoterapia sistemico-relazionale. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.). *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 775-801). Milano: Raffaello Cortina.
- Mannino, G. (2005). Le organizzazioni di significato personale: Un modello a tre dimensioni. *Rivista di Psichiatria*, 40, 17-25.
- Mazzarella, E. (1993). *Ermeneutica dell'affettività. Prospettive ontiche dell'ontologia heideggeriana*. Napoli: Guida Editori.
- McNamee, S., & Gergen, K. J. (Eds.). (1992). *Therapy as social construction*. London: Sage.
- McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic psychotherapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Messer, S. B., & Warren, C. S. (1995). *Models of brief psychodynamic therapy: A comparative approach*. New York: Guilford Press.
- Minuchin, S. (1976). *Famiglie e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio.
- Mitchell, S. A. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Monticelli, F. (2014). Relazione terapeutica e alleanza terapeutica. In G. Liotti, & F. Monticelli (Eds.), *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica. Una prospettiva cognitivo-evoluzionista* (pp. 41-68). Milano: Raffaello Cortina.
- Neenan, M., & Dryden, W. (2006). *Cognitive therapy in a nutshell*. London: Sage.
- Neimeyer, R. A. (2009). *Constructivist psychotherapy*. London & New York: Routledge.

- Neimeyer, R. A., Klein, M. H., Gurman, A. S. & Greist, J.H. (1983). *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 65-73.
- Neimeyer, R. A., & Mahoney, M. J. (Eds.). (1995). *Constructivism in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association
- Norcross, J.C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that works: therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J.C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that works: evidence-based responsiveness*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J.C. , & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J. C., Norcross (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that works: evidence-based responsiveness*. New York: Oxford University Press.
- 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 and family therapy*, 38, 320-331.
- Parks, T. (2009). Semantic polarities in the works of Thomas Hardy and H.D. Lawrence. *Merope*, 53-54.
- Parks, T. (2014). *Romanzi pieni di vita*. Roma: Laterza.
- Pinsof, W. M. (1994). An overview of integrative problem centered therapy: a synthesis of family and individual psychotherapies. *Journal of Family Therapy*, 16, 103-120.
- Pinsof, W. M., Zinbarg, R., & Knobloch-Fedders, L.M. (2008). Factorial and construct validity of the revised short form integrative psychotherapy alliance scales for family, couple, and individual therapy. *Family Process* 47(3), 281-301.
- Prochaska, J.O. (1979). *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis*. Homewood, IL:Dorsey Press.

- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C., (2005). The transtheoretical approach. In J. C., Norcross, M. R., Goldfried (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration. Second edition* (147-171). New York: Oxford University Press.
- Rait, D. S. (1995). The therapeutic alliance in couple and family therapy. *Journal of Clinical Psychology, 56*(2), 211-224.
- Rivett, M. & Street, E. (2009). *Family therapy: 100 key points and techniques*. London: Routledge.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions for therapeutic personalità change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95-103.
- Roy-Chowdhury, S. (2006). How is the therapeutic relationship talked into being?. *Journal of Family Therapy, 28*(2), 153-174.
- Safran, J. D., (1984). Assessing the cognitive-interpersonal cycle. *Cognitive Therapy and Research, 8* (4), 333-348.
- Safran, J. D. (1993). Breaches in the therapeutic alliance: An arena for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy, 30*, 11-24.
- Safran, J. D., (1998). *Widening the scope of cognitive therapy: The Therapeutic Relationship, Emotion, and the Process of Change*. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 447-458.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. New York, NY: Guilford.
- Safran, J.D., & Muran, J.C., (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness?. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training 43*(3), 286-291.

- Safran, J.D., Muran, J.C., & Eubanks-Carter, C. (2011), Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87.
- Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 38(4), 406-412.
- Safran, J. D., Segal, Z. C. (1990), *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1975). *Paradosso e contro paradosso*. Milano: Raffaello Cortina.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing, circularity, neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19(1), 3-12. (Trad. it. Ipotizzazione, circolarità, neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta).
- Semerari, A. (2000). *Storie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Roma: Laterza.
- Slife, B. D., & Wiggins, B.J. (2009). Taking relationship seriously in psychotherapy: radical relationality. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39, 17-24.
- Suh, C. S., O'Malley, S. S., Strupp, H. H. Johnson, M. E. (1989). The Vanderbilt psychotherapy process scale (VPPS). *Journal of cognitive Psychotherapy*, 3(2). 123-154.
- Sutherland, O. (2007). Therapist positioning and power in discursive therapies: A comparative analysis. *Contemporary Family Therapy*, 29(4), 193-209.
- Sutherland, O., & Strong, T. (2011). Therapeutic collaboration: a conversation analysis of constructionist therapy. *Journal of Family Therapy*, 33, 256-278.
- Telfner, U. (1992). La terapia come narrazione, un'introduzione. In M., White (1992). *La terapia come narrazione. Proposte cliniche*. Roma: Astrolabio.
- Ugazio, V. (1984). Ipotizzazione e processo terapeutico. *Terapia Familiare*, 16, 27-45.
- Ugazio, V. (1985). Oltre la scatola nera. *Terapia Familiare*, 19, 73-83.

- Ugazio, V., (1989). L'indicazione terapeutica: una prospettiva sistemico-costruttivista. *Terapia Familiare*, 31, 27-40.
- Ugazio, V. (1990). Il processo terapeutico come perturbazione epistemologica. *Oikos*, 2, 183- 194.
- 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*. Torino, Italy: Bollati Boringhieri.
- Ugazio, V. (2012). *Storie permesse, storie proibite: Polarità semantiche familiari e psicopatologie* (2nd Rev ed.). Torino: Bollati Boringhieri.
- Ugazio, V., & Castelli, D. (in press). The semantics grid of dyadic therapeutic relationship.
- Ugazio, V., & Fellin, L. (2014). Family Semantic Polarities and Positionings. A semantic analysis. In P. Rober, M. Borcsa, (Eds.). *Qualitative Research in Systemic Couple Therapy. Multiple Readings*, London: Springer. Manuscript submitted for publication.
- Ugazio, V., & Ferrario, M. (1991). Le esperienze falsificanti. *Terapia familiare*, 36, 37-52.
- 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. (in press). Freedom, Goodness, Power and Belonging: The Semantics of Phobic, Obsessive- compulsive, Eating, and Mood Disorders. *Journal of Constructivist Psychology*.
- Ugazio, V., Negri, A., Fellin, L., & Di Pasquale, R. (2009). The Family Semantics Grid (FSG). The narrated polarities. *TPM – Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 16(4), 165–192.

- Ugazio, V., Negri, A., Zanaboni, E., & Fellin L., (2007). Libert , bont , potere e appartenenza. Griglia delle Semantiche Familiari (GSF). *Quaderni del Dottorato in Psicologia Clinica*, 1,137-242.
- Villegas, M. (2004). Psychology of freedom (IV): Purging anorexia and bulimia or the loss of body control. *Revista de Psicoterapia*, 15, 93-144.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, method and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1971). *La pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.
- Weingarten, K. (1991).) The discourses of intimacy: adding a social constructionist and feminist views. *Family Process*, 30, 285–305.
- White, M. (1992). *La terapia come narrazione. Proposte cliniche*. Roma: Astrolabio.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376
- Zuroff, D.C., & Blatt, S. J. (2006). The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: Contributions to clinical improvement and enhanced adaptive capacities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74(1), 130–140.