

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BERGAMO

Dipartimento di Scienze umane e sociali

Dottorato di Ricerca in Psicologia Clinica

XXVIII Ciclo

Settore M-PSI/08 - Psicologia Clinica

**LA RELAZIONE TERAPEUTICA NEI DISTURBI
FOBICI E OSSESSIVO-COMPULSIVI**

Docente supervisore:

Chiar.ma Prof.ssa Valeria Ugazio

Candidata:

Dott.ssa Marisa Pandolfi

Matricola n. 1012996

ANNO ACCADEMICO 2014/2015

“Gli anni del dottorato, quando siete concentrati esclusivamente solo su qualcosa da voi scelto, sviluppano qualcosa di importante a livello umano. Sembra un lusso, non qualcosa di necessario, ma l’indipendenza intellettuale non lo è.” (Katie Roiphe, 2015)

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio in primo luogo la Prof.ssa Valeria Ugazio, per aver reso possibile la realizzazione del presente lavoro e, soprattutto, per la crescita personale e professionale che ho maturato in questi tre anni di Dottorato con la sua supervisione.

Ringrazio sentitamente la dott.ssa Stefania Baccanelli per la sua disponibilità, cortesia ed efficienza.

Un grazie particolare a Daniele Castelli e Stella Chiara Guarnieri, che hanno collaborato a vario titolo alla ricerca descritta nel presente elaborato e con i quali ho condiviso la maggior parte delle esperienze lavorative e di ricerca, ma anche umane ed affettive, durante il Dottorato.

Ringrazio inoltre il Prof. Pasquale Anselmi per la consulenza statistica.

INDICE

Introduzione	7
1. Disturbi fobici e ossessivo-compulsivi: l'ansia li unisce?	11
2. Disturbi fobici e ossessivo-compulsivi: la semantica li divide	19
2.1 Le semantiche come strumento diagnostico	19
2.2 La semantica della libertà	21
2.3 La semantica della bontà	25
2.4 Organizzazioni fobiche e ossessivo-compulsive a confronto	30
3. La relazione terapeutica	35
3.1 Relazione terapeutica ed efficacia della psicoterapia	35
3.2 La relazione terapeutica nella psicoterapia sistemica	43
3.3 La relazione terapeutica nella prospettiva sistemico-costruzionista di Valeria Ugazio	51
4. La relazione terapeutica nei disturbi fobici e ossessivo-compulsivi	59
4.1 La relazione terapeutica nei disturbi fobici e ossessivo-compulsivi: analisi della letteratura cognitivista e psicodinamica	59
4.2 La relazione terapeutica nei disturbi fobici e ossessivo-compulsivi secondo il modello delle polarità semantiche	67
5. La ricerca	77
5.1 Obiettivi e ipotesi	77
5.1.1 Ipotesi	77
5.2 Metodo	79
5.2.1 Partecipanti	79
5.2.2 Procedura	79
5.2.3 Metodo di codifica	81
5.3 Analisi dei dati	83

5.4 Risultati	83
5.5 Discussione e conclusioni	89
APPENDICE A	95
APPENDICE B	99
Riferimenti bibliografici	109

Introduzione

IO: <<Che sono le posizioni?>>

LUI: <<Andate a domandarlo a Noverre.

Il mondo ne offre di più di quante la sua arte non ne sappia imitare.>>

IO: <<Ed ecco anche voi, per servirmi della vostra espressione, o di quella di Montaigne, “piantato sull’epiciclo di Mercurio” a considerare le diverse pantomime della specie umana.>>

LUI: <<No, no, vi dico. Sono troppo pesante per sollevarmi così in alto.

Lascio alle gru di soggiornare nelle nebbie: io vado terra terra.

Mi guardo intorno e assumo le mie posizioni, o mi diverto delle posizioni che vedo assumere agli altri.

Sono un mimo eccellente, come potrete giudicare.>>

Poi si mette a sorridere, a contraffare l’uomo che ammira, l’uomo che supplica, l’uomo che acconsente;

ha il piede destro in avanti, il sinistro all’indietro, lo sguardo come fisso su altri occhi, la bocca semiaperta, le braccia dirette verso qualche oggetto; attende un ordine, lo riceve, parte come un razzo, ritorna, l’ordine è eseguito, ne rende conto; è attento a tutto; raccoglie oggetti che cadono, mette un cuscino o uno sgabello sotto invisibili piedi; regge un vassoio, avvicina una sedia, apre una porta;

chiude una finestra, tira le tendine; osserva il padrone e la padrona; è immobile, le braccia penzoloni, le gambe parallele; ascolta, cerca di leggere nei volti, e soggiunge:

<<Ecco la mia pantomima>> [...]

(Diderot, 2000, pp. 87-88)

La presenza di un nucleo sintomatologico simile ha a lungo condotto, in passato, sia la classificazione nosografica (DSM-III, 1980; DSM-III-TR, 1987; DSM-IV, 1994; DSM-IV-TR, 2000), sia alcuni trattamenti psicoterapeutici come quello cognitivo-comportamentale (cfr., ad es., Kozak & Foa, 1997; Nutt & Malizia, 2006, Storch, Abramowitz, & Goodman, 2008) ad accomunare i disturbi fobici e ossessivo-compulsivi. Freud è stato il primo a differenziare le due psicopatologie sulla base dell’eziologia e delle emozioni sottostanti e, attualmente, il DSM-5 (APA, 2013) li ha inseriti in categorie diagnostiche differenti. Recentemente, Autori cognitivisti e sistemici (Guidano, 1987, 1991; Ugazio, 1998, 2012) hanno ipotizzato che i disturbi fobici e ossessivo-compulsivi si differenzino dal punto di vista dei significati prevalenti nei rispettivi contesti di sviluppo. La ricerca esposta nel presente elaborato ha come cornice teorica il modello di Valeria Ugazio (2012) e si propone di verificare se anche la relazione terapeutica con questi pazienti sia diversa.

La relazione terapeutica incide sull'efficacia della psicoterapia (cfr., ad es., Bergin & Garfield, 1994; Lambert, 1992) ma non è ancora chiaro in che modo ciò avvenga. Per il cognitivismo standard, una buona alleanza terapeutica è utile nel favorire l'adesione del paziente al trattamento (Beck, 1976; Ellis, 1962). Altri Autori cognitivisti ritengono che la relazione costituisca invece un fattore specifico della terapia, assimilabile alle tecniche, utile a identificare e modificare gli schemi cognitivi dei pazienti e ad incrementarne la complessità cognitiva (Greenberg & Safran, 1987; Liotti, 1994, 2001; Safran & Segal, 1990; Semerari, 1991). Gli approcci rogersiani definiscono la relazione terapeutica come efficace di per sé grazie ad alcuni atteggiamenti del terapeuta, quali l'empatia, l'accettazione incondizionata e l'autenticità (Rogers, 1958; Schmidt-Traub, 2003; Truax & Carkhuff, 1967). La psicoanalisi contemporanea ritiene che nella relazione con l'analista, il paziente possa vivere quella che Alexander ha definito un'esperienza emotiva correttiva (Alexander & French, 1946).

I modelli sistemici, nonostante il focus sulle relazioni per la diagnosi e il trattamento, non hanno una vera e propria teoria sulla relazione terapeutica (Flaskas & Perlesz, 1996; Ugazio, 2007). Un'eccezione è rappresentata dal modello di Valeria Ugazio (1998, 2012) la quale, in riferimento al paradigma costruzionista e ispirandosi alla *Positioning Theory* (Harré & van Langenhove, 1999; Harré & Moghaddam, 2003; Harré, Moghaddam, Cairnie, Rothbart, & Sabat, 2009), ha ipotizzato che non esiste un unico modo di costruire la relazione terapeutica “*ma tanti modi diversi quante sono le semantiche*” (Ugazio, 2012, p. 303, corsivo nell'originale).

Per Ugazio, nelle famiglie con membri che presentano alcuni dei disturbi psicopatologici più ricorrenti, la conversazione è organizzata attorno a uno specifico e coerente insieme di polarità semantiche che scaturiscono dalle medesime polarità emotive, le *semantiche familiari*. Ad essere saliente nei disturbi fobici è la semantica della *libertà*, in quelli ossessivo-compulsivi la semantica della *bontà*, mentre la semantica del *potere* e quella dell'*appartenenza* sono rilevanti, rispettivamente, nei disturbi alimentari e nelle gravi depressioni. Il fatto che i pazienti “parlino la lingua” dei propri contesti di appartenenza all'interno della relazione terapeutica è stato verificato a livello dei contenuti del discorso, attraverso la rilevazione delle polarità semantiche narrate (Ugazio, 2010; Ugazio, Negri, & Fellin, 2011, 2015; Ugazio, Negri, Zanaboni, & Fellin, 2007), ma questo è soltanto uno dei possibili *positioning* individuabili nella conversazione

(Bamberg, 1997; Harré & Van Langenhove, 1999; Hermans, 2001; Hollway, 1994; Lucius-Hoene & Deppermann, 2000; Wortham, 2000). Oltre alle polarità semantiche narrate, che esprimono un tipo di *positioning* esplicito e puramente descrittivo, sono individuabili, nella conversazione, altri due tipi di *positioning*, di ordine performativo, da cui si evincono le polarità semantiche narranti e interattive, a partire, rispettivamente, dall'atto del parlare e dall'interazione tra gli interlocutori.

La presente ricerca intende verificare se la semantica della libertà e quella della bontà siano prevalenti tra i *positioning* interattivi dei pazienti che manifestano, rispettivamente, un disturbo fobico e ossessivo-compulsivo e se, a sua volta, la terapeuta tenda a con-porsi entro i significati critici per i propri pazienti. A tal fine, la *Semantics Grid of the Dyadic Therapeutic Relationship* (SG-DTR; Ugazio & Castelli, 2015) è stata applicata alle prime due sedute di consultazione di 48 pazienti, di cui 16 con un disturbo di tipo fobico, 16 con un disturbo ossessivo-compulsivo e 16 che hanno richiesto un trattamento per problemi esistenziali o relazionali e non soddisfano alcun criterio del DSM-5.

La verifica dell'ipotesi secondo la quale i pazienti con un disturbo fobico e quelli con un disturbo di tipo ossessivo-compulsivo costruiscano la relazione terapeutica sulla base di significati, e dunque principalmente di emozioni, diversi, potrebbe avere importanti implicazioni sulla teoria e sulla pratica clinica, che saranno discusse nel capitolo 5 del presente elaborato, dedicato alla ricerca.

Prima di descrivere la ricerca, tuttavia, affronterò alcune questioni teoriche rilevanti. In primo luogo passerò in rassegna il dibattito che ha preceduto i cambiamenti che hanno interessato l'ultima versione del DSM, nella quale il disturbo ossessivo-compulsivo è stato separato dalla categoria dei disturbi d'ansia, al fine di illustrare gli aspetti che la letteratura riconosce come simili o diversi tra le due classi di disturbi e di sottolineare i limiti della diagnosi nosografica. Successivamente presenterò il modello di Valeria Ugazio, con l'obiettivo di fornire gli strumenti teorici per una diagnosi differenziale tra disturbi fobici e ossessivo-compulsivi di tipo ermeneutico, basata sull'idea, introdotta da Guidano (1991) che la psicopatologia sia una scienza del significato. Affronterò in seguito il tema della relazione terapeutica in generale e della relazione terapeutica con i disturbi fobici e ossessivo-compulsivi in rapporto ai diversi orientamenti teorici in psicologia clinica, dedicandomi in misura maggiore ad illustrare la posizione di Valeria Ugazio.

1. Disturbi fobici e ossessivo-compulsivi: l'ansia li unisce?

Tradizionalmente, i disturbi ossessivo-compulsivi sono stati associati a quelli fobici. Janet (1903) per esempio, collocava le ossessioni, le fobie e altri disturbi all'interno della medesima sindrome: la psicoastenia. Tale associazione è principalmente dovuta al fatto che, sebbene sia generalmente possibile discriminare in modo chiaro tra i due quadri psicopatologici, nella pratica clinica si riscontrano frequenti sovrapposizioni a livello sintomatologico (Ugazio, 1999). Nel DSM-III (1980) e nelle successive versioni del manuale (DSM-III-TR, 1987; DSM-IV, 1994; DSM-IV-TR, 2000) il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è stato inserito nella categoria dei disturbi d'ansia sulla base della condivisione di un nucleo sintomatologico di tipo ansioso. Tuttavia, la complessità e l'eterogeneità fenomenologica di tale disturbo hanno sempre posto il problema relativo a quale fosse l'opportuna collocazione nosografica. Per esempio, quando la sintomatologia è caratterizzata da ossessioni di contaminazione e da compulsioni di pulizia o da aggressività e controllo, il DOC condivide molti aspetti con le fobie e il disturbo di panico; in particolare, in questi casi l'ansia sembra essere più rilevante rispetto a quando sono presenti ossessioni e compulsioni di simmetria, di ordine o di accumulo, che rendono il DOC più simile ad altre manifestazioni psicopatologiche (Starcevic & Janca, 2011; Stein et al., 2010; Storch, Abramowitz, & Goodman, 2008; Viswanath et al., 2012). Oltre al fatto che l'ansia non sembra essere presente in modo stabile nelle diverse espressioni del disturbo, alcuni sintomi caratterizzano in modo specifico il DOC; tra questi, i pensieri ossessivi, un livello variabile di consapevolezza del disturbo, il pensiero magico e le compulsioni che, pur essendo simili alle strategie di evitamento di alcuni disturbi d'ansia, si differenziano da queste per il loro carattere stereotipato, coercitivo e afinalistico (Stein et al., 2010). Inoltre, secondo alcuni Autori, l'ansia, in quanto sintomo aspecifico osservabile in diverse psicopatologie, come i disturbi affettivi, dello sviluppo e psicotici, non può essere considerata una caratteristica fondamentale del disturbo ossessivo-compulsivo (Bartz & Hollander, 2006; Stein et al., 2010).

Nel DSM-5 (2013) il DOC è stato separato dai disturbi d'ansia e inserito nella nuova categoria nosografica che raggruppa le patologie dello spettro ossessivo-compulsivo¹. Tale cambiamento è in linea con l'*International Classification of Mental Disorders* (ICD-10, 2007), che considera le due tipologie di disturbi come categorie distinte, anche se le inserisce nella più ampia classe dei “disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi”.

Quali dati giustificano la separazione del DOC dai disturbi d'ansia? Gli Autori che si sono espressi a favore di tale cambiamento ritengono che questi quadri psicopatologici siano diversi in termini fenomenologici, di insorgenza, decorso, comorbidità, neurobiologici e di risposta ai trattamenti (Zohar et al., 2007). Per esempio, il DOC tende ad avere un'insorgenza precoce, precedente alla pubertà, mentre i disturbi d'ansia, in particolare il disturbo d'ansia generalizzato, avrebbero un esordio più tardivo; inoltre, il DOC prevale in egual modo in maschi e femmine, diversamente dai disturbi ansiosi, più comuni nelle donne. Ossessioni e compulsioni non peggiorano in risposta a sostanze che tipicamente provocano reazioni ansiose e difficilmente i pazienti con DOC fanno uso di alcolici o ansiolitici, a differenza di quelli con fobia sociale, con un disturbo d'ansia generalizzato o un disturbo di panico; infine, il DOC e i disturbi d'ansia sembrano coinvolgere circuiti cerebrali distinti e rispondere in modo differente ai farmaci: i serotoninergici sono risultati efficaci per il DOC, ma non i noradrenergici e le benzodiazepine, utili nei disturbi d'ansia.

L'analisi della letteratura pone in evidenza come, in realtà, i dati non siano così netti; pochi hanno pienamente supportato la scelta di separare il DOC dai disturbi d'ansia (Bartz & Hollander, 2006; Zohar et al., 2007) mentre la maggior parte dei ricercatori che ha preso parte al dibattito precedente alla nuova versione del DSM ha definito inappropriata tale rimozione (cfr., ad es., Bienvenu et al., 2012; Phillips et al., 2010; Radua, van den Heuvel, Surguladze, & Mataix-Cols, 2010; Stein et al., 2010; Starcevic & Janca, 2010; Storch, Abramowitz, & Goodman, 2008). Per lo più, questi Autori supportano la creazione di una nuova categoria comprendente i disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo ma ritengono che, dato il loro stretto rapporto con i disturbi d'ansia, queste due classi di disordini debbano essere inserite, allo stesso modo dell'ICD-10, in un gruppo sovraordinato.

¹ Altri cambiamenti hanno interessato il DSM-5 all'interno delle categorie diagnostiche prese in considerazione, tuttavia il loro approfondimento non rientra tra gli scopi del presente elaborato.

Nonostante la nosografia attuale abbia assegnato il DOC ad una categoria a sé stante, i criteri diagnostici non sono sostanzialmente cambiati e le ossessioni continuano ad essere definite come “pensieri, impulsi o immagini che causano, nella maggior parte dei casi, ansia o disagio”. Tale definizione è supportata tanto dalla letteratura quanto dall’esperienza clinica (cfr., ad es., Boulougouris, Rabavilas, & Stefanis, 1977; Foa et al., 1996; Foa et al., 2005; Hornsveld, Kraaimaat, & van Dam-Baggen, 1979; Kozak, Rossi, McCarthy, & Foa, 1989; Leckman et al., 2010; Mancebo et al., 2008; Purcell & Arrigo, 2006; Rabavilas & Boulougouris, 1974; Rachman & Hodgson, 1980; Stein et al., 2009). Non è ad oggi chiaro se l’ansia sia secondaria a ossessioni e compulsioni o se abbia un ruolo nella loro genesi. Studi mostrano come, nel DOC, le compulsioni siano messe in atto in risposta situazioni o pensieri che provocano uno stato ansioso; inoltre, l’ansia e la necessità di mettere in atto comportamenti compulsivi tendono a ridursi in seguito ai rituali (Hodgson & Rachman, 1972; Roper & Rachman, 1976; Roper, Rachman, & Hodgson, 1973). Tuttavia, il fatto che tali sintomi tendano a peggiorare in situazioni stressanti (Parkinson & Rachman, 1980), supporta l’idea che l’ansia possa essere primaria.

Ansia, evitamento fobico e attacchi di panico sono frequenti nel disturbo ossessivo-compulsivo (cfr., ad es., Nutt & Malizia, 2006; Torres et al., 2014; Tynes, White, & Stekeete, 1990); il DSM-5 stesso afferma che i pazienti con tale psicopatologia possono avere attacchi di panico e mettere in atto strategie di evitamento fobico; inoltre, il manuale riconosce, tra gli aspetti cognitivi fondamentali del DOC, molte caratteristiche che la letteratura ha dimostrato essere comuni tra i pazienti con un disturbo d’ansia generalizzato, come la tendenza a sovrastimare le minacce, l’atteggiamento negativo di fronte ai problemi, l’intolleranza dell’incertezza, un elevato senso di responsabilità e il perfezionismo (Fergus & Wu, 2010). Dal punto di vista cognitivo solo “l’importanza e il controllo dei pensieri” sembra differenziare il DOC dal disturbo d’ansia generalizzato, ovvero i pazienti con DOC tenderebbero a valutare i propri pensieri intrusivi come se fossero espressione delle proprie reali intenzioni (Fergus & Wu, 2010). Come riportano Torres e colleghi (2014), il DOC condivide col disturbo di panico alcune manifestazioni ansiose quali l’apprensione, l’ipervigilanza, l’evitamento di situazioni specifiche (Brown & Barlow, 1992), le preoccupazioni ipocondriache e la tendenza a sopravvalutare i rischi (Pallanti, Grassi, Sarrecchia, Cantisani, & Pellegrini, 2011). Inoltre, studi recenti hanno

indagato il ruolo dell'*anxiety sensitivity* nell'eziologia e nel mantenimento del DOC, dimostrando come la tendenza ad interpretare le sensazioni fisiologiche di ansia o *arousal* come dannose o pericolose non sia un fattore di rischio significativo solo per i disturbi d'ansia (Calamari, Rector, Woodard, Cohen, & Chik, 2008; Raines, Oglesby, Capron, & Schmidt, 2014; Robinson & Freeston, 2014; Storch et al., 2014).

Per quanto riguarda le regioni cerebrali coinvolte, alcune aree del circuito fronto-striatale sembrano essere specificatamente implicate nel DOC, mentre nei disturbi d'ansia sarebbe una parte del sistema limbico ad essere maggiormente sollecitata. In particolare, nel DOC è stata rilevata un'iperattività, in condizioni di riposo, della corteccia orbito-frontale, della corteccia cingolata anteriore e del nucleo caudato; tali aree andrebbero incontro ad una maggiore attivazione in presenza di ossessioni e compulsioni e ad un'attenuazione in seguito a trattamenti efficaci (Menzies et al., 2008; Rotge et al., 2008; Whiteside, Port, & Abramowitz, 2004). Inoltre, di fronte a stimoli neutri, il DOC sembra caratterizzarsi per una bassa responsività dell'amigdala, a differenza di quanto accade nei disturbi d'ansia (Cannistraro et al., 2004; Simon, Kaufmann, Müsch, Kischkel, & Kathmann, 2010), per i quali è stata inoltre individuata un'iperattività dell'insula. Tuttavia, come sottolineano Stein e colleghi (2010), tali evidenze non sembrano caratterizzare in modo specifico i disturbi d'ansia; per esempio, l'iper-responsività dell'amigdala è stata rilevata anche per il disturbo da dismorfismo corporeo (Feusner, Townsend, Bystritsky, & Bookheimer, 2007) e per la depressione maggiore (Sheline et al., 2001) mentre i risultati relativi all'insula sono stati ottenuti in qualche ricerca anche per il DOC (Shapira et al., 2003; Stein et al., 2006; van de Heuvel et al., 2009). Inoltre, come riportano Phillips e colleghi (2010), nonostante alcuni studi sostengano il coinvolgimento di alcune regioni striatali anche in altri disturbi dello spettro ossessivo (Atmaca et al., 2010; O'Sullivan et al., 1997; Rauch, et al., 2003), i dati contrastano con quanto emerge in altre ricerche (Cannistraro & Rauch, 2003; Carey et al., 2004; Chamberlain et al., 2008; Feusner et al., 2009; Keuthen et al., 2007; Saxena, 2008; Stein et al., 1997).

Dati contrastanti giungono anche dagli studi sulla comorbilità e sulla familiarità. La depressione maggiore risulta essere il disturbo più presente sia in pazienti con DOC che con disturbi d'ansia e, in entrambi i casi, sembra avere un'insorgenza secondaria (Bartz & Hollander, 2006). I risultati di una ricerca americana suggeriscono che i disturbi d'ansia

(in particolare agorafobia e disturbo d'ansia generalizzato), i disturbi di personalità del cluster ansioso (ossessivo-compulsivo ed evitante), alcuni disordini dello spettro ossessivo tra i quali il disturbo da distorsione corporea, la tricotillomania e il disturbo da escoriazione e i disturbi depressivi (soprattutto la depressione maggiore) sono significativamente più presenti tra le persone con DOC e i loro familiari di primo grado rispetto ad un gruppo di controllo (Bienvenu et al., 2012). Altri studi confermano che, oltre ai disturbi depressivi e a quelli ansiosi, tra cui il più comune sembra essere la fobia sociale (Denys, Tenney, van Meegen, de Geus, & Westenberg, 2004; du Toit, van Kradenburg, Niehaus, & Stein, 2001; Jaisoorya, Reddy, & Srinath, 2003; LaSalle, Cromer, Nelson, Kazuba, Justement, & Murphy, 2004), anche alcuni tra i disturbi inseriti nella nuova categoria del DSM-5 sembrano essere frequenti nei pazienti con DOC, quali il disturbo da distorsione corporea e la tricotillomania (Bartz & Hollander, 2006). A sua volta, il DOC è comunemente presente in pazienti con un disturbo d'ansia (Ruscio, Stein, & Chiu, 2010) e risulta essere frequentemente associato con i disturbi dello spettro ossessivo (Phillips et al., 2010). Ad eccezione di quanto emerso in uno studio (Bienvenu et al., 2000), il DOC prevale in misura significativamente maggiore nei pazienti con tricotillomania (Christenson & Mansueto, 1999; Jaisoorya et al., 2003; Richter, Summerfeldt, Antony, & Swinson, 2003) e con distorsione corporea (Bienvenu et al., 2000) che in soggetti sani. Tuttavia, anche se il 32-33% dei pazienti con un disturbo da distorsione corporea presenta, nel corso della vita, un disturbo ossessivo-compulsivo, percentuali più alte sono state rilevate nei casi di depressione maggiore (75-76%) e fobia sociale (37-39%) (Gunstad & Phillips, 2003; Phillips, Menard, Fay, & Weisberg, 2005). Inoltre, come riportano Phillips e colleghi (2010), la prevalenza del disturbo da distorsione corporea varia, negli studi, tra il 3% e il 37% in pazienti con DOC, tra l'8% e il 42% in soggetti con depressione maggiore e tra l'11% e il 13% in soggetti con fobia sociale. Alcuni riportano come la prevalenza nel corso della vita di un disturbo dello spettro ossessivo-compulsivo in pazienti con una diagnosi primaria di DOC, stimata al 15% per il disturbo da escoriazione e al 9% per la tricotillomania, sia di molto maggiore rispetto alla prevalenza di tali disturbi in soggetti con un disturbo di panico (2%) o fobia sociale (1%) (Richter et al., 2003); altri riportano invece percentuali più elevate relative alla presenza dei disturbi d'ansia in familiari di primo grado di pazienti con DOC rispetto ai disturbi dello spettro ossessivo e indicano che il 13% dei pazienti con DOC soddisfano

i criteri per il disturbo d'ansia generalizzato, il 20,8% per il disturbo di panico, il 16,7% per agorafobia, il 30,7% per fobie specifiche e il 54,1% per depressione maggiore (Nestadt et al., 2001). Come riportano Phillips e colleghi (2010), la disposofobia è molto frequente nei pazienti con DOC (Foa et al., 1995; Mataix-Cols, Rauch, Manzo, Jenike, & Baer, 1999) e il DOC è risultato presente nel 17-25% dei casi di pazienti con disposofobia (Frost, Steketee, Tolin, & Brown, 2006; Frost, Steketee, Tolin, & Glossner, 2010; Pertusa et al., 2008). Inoltre, il 25,6% dei pazienti con disposofobia senza DOC in anamnesi, ha riportato una storia familiare di DOC nello studio di Pertusa e colleghi (2008). Tuttavia, anche in questo caso, i disturbi d'ansia e quelli depressivi sono risultati essere quelli più frequentemente associati con la disposofobia (Frost et al., 2010). In sintesi, gli studi relativi alla comorbilità e alla familiarità falliscono nel fornire un valido criterio che supporti la separazione del DOC dai disturbi d'ansia, suggerendo piuttosto una sovrapposizione tra disturbi d'ansia, DOC e disordini dello spettro ossessivo (Bartz & Hollander, 2006; Bienvenu et al., 2012; Stein et al., 2010).

Per quanto riguarda la terapia farmacologica, diversi studi hanno dimostrato l'efficacia dei farmaci serotoninergici nel trattamento del DOC (cfr., ad es., Bloch et al., 2009; DeVeugh-Geiss et al., 1992; Foa et al., 2005; Geller et al., 2003; Goodman, Price, Rasmussen, Delgado, Heninger, & Charney, 1989; Greist et al., 1995; Soomro, Altman, Rajagopal, & Oakley-Browne, 2008; Tollefson et al., 1994), tuttavia tali risultati sono stati solo parzialmente verificati per altri disturbi dello spettro ossessivo, per i quali esistono dati discordanti. Ad esempio, come riportano Storch, Abramowitz, e Goodman (2008), alcune ricerche dimostrano l'efficacia dei serotoninergici per la tricotillomania (Christenson, Mackenzie, Mitchell, & Callies, 1991; Ninan, Rothbaum, Marsteller, Knight, & Eccard, 2000; Streichenwein & Thronby, 1995; Van Minnen, Hoogduin, Keijers, Hellenbrand, & Hendriks, 2003) mentre altri non supportano tale dato (Dougherty, Loh, Jenike, & Keuthen, 2006). I serotoninergici sono risultati essere efficaci anche per i disturbi depressivi e alcuni disturbi d'ansia tra cui il disturbo di panico (Boyer, 1995; Nutt & Ballenger, 2003), la fobia sociale e il disturbo d'ansia generalizzato (Ballenger, 1999). Inoltre, le benzodiazepine sembrano essere poco efficaci, oltre che per il trattamento del DOC, anche per il disturbo di panico (Nutt & Malizia, 2006).

Sulla base degli studi presentati, i cambiamenti che hanno interessato la classificazione nosografica sembrano essere maggiormente in linea con la crescente

frammentazione delle psicopatologie operata dalle diverse edizioni del DSM, più che l'esito di risultati che supportano univocamente l'esistenza di uno specifico cluster per i disturbi ossessivo-compulsivi e la loro separazione dai disturbi d'ansia. Secondo alcuni Autori, tale separazione sarebbe utile per poter effettuare una diagnosi differenziale più accurata poiché, in molti casi, per i terapeuti risulta difficile diagnosticare un disturbo ossessivo-compulsivo in quanto i pazienti non ne riferiscono i sintomi o riportano solo vaghe sensazioni di ansia (Bartz & Hollander, 2006). Gli Autori ritengono che questo comportamento sia dovuto ad un senso di imbarazzo che i pazienti proverebbero nel parlare di ossessioni e compulsioni. Potremmo domandarci quanto tale spiegazione sia rispondente alla realtà o se rifletta semplicemente l'importanza che la sintomatologia ansiosa può avere nel DOC, ovvero i pazienti potrebbero talvolta lamentare i sintomi ansiosi in quanto realmente preminenti rispetto a ossessioni e compulsioni. Tutto ciò dimostra che una diagnosi basata sulla sola valutazione dei sintomi non sia sufficiente a discriminare tra disturbi differenti. Come riportano Leckman e colleghi (2010) per esempio, è difficile distinguere le ossessioni da altri pensieri intrusivi o ricorrenti, come le preoccupazioni tipiche di chi manifesta un disturbo di ansia generalizzato o ipocondria o le ruminazioni dei pazienti depressi, così come le compulsioni possono essere confuse ad esempio con stereotipie, tic, impulsi. Inoltre, i pazienti con anoressia nervosa o un disturbo da dismorfismo corporeo possono avere preoccupazioni relative al loro aspetto fisico e compulsioni, così come l'ordine e il perfezionismo sono tratti fortemente caratterizzanti le persone con DOC ma anche quelle con un disturbo ossessivo-compulsivo di personalità.

I sintomi da soli non ci consentono sempre di effettuare una buona diagnosi differenziale e non ci conducono ad una comprensione del paziente utile ad orientare il trattamento, spesso neppure da un punto di vista puramente farmacologico. Pertanto, per lo psicoterapeuta, è importante integrare la classificazione nosografica classica con una diagnosi ermeneutica, più discriminativa soprattutto laddove è presente un nucleo sintomatologico simile, come nel caso dei disturbi fobici e ossessivo-compulsivi. Freud è stato il primo a differenziare le due psicopatologie. Secondo l'Autore:

ossessioni e fobie sono nevrosi distinte, con un meccanismo e un'etiologia particolari [...] La differenza fondamentale tra di loro è la seguente: in ogni ossessione si trovano due costituenti: (1) un'idea che si impone di forza al

paziente; (2) uno stato emotivo concomitante. Nel gruppo delle fobie questo stato emotivo è sempre di 'ansia', mentre nell'ossessione vera si possono avere, con la stessa frequenza dell'ansia, altri stati emotivi come il dubbio, il rimorso o l'ira. (1970, pp. 43-44)

Recentemente, Autori cognitivisti (Guidano, 1987, 1991) e sistemici (Ugazio, 1998, 2012) hanno ipotizzato che i disturbi fobici e ossessivo-compulsivi si differenzino dal punto di vista dei significati prevalenti nei rispettivi contesti di sviluppo. La ricerca esposta nel presente elaborato si colloca all'interno di questi orientamenti clinici e, in particolare, ha come cornice teorica il modello di Valeria Ugazio (1998, 2012), al quale è dedicato il prossimo capitolo.

2. Disturbi fobici e ossessivo-compulsivi: la semantica li divide

2.1 Le semantiche come strumento diagnostico

L'assunto introdotto da Guidano (1991), secondo il quale la psicopatologia è “una scienza del significato” (p. 56), è condiviso da molti Autori cognitivisti (Arciero & Bondolfi, 2009; Bara, 1996; Guidano, 1987, 1991; Guidano & Liotti, 1983; Lorenzini & Sassaroli, 1987, 1992; Mannino, 2005; Nardi, 2007; Picardi, 2003; Picardi & Mannino, 2001; Reda, 1986; Villegas, 1995, 1997, 2000, 2004) e sistemico-costruzionisti (Ugazio, 1998, 2012). Secondo tali Autori, i disturbi psicopatologici sarebbero l'esito dell'evoluzione in forme “nevrotiche” o “psicotiche” di organizzazioni di significato personale, strutturate sulla base di itinerari di sviluppo e di pattern di attaccamento differenti. Le diverse prospettive teoriche convergono anche sulla concezione fondamentale, teorizzata per la prima volta da Kelly (1955), secondo la quale le emozioni sarebbero alla base dei processi di costruzione del significato.

Mentre gli Autori cognitivisti hanno focalizzato l'interesse sui processi individuali di costruzione del significato, Ugazio ha spostato l'attenzione sui processi conversazionali interni alla famiglia e ai gruppi sociali attraverso i quali gli individui costruiscono gli eventi in modi per loro specifici, definendo il significato come “un'impresa congiunta a cui collaborano perlomeno tre soggetti in interazione” (2012, p. 40). Secondo l'Autrice, le famiglie, così come ogni altro gruppo con storia, organizzano la conversazione entro opposizioni polari di significato del tipo giusto/ingiusto, buono/cattivo, chiuso/aperto, attraente/ripugnante, che costituiscono una trama condivisa entro la quale ciascun membro prende necessariamente posizione attraverso un processo in gran parte non intenzionale. Ugazio riprende l'idea, presente in Occidente già nel pensiero presocratico e particolarmente rilevante nel pensiero orientale, che il significato si fondi su polarità antagoniste, ma ne dà un'accezione costruzionista, secondo la prospettiva della *Positioning Theory* (Harré & van Langenhove, 1999; Harré & Moghaddam, 2003; Harré, Moghaddam, Cairnie, Rothbart, & Sabat, 2009). Le polarità semantiche familiari sono dunque fenomeni discorsivi, non rappresentazioni mentali. Prendendo posizione entro le polarità rilevanti nel proprio gruppo, i membri della famiglia ancorano la propria identità a quella degli altri, ed è proprio la struttura polare del significato a rendere interdipendenti

le identità. L'appartenenza culturale delimita il repertorio di significati disponibili, ma solo alcune polarità semantiche tra quelle accessibili risultano salienti per una famiglia e delimitano ciò che è rilevante per i suoi membri. Se, ad esempio

la polarità “intelligente-ottuso” è rilevante in una famiglia, cioè costituisce una dimensione semantica attorno alla quale si organizza la conversazione, i membri di questa famiglia si posizioneranno con persone intelligenti, molto intelligenti, ma saranno circondate anche da individui limitati o addirittura ottusi. Sposeranno persone intelligenti, geniali, stupide, penosamente limitate. Si impegneranno e soffriranno per essere loro stessi intellettualmente brillanti o per rendere tale chi purtroppo non lo è. Entreranno in conflitto, competeranno affinché le loro capacità cognitive vengano riconosciute, romperanno matrimoni e amicizie o, al contrario, stringeranno legami per problemi cognitivi. Qualche membro della famiglia sarà intellettualmente brillante, o considerato tale, mentre altri dovranno risultare cognitivamente carenti. Una cosa è certa: tutti in questa famiglia dovranno “posizionarsi” rispetto alla dimensione polare in questione e ciascuno avrà bisogno, per il mantenimento della propria identità, di chi si colloca in altri punti di questa dimensione semantica. (Ugazio, 2012, p. 52)

La tesi di Ugazio, empiricamente validata (Ugazio, 2010; Ugazio, Negri, & Fellin, 2011, 2015; Ugazio, Negri, Zanaboni, & Fellin, 2007), è che nelle famiglie con membri che presentano alcuni dei disturbi psicopatologici più ricorrenti, la conversazione sia organizzata attorno a uno specifico e coerente insieme di polarità semantiche che scaturiscono dalle medesime polarità emotive, le *semantiche familiari*. Ad essere saliente nei disturbi fobici è la semantica della *libertà*, in quelli ossessivo-compulsivi la semantica della *bontà*, mentre la semantica del *potere* e quella dell'*appartenenza* sono rilevanti, rispettivamente, nei disturbi alimentari e nelle gravi depressioni. La prevalenza di una semantica non è tuttavia condizione necessaria e sufficiente per un esordio psicopatologico. L'insorgere di un disturbo dipende dai reciproci *positioning* che il paziente e le persone per lui significative assumono nella conversazione all'interno della semantica critica. Riprendendo la revisione costruzionista del concetto di doppio legame (Cronen, Johnson, & Lannamann, 1982), Ugazio (2012) sostiene che la posizione dei

soggetti con un disturbo fobico, ossessivo, alimentare o depressivo, assume i contorni di un dilemma o circuito riflessivo bizzarro, in cui

due esigenze imprescindibili dell'essere umano - disporre di relazioni soddisfacenti e mantenere un'autostima accettabile - diventano autoescludentisi proprio rispetto ai significati centrali per il contesto conversazionale di cui il soggetto è parte (p. 110).

Quello proposto da Ugazio è un modello esplicativo dei principali disturbi clinici utile a formulare una diagnosi ermeneutica e dimensionale orientata al cambiamento. Come è già stato sottolineato altrove (Ugazio et al., 2011), un'analisi del profilo semantico permette di distinguere, e conseguentemente affrontare in modo diverso, una depressione che si è sviluppata entro un contesto dove prevale la semantica della bontà da un'altra maturata nella semantica del potere o dell'appartenenza. Allo stesso modo è possibile discriminare tra una sintomatologia ansiosa insorta nell'ambito della semantica della libertà da un'altra emersa in un contesto in cui a prevalere è la semantica della bontà.

Nei paragrafi successivi verranno illustrati sinteticamente i due universi semantici critici per i disturbi fobici e ossessivo-compulsivi.

2.2 La semantica della libertà

Lo stringersi di un legame importante è vissuto da molte persone, nel mondo Occidentale, come una minaccia alla propria autostima, fondata sull'essere autonomi e indipendenti. Tale sentimento è frutto dell'individualismo, dell'idea di società come “un ammasso di monadi senza finestre” (Elias, 1969, p. 58), di quella concezione dell'individuo disconnesso dal gruppo che ha origini antiche e fondamentalmente occidentali. I soggetti con organizzazione fobica, quindi, portano all'estremo una premessa presente nella nostra cultura, ovvero l'idea della libertà come “assoluta e solitaria indipendenza *dalle* relazioni” (Ugazio, 2012, p. 156, corsivo nell'originale)².

² Ugazio (2012) specifica che la casistica, le cui sedute sono state riesaminate ai fini della verifica delle ipotesi presentate in questo paragrafo, comprende pazienti che, secondo il DSM-IV-TR (APA, 2000) presentano un disturbo da attacchi di panico con agorafobia (300.21), un disturbo da attacchi di panico senza agorafobia (300.1) o una fobia specifica (300.20).

La conversazione in queste famiglie si organizza preferibilmente intorno a episodi dove la paura, il coraggio, il bisogno di protezione e il desiderio di esplorazione e di indipendenza svolgono un ruolo centrale. Come esito di questi processi conversazionali, i membri di queste famiglie si sentiranno, e verranno definiti, timorosi, cauti o, al contrario, coraggiosi, addirittura temerari. Troveranno persone disposte a proteggerli o s'imbatteranno in persone incapaci di cavarsela da sole, bisognose del sostegno dell'altro. Si sposeranno con persone fragili, dipendenti, ma anche con individui liberi, talvolta insofferenti dei vincoli; soffriranno per la loro dipendenza, cercheranno in ogni modo di conquistare l'autonomia. In altri casi saranno orgogliosi della loro indipendenza e libertà che difenderanno più di ogni altra cosa. L'ammirazione, il disprezzo, i conflitti, le alleanze, l'amore, l'odio si giocheranno su temi di libertà/dipendenza. (Ugazio, 2012, p. 116)

I contesti in cui è rilevante la semantica della libertà inducono il futuro paziente a sperimentare l'attaccamento e l'esplorazione come due esigenze irrinunciabili ma, al contempo, inconciliabili. Da un lato, la rappresentazione del mondo come pericoloso e la percezione di sé come debole dal punto di vista fisico o psicologico, tipiche dei contesti in cui prevale la semantica della libertà, lo inducono a sperimentare il bisogno di protezione e dunque di essere in relazione con figure rassicuranti. Dall'altro lato, tuttavia, il mantenimento di una relazione stretta con figure protettive si accompagna a un senso di costrizione e limitazione e ciò accade perché, all'interno di questa semantica, il polo valorizzato è quello della libertà/indipendenza.

Il circuito riflessivo bizzarro che il soggetto si trova a vivere esprime l'intransitività costruita tra relazione e autostima. I sintomi, come gli attacchi di panico, intervengono per contenere la riflessività del circuito, consentendo al soggetto di mantenere una relazione protettiva senza tuttavia sentirsi vincolato dai legami e dunque senza intaccare eccessivamente l'autostima. Come afferma anche Guidano (1987), i soggetti fobici vivono gli accadimenti somatici, tra cui le emozioni e sensazioni e dunque anche i sintomi, come eventi fisici ed esterni al sé. Per Ugazio, questo aspetto facilita il controllo delle relazioni interpersonali tipico in queste organizzazioni. Il malessere fisico, infatti, induce le persone significative per l'individuo a coinvolgersi e ad essere disponibili senza

che in realtà il soggetto si impegni a sua volta nella relazione e dunque senza vissuti di disistima derivanti dal riconoscimento di un'avvilente situazione di dipendenza.

Le organizzazioni fobiche tendono a disorganizzarsi di fronte a separazioni e rotture. Questo è vero soprattutto per coloro che, prima dell'esordio sintomatico, hanno privilegiato la relazione al sé, ovvero coloro che hanno adottato "la strategia della vicinanza limitante", collocandosi nel polo svalutato della semantica della libertà. Chi, invece, ha privilegiato il sé, attraverso quella che Ugazio chiama "la strategia del distanziamento emotivo" (2012), può entrare in crisi anche di fronte a episodi che minacciano la propria autonomia, come un matrimonio, la nascita di un figlio o la perdita del lavoro. Questi episodi diventano critici perché *"alterano la posizione del soggetto fobico nella semantica della libertà in equilibrio precario fra perlomeno due sistemi di relazioni altrettanto importanti"* (Ugazio, 2012, p. 134, corsivo nell'originale). Difficilmente chi ha un'organizzazione di tipo fobico si consegna totalmente alla relazione con il partner; queste persone tendono a privilegiare le relazioni verticali, con i figli o con i genitori, più sicure di quelle orizzontali. In generale quindi, la situazione relazionale che conduce all'esordio sintomatico, *"rompe la complementarietà fra la relazione coniugale e un altro sistema di relazioni, altrettanto vitale per il soggetto"* (Ugazio, 2012, p. 134, corsivo nell'originale). Secondo l'Autrice, i sintomi consentono al paziente di mantenere relazioni strette con entrambi i sistemi da cui dipende.

Ma qual è il contesto intersoggettivo entro il quale le organizzazioni fobiche hanno origine? Secondo Bowlby (1973), i disturbi fobici derivano da pattern di attaccamento ansioso sviluppatosi in risposta agli stessi modelli interattivi riscontrati nei bambini che rifiutano la scuola. Talvolta, secondo l'Autore, il ruolo del genitore nel limitare l'esplorazione del bambino è diretto. In altri casi, il bambino resta a casa da scuola per il timore che possa succedere qualcosa alla madre (o al padre) in sua assenza o per la paura di allontanarsi dovuta a ripetute minacce di abbandono o espulsione. Molte ricerche hanno riscontrato, nei racconti biografici dei pazienti con disturbi fobici, sia un'elevata frequenza di ansia da separazione (cfr., ad es., Biederman et al., 2005; Gittelman & Klein, 1984; Manicavasagara, Silove, & Curtis, 1997; Manicavasagara, Silove, Curtis, & Wagner, 2000; Manicavasagara, Wagner, & Hadzi-Pavlovic, 1999) sia pattern di attaccamento ansioso (De Ruiter & Van Ijzendoorn, 1992; Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996; Warren, Huston, Egeland, & Sroufe, 1997). Secondo Ugazio, il

modello di Bowlby non spiega tuttavia l'altra faccia della medaglia delle organizzazioni fobiche: il bisogno di libertà e indipendenza. Anche i modelli di alcuni Autori cognitivisti (Guidano, 1987, 1991; Guidano & Liotti, 1983; Sassaroli, Lorenzini, & Ruggiero, 2005; Villegas, 1995), pur riconoscendo la presenza di bisogni antagonisti, rendono ragione solamente del bisogno di protezione da un mondo vissuto come pericoloso. Ugazio (2012) condivide con questi Autori l'osservazione secondo la quale i soggetti fobici avrebbero, nell'infanzia, un legame preferenziale con una persona, solitamente la madre, che ne limiterebbe l'esplorazione. Il punto è che questo adulto è coinvolto in un legame affettivo molto intenso con un membro della famiglia, che può essere il partner, un altro figlio o un genitore, che si colloca nel polo "libertà/indipendenza". Di regola, questa persona tende ad essere "fuggitiva" e dunque meno coinvolta nella relazione, generando nella madre ammirazione e invidia ma al contempo sentimenti di insicurezza e desiderio di rassicurazione. La relazione stretta che il bambino sviluppa con la madre è un tentativo di rispondere a questi stati emotivi. Dunque, frequentemente, il figlio si trova a svolgere un ruolo consolatorio, che ha come esito una limitazione dei comportamenti esplorativi. È in questo modo che il bambino, a partire dalla seconda infanzia, costruisce progressivamente il desiderio di legami affettivi intensi e il bisogno di libertà come reciprocamente escludenti:

Mantenere la relazione con la madre significa quindi per il bambino ricevere una definizione negativa di sé, dove la negatività di tale definizione è data dal fatto che la madre valorizza un membro della famiglia che ha un comportamento opposto a quello sollecitato nel bambino. (Ugazio, 2012, p. 142, corsivo nell'originale)

Chiaramente, la configurazione relazionale descritta da Ugazio non è una caratteristica oggettiva del contesto ma è un modo attraverso cui il bambino legge la situazione relazionale in cui è coinvolto. Il contesto intersoggettivo qui riassunto riguarda tutte le organizzazioni fobiche. L'unica differenza che l'Autrice ha riscontrato nella storia dei soggetti a prevalenza claustrofobica riguarda un brusco cambiamento di alleanze nella fanciullezza, determinato da una delusione scaturita da eventi specifici, come la nascita di un fratello, per il quale l'individuo si avvicina a un membro della famiglia collocato nel polo "libertà, indipendenza" assumendone i comportamenti.

La descrizione del contesto entro il quale si sviluppano i disturbi fobici presentata in questo paragrafo è un riassunto delle osservazioni di Ugazio, per un approfondimento delle quali rimando il lettore al testo “Storie permesse, storie proibite” (2012). Il paragrafo successivo illustra gli elementi centrali dei gruppi in cui domina, invece, la semantica della bontà.

2.3 La semantica della bontà

Per Freud e la psicoanalisi classica, la socialità non è primaria, ma acquisita sulla base di una rinuncia alla soddisfazione immediata e indiscriminata delle proprie pulsioni. Il bambino è descritto come un perverso polimorfo (1905) e la funzione dell’Io all’interno dello sviluppo è quella di consentire la gratificazione pulsionale in modo consono alla realtà (1895). Il bambino impara presto a rimuovere determinati pensieri, emozioni e impulsi non solo perché comportano un pericoloso eccitamento dell’Io ma perché sono associati a proibizioni, punizioni e minacce provenienti dalle figure genitoriali. Ne “Il disagio della civiltà” Freud (1929) scrive che “L’uomo civile ha barattato una parte della sua possibilità di felicità per un po’ di sicurezza”.

La fonte di ispirazione di Freud è Schopenhauer. Secondo l’Autore (1819) il mondo è volontà insaziabile di vivere e tale volontà si esprime nell’affermazione di sé a danno degli altri. A differenza di Sant’Agostino, per il quale il male non ha una realtà propria ma è assenza di bene, per Schopenhauer la società è una contrapposizione brutale di egoismi: tutto l’universo è mosso da questa forza primordiale, intrinsecamente malvagia. L’unica strada che consente all’uomo di superare il male è quella del sacrificio, dell’ascesi, della rinuncia all’impulso a generare. L’idea che il bene sia privazione di male, espressa nel pensiero di Freud e di Schopenhauer, fa parte della nostra cultura e si fonda sulla stessa concezione individualistica dell’uomo che è alla base dell’idea di libertà come indipendenza dalle relazioni. Tale idea “astinente” della bontà è intrinseca ai nuclei familiari in cui si sviluppa un disturbo ossessivo. Per Anna Freud (1976): “nessun altro fenomeno mentale esprime con uguale chiarezza il dilemma umano della spietata e incessante battaglia tra gli impulsi innati e gli obblighi morali acquisiti”.

Per Ugazio (2012), la polarità semantica rilevante nelle famiglie in cui un membro sviluppa un’organizzazione ossessiva è buono/cattivo. La bontà non è intesa in questi

contesti come disponibilità verso gli altri, accoglienza, generosità o gentilezza, bensì come astinenza e purezza:

Buono è chi rinuncia all'espressione dei propri desideri e alla difesa dei propri interessi, chi si sacrifica, chi si allontana dalla dinamica <<pulsionale>> [...] Cattivo è chi esprime la propria sessualità e le proprie <<pulsioni>> aggressive. (p.165)

In queste famiglie, spesso a causa di eventi drammatici di cui alcuni individui sono stati vittime, le istanze vitali sono il luogo in cui si esplica il male. Con "istanze vitali" non si intendono solo gli impulsi sessuali. A volte ad essere assimilati al male sono il denaro, il desiderio di emergere, di affermare la propria personalità, le attività imprenditoriali e finanziarie.

L'importanza che questa semantica assume fa sì che la conversazione in queste famiglie si organizzi preferibilmente intorno a episodi che mettono in gioco la deliberata volontà di fare del male, egoismo, avidità, godimento colpevole dei sensi, ma anche bontà, purezza, innocenza, ascesi, così come sacrificio e abnegazione. I membri di queste famiglie si sentiranno, di conseguenza, e saranno considerati, buoni, puri, responsabili, o al contrario, cattivi, egoisti, immorali. Incontreranno persone che li salveranno, o al contrario che li inizieranno al vizio, li indurranno a comportamenti di cui potranno poi sentirsi colpevoli. Sposeranno persone capaci di abnegazione, innocenti, pure o, invece, crudeli, egoiste che approfitteranno di loro. I loro figli saranno buoni, puri, casti o, al contrario, sfrenati nell'espressione dei loro desideri, violenti nell'affermazione di se stessi e della propria sessualità. Alcuni di essi soffriranno per l'inganno e a volte per la malvagità degli altri o per l'intrinseca cattiveria dei propri impulsi. Altri saranno orgogliosi della propria purezza e superiorità morale e alcuni si sentiranno appagati dalla soddisfazione dei propri impulsi. (Ugazio, 2012, p. 163)

Colpa/innocenza e disgusto/godimento dei sensi sono le emozioni alla base di questa semantica. La sessualità e l'affermazione di sé generano senso di colpa e disgusto, in quanto la loro espressione è legata a violenza e sopraffazione, mentre la rinuncia e l'abnegazione di sé sono associate a purezza e innocenza. Non si tratta di contesti familiari

emotivamente freddi. Per Ugazio, accanto a persone che contengono le emozioni, vi sono, in questi nuclei, figure che vivono passioni e impulsi fortissimi, colpevoli ed egoisti. Queste persone, seppur circondate da riprovazione, esercitano tuttavia sugli altri un certo fascino, perché in esse scorre la vita, anche se è una vita “cattiva”.

In alcune delle famiglie in cui prevale la semantica della bontà si riscontra l’adesione a principi universalisti come il socialismo o il comunismo o a ideologie e movimenti che prevedono il sacrificio dei bisogni individuali a favore di istanze ideali. In molte altre è facile trovare forti valori religiosi. L’identificazione della sessualità e delle manifestazioni del corpo con il male è tipica di molte religioni, tra le quali quella cristiana.

Nelle organizzazioni ossessive, il circuito riflessivo bizzarro alla base dell’esordio sintomatico coinvolge i livelli del sé e della relazione e dà origine ad una situazione psicologica drammatica. L’ossessivo, di fronte a situazioni che comportano coinvolgimento erotico o l’investimento in persone o attività finalizzate alla propria affermazione personale, diventa preda di percezioni di sé stesso discrepanti. La scissione, tra una parte di sé “buona, giusta” e una “cattiva, sbagliata”, è frutto di due prospettive inconciliabili: da un lato essere coinvolti in relazioni gratificanti, esteriorizzarsi, affermare sé stessi significa “sporcare” o “sporcarsi”, “infettare” o “essere infettati”, significa diventare cattivi, corrotti, disgustosi ed esporsi al rischio sia di perdere le relazioni di attaccamento più importanti sia di essere puniti. Dall’altro lato, essere buoni e puri significa essere amabili e degni di amore ma richiede il ritiro, la rinuncia ad ogni coinvolgimento gratificante con gli altri, il sacrificio di sé. Tra queste due prospettive inconciliabili ed estreme, che mettono in gioco vita e morte, la strada percorsa dal soggetto con organizzazione ossessiva è quella del dubbio e della ricerca di certezza, ovvero della paralisi decisionale. A differenza di chi, all’interno della famiglia, si colloca tra gli astinenti, orgoglioso della propria purezza e disgustato da chi persegue il piacere, e diversamente da chi assume invece un *positioning* pulsionale, godendo per la soddisfazione dei propri impulsi o sentendosi in colpa per il proprio comportamento, l’ossessivo non può posizionarsi agli estremi e, quando la riflessività del circuito è massima, nemmeno collocarsi serenamente in posizione mediana. Quando gli ossessivi entrano nella vita, sentendosi cattivi, sperimentano forti emozioni di paura e soprattutto, di angoscia. La rinuncia, d’altro canto, comporta vissuti di mortificazione e avvilitamento che a loro volta generano rabbia e rancore. Sono questi stati emotivi che impediscono al

soggetto di collocarsi ai poli e che lo consegnano ad un'oscillazione continua. I sintomi insorgono quando la persona rischia l'implosione e si configurano come gli unici momenti vitali. Le ossessioni in genere esprimono gli impulsi proibiti mentre le compulsioni sono finalizzate a placare la paura e l'angoscia generata dai pensieri ossessivi. Talvolta accade il contrario: le compulsioni esprimono gli impulsi colpevoli mentre le ossessioni hanno l'obiettivo di contenere l'angoscia che ne deriva. I sintomi, egodistonici, consentono un bilanciamento forzato tra gli estremi e permettono alla persona di evitare sia la punizione che la rinuncia totale. Gli aspetti cupi e tristi che spesso caratterizzano le persone con organizzazione ossessiva, sono una chiara espressione di quanto la vita sia, per essi, una storia proibita ma anche massimamente ambita. In effetti, come sottolinea Ugazio, le varie forme di funzionamento individuale che precedono l'esordio sintomatico "sono tentativi di lasciare spazio al coinvolgimento emotivo e all'affermazione personale" (2012, p. 177).

Alla base della paura e dell'angoscia degli ossessivi vi sono pericoli ben precisi: la perdita del legame con le figure principali di attaccamento e il rischio di punizioni e rappresaglie alla propria integrità fisica e sessuale. Freud connetteva tali rappresaglie al complesso edipico e all'angoscia di castrazione, che collegava a sua volta a una forma di angoscia di separazione (1925). Anche i cognitivisti condividono l'idea che alla base dell'angoscia degli ossessivi vi sia il timore di perdere il legame di attaccamento preferenziale (Guidano, 1987, 1991; Bara, Manerchia, & Pelliccia, 1996). Alcuni terapeuti di orientamento psicoanalitico e psicodinamico associano l'origine dei disturbi ossessivi a specifici pattern di relazione madre-bambino (Adams, 1973; Laughlin, 1967; Radó, 1959; Salzman, 1966). Adams (1973) ritiene che i genitori dei bambini con un disturbo ossessivo-compulsivo siano profondamente ambivalenti verso i figli e svalutanti verso i loro impulsi sessuali e aggressivi. Le loro pratiche educative sarebbero, secondo l'Autore, fondate su un'osservanza delle regole sociali rigida e sproporzionata all'età. Alcuni Autori cognitivisti hanno ipotizzato la presenza, nell'infanzia dei soggetti ossessivi, di pattern di attaccamento "resistente-ambivalente" o "ansioso-evitante" (Bara et al., 1996; Guidano, 1987, 1991; Guidano & Liotti, 1983; Lorenzini & Sassaroli, 1992). Anche questi Autori hanno sottolineato la tendenza alla svalutazione di comportamenti emotivi, espansivi e spontanei a vantaggio di atteggiamenti pseudo-maturi. Per Guidano (1987), la variabile cruciale per la genesi delle organizzazioni ossessive è la

contraddittorietà del comportamento della figura principale di attaccamento dovuta a sentimenti ambivalenti nei confronti del bambino. Altri (Hoover & Insel, 1984; Lorenzini & Sassaroli, 1992) hanno messo in luce la mancanza di calore emotivo come tratto caratterizzante le famiglie in cui si sviluppano questi disturbi.

Secondo Ugazio, nelle famiglie in cui un membro sviluppa un disturbo ossessivo, in genere i genitori si trovano ai due estremi opposti della semantica critica e la loro relazione è caratterizzata da conflitti molto forti. La configurazione relazionale che contribuisce allo sviluppo del disturbo, si caratterizza, per l'Autrice, per una rottura della barriera generazionale da parte della figura principale di attaccamento del futuro paziente - che frequentemente coincide con la madre e si colloca all'estremo "bontà/purezza" - che pone il bambino in una posizione di parità o di superiorità rispetto all'altro genitore e ad altri membri della famiglia di livello gerarchico superiore. Il confronto paritario con il genitore "pulsionale" e l'interpretazione malevole che questi, mosso da gelosia e irritazione, dà del suo attaccamento al genitore preferito, inducono il bambino a sperimentare in sé i desideri colpevoli e favoriscono il desiderio di assumere gli stessi comportamenti che il genitore astinente odia - ma al contempo sopporta perché ne è attratto - nel coniuge. Nel momento in cui il bambino tenta di esprimere tali pulsioni, tuttavia, la figura preferenziale lo rifiuta in modo astioso e violento, con l'effetto di riportarlo in posizione gerarchica inferiore. La ripulsa è rivolta al bambino come persona ed esprime disgusto per il fatto di provare gli impulsi colpevoli. Ugazio specifica che il genitore astinente non nutre odio per il bambino. I suoi rifiuti sono circoscritti agli impulsi proibiti, mentre altre emozioni sono permesse e danno luogo a scambi gratificanti.

Come risultato di questa configurazione relazionale, per il bambino mantenere la propria posizione di privilegio nei confronti della figura principale di attaccamento significa disconoscere in sé, negare, quegli impulsi che proprio il confronto paritario con l'altro genitore, prodotto dalla posizione di privilegio, alimenta e rende ineludibili. (Ugazio, 2012, p. 191)

Al futuro paziente ossessivo diventano quindi impraticabili sia la strada dell'astinenza sia quella del vizio perché la loro percorrenza lo porta a confrontarsi, rispettivamente, con sentimenti di mortificazione e di angoscia intollerabili. Il soggetto apprende infatti che, esprimendo le proprie pulsioni, si scontra con le rappresaglie del genitore pulsionale e con la ripulsa di quello preferito, con il rischio di far precipitare la relazione con la figura

preferenziale e di passare da una condizione privilegiata a quella di colpevole. Cosentino, D'Olimpio, Perdighe, Romano, Saliani, e Mancini (2012) riportano come i pazienti con DOC, ricordino spesso, nella propria infanzia, rimproveri duri e sprezzanti e la rottura di legami affettivi come metodo punitivo (Mariaskin, 2010; Pace, Thwaites, & Freeston, 2011; Shapiro & Stewart, 2011).

Per un approfondimento delle personalità premorbose del soggetto con organizzazione ossessiva e di altri aspetti dei contesti in cui prevale la semantica della bontà, si rimanda al testo “Storie permesse, storie proibite” (Ugazio, 2012).

Nel prossimo paragrafo verranno confrontati i contesti semantici entro i quali si sviluppano i disturbi fobici e ossessivo-compulsivi, al fine di sottolinearne le differenze e di individuare gli aspetti che, invece, rendono conto delle sovrapposizioni sintomatologiche.

2.4 Organizzazioni fobiche e ossessivo-compulsive a confronto

Come è stato brevemente illustrato nei paragrafi 2.2 e 2.3, fobici e ossessivi si differenziano innanzitutto per gli universi semantici che sono rilevanti nei rispettivi contesti di appartenenza e dunque per le emozioni che stanno alla base delle due organizzazioni di personalità. Per Ugazio (1998, 2012), infatti, le polarità semantiche familiari sono primariamente espressione delle emozioni e per questo svolgono un ruolo centrale per la psicopatologia. Nelle famiglie in cui prevale la semantica della libertà dominano “paura” e “coraggio” mentre nei contesti ossessivi le emozioni prevalenti sono “colpa/innocenza” e “disgusto/godimento dei sensi”. Anche la letteratura scientifica di ambito cognitivista dimostra che le due tipologie di disturbi si differenziano primariamente per le emozioni che ne stanno alla base, anche se fornisce una visione soltanto parziale delle reali differenze. Per esempio, come riportato da Torres e colleghi (2014), i comportamenti di evitamento e i rituali dei pazienti con DOC sono per molti aspetti simili ai comportamenti di “messa in sicurezza” dei pazienti con disturbi d’ansia (Storch, Abramowitz, & Goodman, 2008) ma motivati da emozioni diverse: colpa e responsabilità sembrano essere cruciali per i primi (Salkovskis, 1999) mentre la paura di morire o la paura della paura sarebbero centrali per chi ha un disturbo di panico o un’agorafobia (Austin & Richards, 2001; Clark, 1986). I principali modelli cognitivi del

DOC sostengono che i sintomi abbiano l'obiettivo di prevenire o neutralizzare eventuali sentimenti di colpa, oltre che la contaminazione da parte di sostanze disgustose (Mancini & Gangemi, 2004, 2015; Rachman, 1993, 2002, 2004, 2006; Salkovskis, 1985; Salkovskis & Forrester, 2002; Van Oppen & Arntz, 1994). Ricerche dimostrano che responsabilità e disgusto caratterizzano in modo specifico il DOC (cfr., ad es., D'Olimpio, Cosentino, Basile, Tenore, Gragnani, & Mancini, 2013; Foa, Amir, Bogert, Molnar, & Przeworski, 2001; Foa, Sacks, Tolin, Przeworski, & Amir, 2002; Olatunji, Tart, Ciesielski, McGrath, & Smits, 2011; Salkovskis, Wroe, Gledhill, Morrison, Forrester, & Richards, 2000). Il disgusto è stato rilevato soprattutto nei casi in cui vi sono compulsioni di pulizia (Cougale, Wolitzky-Taylor, Lee, & Telch, 2007; McKay, 2006; Olatunji, Sawchuk, Lohr, & de Jong, 2004; Tolin, Woods, & Abramowitz, 2006) ma gli studi non riportano differenze tra pazienti con diverse manifestazioni del DOC rispetto alla rilevanza di tale emozione (D'Olimpio et al., 2013), così come il senso di colpa non è esclusivo dei pazienti che hanno ossessioni a contenuto religioso o morale o compulsioni di controllo (D'Olimpio et al., 2013; Shapiro & Stewart, 2011). Provare un sentimento di colpa conduce campioni di popolazione non clinica a sperimentare sintomi di tipo ossessivo-compulsivo (cfr., ad es., Gangemi, Mancini, & van den Hout, 2007; Mancini, Gangemi, Perdighe, & Marini, 2008) così come provare senso di responsabilità (Ladouceur, Rhéaume, & Aublet, 1997; Ladouceur et al., 1995; Mancini, D'Olimpio, & Cieri, 2004; Reeves, Reynolds, Wilson, & Coker, 2010); inoltre, diversi studi di neuroimmagine indicano che le aree cerebrali che si attivano in presenza di ossessioni e compulsioni coincidono con quelle attivate dall'emozione della colpa (cfr., ad es., Mataix-Cols, Rosario-Campos, & Leckman, 2004; Nakao et al., 2005; Schienle, Schafer, Stark, Walter, & Vaitl, 2005; Shin et al., 2000; Takahashi, Yahata, Koeda, Matsuda, Asai, & Okubo, 2004). Per Cosentino e colleghi (2012), se il trattamento è rivolto all'accettazione della propria colpa, anche in ambiti non sintomatici, conduce alla riduzione di ossessioni e compulsioni. Lo stesso risultato è stato segnalato in relazione a terapie focalizzate sulla riduzione del senso di responsabilità connesso alla patologia (Ladouceur, Léger, Rhéaume, & Dubé, 1996; Vos, Huibers, & Arntz, 2012). D'Olimpio e colleghi sottolineano un aspetto cruciale del sentimento di colpa tipico dei pazienti ossessivi: si tratterebbe di un sentimento riguardante aspetti specificatamente morali o

deontologici, a differenza del senso di colpa dei depressi, che sarebbe più legato a quanto accade nelle relazioni con gli altri.

Per Ugazio (1999), le frequenti sovrapposizioni sintomatologie tra disturbi fobici e ossessivi e quella “somiglianza di famiglia” che ha indotto la nosografia tradizionale ad accomunarli, sono dovute alle analogie derivanti dalla posizione dei soggetti fobici e ossessivi all’interno delle rispettive organizzazioni semantiche critiche. Innanzitutto, entrambi sperimentano, quando la riflessività dei circuiti bizzarri è massima, un conflitto che investe i livelli del sé e della relazione. L’oscillazione del soggetto fobico riguarda due prospettive inaccettabili, di cui una privilegia la relazione mentre l’altra il sé:

mantenere i legami di attaccamento, essere protetti, equivale a sentirsi soffocati da un’avvilente dipendenza, ma raggiungere l’autonomia, e con essa il rispetto di sé, significa essere sopraffatti dalla paura, perché si è soli di fronte a un mondo pericoloso (Ugazio, 1999, p. 568).

Per i pazienti con un disturbo fobico, dunque, il coinvolgimento entro relazioni protettive è inconciliabile con il mantenimento della stima di sé. Nelle organizzazioni ossessivo-compulsive, l’intransitività tra sé e relazione determina, nel momento in cui l’individuo investe nella relazione con l’altro, una scissione interna al sé, tra una parte “buona” e “giusta” e una “cattiva”, “sbagliata”.

Anche se il dilemma vissuto da fobici e ossessivi è diverso dal punto di vista formale e dei contenuti semantici, per entrambi possiamo affermare che l’investimento emotivo sull’altro risulta in conflitto con il mantenimento dell’integrità del sé.

Una somiglianza rilevante è individuabile anche confrontando i contesti entro i quali i soggetti con organizzazione fobica e ossessiva si sviluppano. Sebbene diverse, entrambe le configurazioni triadiche stimolano nel bambino l’ambivalenza verso la figura principale di attaccamento, per la quale ha nutrito in un primo momento esclusivamente sentimenti di autentico affetto. La rabbia e il conseguente senso di colpa che il futuro fobico sperimenta nei confronti dell’adulto con cui ha il legame preferenziale, derivano dalla frustrazione connessa al fallimento del proprio ruolo consolatorio ovvero dalla consapevolezza di non essere in grado di colmare i vuoti e le sofferenze prodotte dal partner fuggitivo. Anche il futuro ossessivo sperimenta l’impotenza legata al fatto di non poter difendere il genitore preferito dalle violenze del partner pulsionale, tuttavia la rabbia che prova nei suoi confronti non è connessa a questo, ma alle rinunce a cui deve sottostare

per essere approvato e amato da questa figura. Anche se l'ambivalenza contraddistingue sia i soggetti fobici sia gli ossessivi, un'analisi delle rispettive posizioni verso la figura di attaccamento restituisce dunque un quadro relazionale ben diverso. Il soggetto fobico, a differenza dell'ossessivo, sa che questa figura, sebbene nutra verso di lui un affetto autentico, gli antepone un altro membro della famiglia. A differenza dell'ossessivo, infatti, il futuro fobico non gode di alcuna posizione di superiorità: il suo ruolo consolatorio lo pone, piuttosto, in totale svantaggio rispetto alla persona su cui la madre mantiene l'investimento emotivo maggiore. In questo caso, il confine tra le generazioni è rigidamente mantenuto mentre la configurazione critica degli ossessivi tende ad infrangere la barriera intergenerazionale e ad accorciare la distanza tra il bambino e il genitore con cui è in competizione.

Secondo Ugazio (2012) inoltre, i soggetti con un disturbo fobico e quelli con un disturbo ossessivo-compulsivo, adottano, in ogni contesto relazionale e dunque anche in terapia, strategie relazionali diverse e coerenti con la semantica prevalente nei propri contesti di appartenenza. Dato che l'obiettivo della ricerca presentata in questo elaborato è quello di verificare empiricamente tale posizione teorica, il capitolo seguente affronta il tema della relazione terapeutica. Partendo da un inquadramento generale dell'argomento (par. 3.1), affronterò successivamente la tematica nell'ambito della terapia sistemica (par. 3.2). Infine darò una definizione della relazione terapeutica secondo il modello di Valeria Ugazio (par. 3.3).

3. La relazione terapeutica

3.1 Relazione terapeutica ed efficacia della psicoterapia

A partire dagli anni Settanta, diversi studi hanno dimostrato che la psicoterapia è efficace, indipendentemente dagli orientamenti teorici (cfr., ad es., Bergin, 1971; Bergin & Lambert, 1978; Beutler, 1979; Botela & Feixas, 1995; Lambert & Bergin, 1994; Lambert, Shapiro, & Bergin, 1986; Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975; Meltzoff & Kornreich, 1970; Rachman & Wilson, 1980; Smith, Glass, & Miller, 1980). Il quesito principale su cui la comunità scientifica si è interrogata a partire da tali dati ha successivamente riguardato quali aspetti e processi dei trattamenti psicologici siano utili nel determinarne il buon esito. In particolare, l'interesse è stato rivolto ai fattori comuni ai diversi orientamenti clinici. Tra questi, gli studi riconoscono nella relazione terapeutica il più importante predittore di efficacia (Bergin & Garfield, 1994).

Lambert (1992) riassume i dati derivanti da diverse ricerche, riportando che la relazione terapeutica determinerebbe circa il 30% del miglioramento del paziente, contro il 15% degli interventi tecnici. Il rapporto tra aspetti specifici (o tecnici) e aspecifici (o relazionali) è una delle questioni centrali sollevate dagli studi sull'efficacia della terapia. Molto spesso queste due componenti sono viste come separate e poste l'una contro l'altra (Goldfried & Davila, 2005), in realtà relazione e tecnica interagiscono e si influenzano costantemente (Gelso & Hayes, 1998). Le tecniche utilizzate dal terapeuta, per esempio, e il modo in cui le usa, hanno un impatto sulla relazione che si sta costruendo; allo stesso modo, le emozioni che il terapeuta sente nei confronti del paziente influenzano le tecniche che utilizza e il modo in cui vengono usate (Gelso & Hayes, 1998). La relazione terapeutica ha un ruolo nel determinare l'efficacia delle tecniche (Castonguay, Goldfried, Wisner, Raue, & Hayes, 1996; Huppert, Bufka, Barlow, Gorman, Shear, & Woods, 2001; Morris & Suckerman, 1974) e, allo stesso modo, determinate procedure possono avere un impatto sull'alleanza (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Alcune ricerche riportano come un'adesione troppo rigida da parte del terapeuta alle tecniche, quali l'interpretazione in ambito psicoanalitico o l'enfaticizzazione dell'impatto dei pensieri irrazionali del paziente in ambito cognitivista, non sia utile quando si devono gestire momenti di crisi

dell'alleanza (Castonguay et al., 1996; Piper, Azim, Joyce, MacCallum, Nixon, & Segal, 1991).

Studi dimostrano che, soprattutto con alcuni pazienti e con determinati problemi clinici, è particolarmente importante bilanciare gli aspetti tecnici e quelli relazionali. Per esempio, tecniche comportamentali proposte da parte di terapeuti con modalità direttive risultano meno efficaci con pazienti con *locus of control* interno, che sentono minacciata la propria libertà di scelta di fronte a un terapeuta che dice loro cosa fare (Beutler, Clarkin, & Bongar, 2000). Esistono inoltre problemi clinici per i quali le tecniche possono essere usate solo se è presente una forte relazione terapeutica; è il caso ad esempio del trattamento del lutto complicato e del disturbo post traumatico da stress (Cloitre, Stovall-McClough, & Chemtob, 2004; Exline, Dorrity, & Wortman, 1996).

Secondo Golfried (1980), è possibile individuare alcuni fattori di cambiamento comuni ai diversi orientamenti teorici. Tuttavia questi principi generali e trasversali possono essere implementati attraverso diverse procedure cliniche, variabili a seconda dell'orientamento teorico del terapeuta. Secondo Semerari (2010) è difficile considerare gli aspetti relazionali come distinti e aspecifici rispetto a quelli tecnici, poiché "ogni approccio prevede un orientamento tecnicamente orientato nella gestione della relazione terapeutica" (p. 111).

Ovviamente, il modo in cui viene inteso il rapporto tra tecnica e relazione è strettamente connesso agli assunti relativi al comportamento umano che stanno alla base delle diverse teorie della cura psicologica (Golfried & Davila, 2005). In alcuni orientamenti clinici, la relazione è considerata essa stessa una tecnica. La terapia centrata sul cliente, per esempio, considera la relazione terapeutica come l'elemento principale del trattamento (Rogers, 1958; Schmidt-Traub, 2003; Truax & Carkhuff, 1967). In particolare, questa tradizione clinica individua in alcuni atteggiamenti del terapeuta, quali l'empatia, la considerazione positiva, l'accettazione incondizionata e la congruenza o genuinità le condizioni necessarie e sufficienti per il cambiamento terapeutico. Il primato della tecnica sulla relazione è invece caratteristico della terapia comportamentale. All'interno di tale orientamento, si ritiene che il terapeuta, attraverso specifiche tecniche, crei le condizioni affinché il paziente possa apprendere nuove modalità di funzionamento. Anche la psicoanalisi, agli albori, ha enfatizzato il ruolo della tecnica rispetto alla relazione. Nonostante Freud non abbia mai utilizzato termini come "alleanza terapeutica"

o “alleanza di lavoro”, l’Autore ha tuttavia affermato l’importanza del *rapport* tra paziente e analista e del transfert positivo, che può essere considerato precursore di tali concetti. Quando afferma che la cura psicoanalitica “agisce attraverso l’amore”, Freud non fa riferimento all’amore dell’analista verso il paziente ma all’amore del paziente verso l’analista e al fatto che il suo desiderio di compiacerlo favorisce l’accettazione delle interpretazioni. Per Freud, questi fattori relazionali non sono importanti per il loro impatto terapeutico diretto, ma perché permettono e facilitano l’azione terapeutica del metodo analitico. Astinenza, opacità, freddezza emotiva e neutralità costituivano, per Freud e la psicoanalisi classica, la natura dell’atteggiamento terapeutico. L’analista doveva essere uno schermo bianco sul quale il paziente avrebbe potuto proiettare conflitti, desideri e difese in forma pura. Contemporaneamente, egli doveva evitare di gratificare i bisogni transferali del paziente e di farsi coinvolgere emotivamente dalla sua sofferenza e assumere una posizione disinteressata rispetto alle sue scelte di vita. Il controtransfert era inteso come qualcosa di negativo di fronte al quale l’analista doveva sottoporsi ad analisi.

Come riporta Eagle (2012), nelle teorie psicoanalitiche contemporanee il focus del trattamento si sposta dallo scoprire verità su di sé che prima erano inaccessibili a causa delle difese, al riorganizzare la propria esperienza generando nuove prospettive e narrative. A differenza dell’analista classico, quello contemporaneo è un partner interattivo e propositivo, che reagisce emotivamente al paziente e che propone punti di vista “irriducibilmente soggettivi” (Hoffman, 1994; Renik, 1998). Il transfert è inteso oggi come una comunicazione interattiva, sulla base del fatto che l’analista è considerato co-autore all’interno di un processo di costruzione della realtà inevitabilmente determinata dalla sua interazione col paziente e dall’attivazione degli schemi relazionali di entrambi (Lingiardi, 2002). Allo stesso modo, il controtransfert è diventato uno strumento fondamentale di comprensione del mondo del paziente.

Luborsky (1984) identifica nella “consapevolezza” e nella “relazione di aiuto” i due fattori curativi della psicoterapia analitica, sottolineando come il primo obiettivo non possa essere raggiunto in assenza di un legame supportivo e riconoscendo un potere maggiore all’aspetto di relazione. McWilliams (2004) sostiene che uno degli aspetti centrali della psicoterapia analitica sia legato proprio al potere emotivo della relazione tra paziente e analista.

Solo con la svolta relazionale, nella psicoanalisi è cambiato il modo di concepire la relazione terapeutica rispetto alla teoria classica. Secondo le prospettive interpersonali un'esperienza relazionale costruttiva con il terapeuta è un elemento fondamentale per il cambiamento. L'esperienza diretta e immediata dei vissuti emotivi e delle reazioni reciproche nell'ambito della relazione terapeutica, all'interno della quale possono essere sperimentate nuove modalità di interazione, viene intesa come il primo passo necessario per un percorso che, ancor prima della piena consapevolezza, consente al paziente di avviarsi nella direzione di una vera cura (Safran & Muran, 2000).

Il cognitivismo standard (Beck, 1976; Ellis, 1962) considera la relazione terapeutica come un fattore indiretto e aspecifico del trattamento, funzionale alla diagnosi e alla motivazione del paziente alla terapia. Se, dunque, per l'approccio standard, la cura dell'alleanza terapeutica è funzionale al dispiegarsi delle tecniche, attualmente molti terapeuti cognitivisti (Greenberg & Safran, 1987; Liotti, 1994, 2001; Safran & Segal, 1990; Semerari, 1991) ritengono che i processi interpersonali in terapia siano l'elemento essenziale per ottenere un miglioramento delle funzioni cognitive del paziente e un incremento della complessità cognitiva (Semerari, 2010). Secondo tali prospettive, il terapeuta agisce strategicamente nella relazione, modulandola in base al funzionamento del singolo paziente, per favorire così esperienze interpersonali correttive e di conseguenza il cambiamento (Katzow & Safran, 2009; Perdighe, 2006). Da questo punto di vista, dunque, la relazione terapeutica è equiparabile alle altre tecniche (Duca, 2012). Un contributo fondamentale a tale teorizzazione è dato dall'introduzione del concetto di ciclo cognitivo-interpersonale di Safran e Segal (1990) rispetto al mantenimento del disturbo. Secondo gli Autori, è proprio attraverso il lavoro di riconoscimento e svincolo dai cicli interpersonali disfunzionali che il terapeuta può aiutare il paziente ad acquisire consapevolezza rispetto alle sue modalità relazionali disadattive e a modificarle.

Relazione terapeutica, alleanza terapeutica e alleanza di lavoro sono concetti complessi e, spesso, i termini sono usati in modo interscambiabile. In realtà, l'alleanza terapeutica è un aspetto specifico della relazione terapeutica (Asay & Lambert, 1999; Monticelli, 2014; Semerari, 2010), anche se il più importante ai fini dell'efficacia della psicoterapia (Gelso & Carter, 1985; Lingiardi, 2002; Norcross, 2011; Safran & Muran, 2000) e per questo il più studiato. Le ricerche dimostrano che, tra gli aspetti che correlano con un buon esito della terapia, oltre all'alleanza terapeutica, vi sono: l'empatia del

terapeuta percepita dal paziente (Norcross, 2011), la presenza di comportamenti positivi (cordialità, comprensione, conferme) in misura maggiore rispetto a quelli negativi quali ad esempio denigrare, giudicare, ignorare, negare (Najavits & Strupp, 1994), la comprensione e l'accettazione (Lorr, 1965), i feedback sull'andamento della terapia (Norcross, 2011).

Alleanza terapeutica e alleanza di lavoro sono perlopiù considerati sinonimi ma alcuni sottolineano come l'alleanza di lavoro sia praticabile solo dopo che è stata stabilita un'alleanza terapeutica (Lingiardi, 2002). L'alleanza terapeutica è stata definita in vari modi e misurata secondo diverse prospettive (dei pazienti, del terapeuta e di osservatori esterni) e con molti strumenti³. La definizione sulla quale esiste il massimo accordo e che ha costituito il punto di avvio delle ricerche empiriche, è quella transteorica formulata da Bordin (1979). Secondo l'Autore, l'alleanza terapeutica è un costrutto complesso, dinamico e multidimensionale che consiste di tre componenti tra loro interdipendenti: a) l'accordo rispetto agli obiettivi generali del trattamento, b) l'accordo rispetto ai compiti specifici e c) il legame interpersonale. La forza dell'alleanza dipende dunque dal grado di accordo tra paziente e terapeuta circa le attività e gli scopi della terapia e dalla qualità del loro rapporto. Ovviamente, le tre componenti si influenzano reciprocamente: la qualità del legame affettivo influisce infatti sul processo di negoziazione dei compiti e degli obiettivi e, a sua volta, la capacità di paziente e terapeuta di negoziare tali aspetti ha un effetto sulla qualità del legame. L'Autore sottolinea che, se l'alleanza è importante in tutti gli approcci terapeutici, le variabili specifiche che concorrono a costituirne la qualità variano in relazione a fattori caratteristici del terapeuta, del paziente e dell'approccio clinico. Come riporta Monticelli (2014), in generale è possibile annoverare, tra i fattori propri del terapeuta che incidono sulla costruzione e sul mantenimento dell'alleanza, quelli riconducibili alla capacità empatica e di mentalizzazione, all'impegno nel trattamento e alla facilità ad assumere atteggiamenti supportivi e collaborativi, mentre vi sono dati contrastanti in merito al grado di esperienza del terapeuta. Tra le caratteristiche del paziente sembrano avere un ruolo la capacità di mentalizzare, la motivazione alla terapia, le aspettative di cambiamento, la qualità generale delle relazioni interpersonali, la gravità del disturbo e gli stili di attaccamento.

³ Per un approfondimento sugli strumenti più noti, più impiegati nella ricerca e con le migliori caratteristiche interne, statistiche e di costrutto, si rimanda a Lingiardi (2002).

Sono oltre duemila, ad oggi, gli studi sull'alleanza terapeutica; tale abbondanza è connessa anche al fatto che, tra i fattori che definiscono la relazione terapeutica, l'alleanza è quello che si presta meglio ad essere operazionalizzato. Le meta-analisi condotte sulla base di queste ricerche dimostrano l'esistenza di un rapporto tra la qualità dell'alleanza e l'esito della terapia in trattamenti diversi per orientamento teorico e durata e con pazienti con diverse psicopatologie (Gaston, 1990; Horvath & Bedi, 2002; Horvath & Greenberg, 1994; Horvath & Luborsky, 1993; Horvath & Symonds, 1991; Lambert, 1992; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Martin, Garske, & Davis, 2000). In particolare, la qualità dell'alleanza terapeutica è risultata essere uno dei principali fattori curativi e il predittore più affidabile dell'efficacia di un trattamento (Horvath & Greenberg, 1994; Safran & Muran, 2003) soprattutto se valutata nelle prime cinque sedute e nelle fasi finali (Horvath & Bedi, 2002; Horvath & Symonds, 1991). Nei casi di terapie con esito insoddisfacente è stato rilevato un processo interpersonale negativo in misura maggiore rispetto ai casi con esito positivo (cfr., ad es., Binder & Strupp, 1997; Henry, Schacht, & Strupp, 1986, 1990; Coady, 1991; Kiesler & Watkins, 1989; Tasca & McMullen, 1992). Le rotture nell'alleanza tra paziente e terapeuta, se non risolte, contribuiscono direttamente al prematuro abbandono del trattamento (Cummings, Hayes, Newman, & Beck, 2011; Rhodes, Hill, Thompson, & Elliott, 1994) o hanno un effetto negativo sull'esito dello stesso (Westra, Constantino, & Aviram, 2011). Come sottolineano Safran e Muran (2003), la letteratura mette in evidenza inoltre che i terapeuti più efficaci sono anche quelli che sono maggiormente capaci di facilitare lo sviluppo di un'alleanza terapeutica (Luborsky, McLellan, Diguier, Woody, & Seligman, 1997).

L'alleanza terapeutica all'interno delle terapie di coppia e familiari ha ricevuto minore attenzione sia dal punto di vista teorico che empirico, rispetto all'alleanza terapeutica nei trattamenti individuali. Da un lato, ciò è dovuto al processo di evoluzione dell'orientamento sistemico - che per primo si è occupato delle terapie con un *setting* di tipo familiare - il quale, perlomeno fino alla diffusione di nuovi approcci successivi all'avvento della seconda cibernetica, ha mantenuto il focus sulle tecniche di intervento, presupponendo una posizione del terapeuta esterna e distaccata dal sistema familiare. Dall'altro lato, la ricerca sull'alleanza terapeutica in *setting* allargati è stata rallentata dalla complessità che il concetto assume quando, in terapia, vi sono più persone, emotivamente interconnesse ed ognuna con un proprio punto di vista e una personale motivazione nei

confronti del trattamento. L'alleanza nelle terapie di coppia e familiari, così come in quelle individuali, comprende la creazione di un legame emotivo e la negoziazione di obiettivi e compiti con il terapeuta. Ciò che vi è di specifico e peculiare è che, in ogni momento del percorso terapeutico, vi sono alleanze multiple che interagiscono in modo sistemico (Pinsof, 1994). L'alleanza di lavoro nelle terapie di coppia e familiari, infatti, si sviluppa contemporaneamente tra il terapeuta e: i singoli individui, l'intero gruppo, i suoi sottosistemi. Non solo i membri della famiglia differiscono nel grado in cui formano un legame col terapeuta e sono con lui in accordo rispetto agli obiettivi e ai compiti, ma ognuno di loro è a sua volta influenzato da come gli altri membri vivono la terapia e da come l'intero gruppo risponde a ciò che accade in seduta (Pinsof & Catherall, 1986).

In uno studio comprendente circa 4000 casi, la relazione terapeuta-cliente è risultata essere il più importante tra gli 11 fattori associati a un buon esito nella terapia di coppia e della famiglia (Beck & Jones, 1973). Friedlander, Wildman, Heatherington e Skowron (1994) affermano che misure di tipo *self-report* sull'alleanza terapeutica⁴, o su altri aspetti della relazione terapeutica, predicano l'efficacia delle sedute, la continuità nel trattamento e l'esito dello stesso. Complessivamente, i sentimenti positivi nei confronti del terapeuta sono stati riconosciuti importanti in numerosi studi di terapie di coppia e della famiglia (cfr., ad es., Christensen, Russell, Miller, & Peterson, 1998; Firestone & O'Connell, 1980; Green & Herget, 1991). In alcune interviste aperte, le coppie hanno indicato, tra i fattori rilevanti per il cambiamento, il fatto di sentire un senso di sicurezza e di avvertire che il terapeuta fosse imparziale (Christensen et al., 1998). Nella terapia sistemica della scuola di Milano, che considera la neutralità e la tecnica più importanti rispetto all'empatia e altri fattori relazionali, le valutazioni dei supervisori sul calore affettivo del terapeuta sono risultate associate in maniera significativa al miglioramento autovalutato dai pazienti nel follow up a distanza di 1 mese e 3 anni (Green & Herget, 1991).

Rispetto all'alleanza, sono state osservate correlazioni positive con la permanenza nel trattamento o l'esito di questo nella terapia familiare multidimensionale per adolescenti

⁴ Il lettore interessato agli strumenti sviluppati per la valutazione dell'alleanza terapeutica in *setting* di coppia e familiari può far riferimento a:
Friedlander, M. L., Escudero, V., Hatherington, L., & Diamond, G. M. (2011). Alliance in Couple and Family Therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 25–33.
Friedlander, M. L., Escudero, V., & Hatherington, L. (2006). *Therapeutic Alliances in Couple and Family Therapy: An Emperically Informed Guide to Practice*. Washington, DC: American Psychological Association.

dipendenti da sostanze (Shelef, Diamond, Diamond, & Liddle, 2005), in trattamenti per abusi con gruppi di coppie (Brown & O' Leary, 2000), in un gruppo di training per le abilità di coppia (Bourgeois, Sabourin, & Wright, 1990), nella terapia integrata centrata sul problema con le coppie (Knobloch-Fedders, Pinosof, & Mann, 2004), nella terapia familiare funzionale per giovani criminali (Robbins, Turner, Alexander, & Perez, 2003), nella terapia di coppia centrata sulle emozioni (Johnson & Talitman, 1997), nella terapia familiare domiciliare (Johnson, Wright, & Ketring, 2002), nella "usuale" terapia di coppia (Symonds & Horvath, 2004) e familiare (Beck et al., 2006) nella pratica privata, negli interventi psico-educativi familiari per la schizofrenia (Smerud & Rosenfarb, 2008), nella terapia familiare per adolescenti con anoressia nervosa (Isserlin & Couturier, 2012).

Le ricerche suggeriscono una complessa relazione fra l'alleanza di ciascun membro della famiglia o della coppia con il terapeuta e gli esiti del trattamento. Può accadere, infatti, che le alleanze siano scisse (Heatherington & Friedlander, 1990; Pinosof & Catherall, 1986) o sbilanciate (Robbins, Turner, Alexander, & Perz, 2003) e alcuni studi hanno analizzato gli effetti di tali fenomeni. Per esempio, Symonds e Horvath (2004) hanno trovato che, quando vi era accordo tra i partner sulla forza dell'alleanza, la relazione alleanza-esito era molto più forte rispetto a quando non erano d'accordo. Bennun (1989) ha riscontrato che le percezioni delle madri e dei padri della stima da parte dei terapeuti, della loro attività/direttività e competenza/esperienza, differivano maggiormente nei casi di insuccesso piuttosto che in quelli di successo. In uno studio sul funzionamento della terapia familiare per adolescenti con problemi comportamentali (Robbins et al., 2003), alleanze troppo forti del genitore con il terapeuta erano un fattore di rischio per l'interruzione della terapia, in particolare quando l'alleanza del terapeuta con il padre era molto più forte di quella con l'adolescente.

In sintesi, come riportano Friedlander, Escudero e Hatherington (2006), "c'è una solida evidenza empirica che l'elemento che costituisce il "fattore comune" dell'alleanza in terapia individuale si estenda alla terapia di coppia e della famiglia (Sprenkle & Blow, 2004). Conosciamo meno, comunque, ciò che interessa maggiormente i clinici: cosa rende buone le alleanze con le coppie e le famiglie (Alexander, Robbins, & Sexton, 2000)." (p. 39).

Nel paragrafo successivo, il tema della relazione terapeutica viene analizzata nell'ambito della terapia sistemica e degli approcci che si sono susseguiti al suo interno.

3.2 La relazione terapeutica nella psicoterapia sistemica

Nonostante le relazioni interpersonali rappresentino il focus delle terapie sistemiche, non esiste all'interno di tale orientamento una teorizzazione relativa alla relazione tra paziente e terapeuta (Flaskas & Perlesz, 1996; Ugazio, 2007). Secondo Ugazio (2007), uno dei motivi per i quali la relazione terapeutica non è stata un tema centrale all'interno delle terapie sistemiche è legata alla specificità del *setting*, di tipo familiare, che ha rappresentato la pratica prevalente per i terapeuti sistemico-relazionali fino a poco più di vent'anni fa. Come sottolinea Paterson (1996), i terapeuti sistemici giocherebbero un ruolo marginale nei gruppi che incontrano nella stanza di terapia mentre la relazione diadica "*one-to-one*" tra psicoanalista e paziente richiede un coinvolgimento maggiore. Come afferma Ugazio (2007), nei trattamenti rivolti a singoli individui, a differenza di quanto accade nelle terapie familiari nelle quali al terapeuta è richiesta una certa neutralità, l'alleanza tra paziente e terapeuta va costruita e protetta in quanto strumento fondamentale per la terapia stessa. Inoltre, in questi contesti lo scambio emotivo tra paziente e terapeuta è più intenso di quanto non sia all'interno dei *setting* familiari.

Le emozioni nelle sedute di terapia familiare sono fortissime, più intense di quanto non accada nei contesti diadici paziente-terapeuta, *ma è uno scambio che investe prioritariamente i membri della famiglia.* (Ugazio, 2007, p. 44, corsivo nell'originale).

Tuttavia, per l'Autrice, è stata proprio la pratica della terapia della famiglia a fornire spunti interessanti per comprendere la relazione diadica paziente-terapeuta, su cui la ricerca descritta nel capitolo 5 del presente elaborato si focalizza. Per esempio, quando si trova di fronte a un bambino che non intende proseguire le sedute o in presenza di un partner seduttivo, un terapeuta si rende chiaramente conto di non essere il reale destinatario di quella specifica comunicazione. È ipotizzabile infatti che il bambino esprima l'ostilità verso la terapia di uno dei due genitori, mentre il partner seduttivo potrebbe adottare tale strategia relazionale per fare arrabbiare il proprio coniuge o compagno. Allo stesso modo, il terapeuta può sperimentare, all'interno di contesti terapeutici familiari, come ogni persona metta in gioco strategie relazionali diverse con differenti persone: per esempio, un marito dittatore potrebbe contemporaneamente essere un padre tenero e affettuoso. Da queste e altre osservazioni, Ugazio (2007) deriva due

assunti relativi alla relazione diadica paziente-terapeuta. Il primo sostiene che le strategie relazionali espresse dal paziente nel rapporto diadico con il terapeuta sono necessariamente diverse da quelle con le quali il paziente si connette alle persone per lui emotivamente importanti e ad esse complementari. Si tratta naturalmente di strategie che appartengono al suo repertorio relazionale e che si coordinano con quelle del terapeuta. Il secondo assunto afferma che la relazione diadica tra paziente e terapeuta, comprese le svolte e le fasi che la caratterizzano, acquista significato nel contesto delle relazioni familiari del cliente di cui la terapia è inevitabilmente parte.

Un'altra delle ragioni che sostengono la mancanza di una teoria sulla relazione terapeutica in ambito sistemico è legata al fatto che i primi tentativi di applicare il modello sistemico alla psicoterapia si sono tradotti in un processo di "de-individuazione": emozioni e sensazioni personali sono state messe in secondo piano allo stesso modo in cui hanno perso di valore sia il sé del terapeuta all'interno del processo terapeutico sia l'importanza della relazione terapeutica come luogo del cambiamento (Flaskas & Perlesz, 1996). Solo con l'avvento della cibernetica di secondo ordine, le critiche femministe alla terapia sistemica e la prospettiva post moderna del costruzionismo-sociale è stata possibile l'apertura, in ambito sistemico, a temi quali l'intimità (James & Kirkland, 1993; Weingarten, 1991, 1992), l'empatia (Perry, 1993; Wilkinson, 1992), le emozioni (Flaskas, 1989; Krause, 1993; Smith, Osman, & Goding, 1990), l'uso del sé del terapeuta (Real, 1990), la posizione del terapeuta (Anderson & Goolishian, 1992; Hoffman, 1993), e altri aspetti fondamentali per la relazione terapeutica e il sistema terapeuta-famiglia (Andersen, 1992; Andolphi & Angelo, 1988; Cecchin, Lane, & Ray, 1993; Flaskas, 1994; Gibney, 1991; Mac-Kinnon, 1993). Chiaramente, l'attenzione a tali aspetti è stata invece sempre cruciale in altre forme di psicoterapia, come quella psicoanalitica.

Come sottolinea Ugazio (1998), i diretti continuatori del programma di Bateson, riuniti nel gruppo del *Mental Research Institute*, avrebbero declinato le idee originarie di Bateson "alla luce di presupposti di stampo behaviorista, il più importante dei quali fu la scelta di porre tra parentesi i processi mentali" (p. 20). Secondo Bateson, per conoscere i processi mentali e il comportamento animale e umano, era necessario abbandonare un modello esplicativo basato sul concetto di energia e adottare una nuova prospettiva, basata sulla teoria dei sistemi e della cibernetica e sullo studio dei processi comunicativi, coerentemente con l'idea di soggetto contestuale introdotta da lui stesso e da Mead ancora

prima. Watzlawick, Beavin, e Jackson hanno sistematizzato i concetti acquisiti nell'ambito dello studio dei processi comunicativi in un testo, "La pragmatica della comunicazione umana" (1967), diventato significativo sia per l'affermazione di una nuova epistemologia nell'ambito delle scienze del comportamento, sia per lo sviluppo della terapia familiare. Watzlawick e colleghi hanno in parte rivisitato le idee originarie di Bateson e del primo gruppo di Palo Alto e, come afferma Ugazio (1985), il modello di analisi e intervento sulle relazioni umane che deriva da tale rivisitazione può essere definito "approccio pragmatico". L'assimilazione della mente all'idea di "scatola nera" è una delle caratteristiche principali di tale approccio. I "puristi del sistema" osservano i comportamenti interattivi all'interno delle famiglie, senza considerare emozioni e cognizioni dei singoli individui. In merito al significato, essi affermano:

è senz'altro una nozione indispensabile per l'esperienza soggettiva della comunicazione con gli altri; ma abbiamo appreso dalle nostre ricerche che è una nozione oggettivamente indecidibile e quindi esula dai fini che si prefigge lo studio della comunicazione umana. (Watzlawick et al., 1967, p. 37)

Gli Autori, inoltre, limitano l'osservazione del comportamento nel momento presente:

Non c'è dubbio che il comportamento sia determinato almeno in parte dall'esperienza precedente ma si sa quanto sia inattendibile ricercarne le cause nel passato. (Watzlawick et al., 1967, p. 37)

E dunque:

Una volta assimilata la mente a una scatola nera e circoscritta l'analisi al <<qui e ora>>, l'attenzione risultava rivolta al comportamento sintomatico, ai suoi effetti pragmatici e alla <<politica>> che la famiglia organizza attorno al sintomo. Lo scopo era descrivere e spigare la psicopatologia con concetti, quali <<omeostasi>>, <<mito>>, <<regole>>, che trascendessero l'individuo. [...] il modello sistemico aveva finito per trascurare completamente l'individuo." (Ugazio, 1998, p. 20)

Nel suo articolo "Oltre la scatola nera" (1985) Ugazio riporta una critica alla deriva meccanicista dell'approccio pragmatico e agli esiti che tale scelta hanno avuto anche sulla prassi terapeutica. Coerentemente con il paradigma metodologico delle scienze sociali, l'approccio pragmatico considera i terapeuti come osservatori esterni al sistema familiare

che, proprio perché in tale posizione, sono in grado di rilevarne le ridondanze e intervenire su di esse. Come afferma l'Autrice (1985):

l'approccio pragmatico si è caratterizzato sul piano più strettamente terapeutico, oltre che per la sopravvalutazione dei pattern comportamentali della famiglia, a tutto svantaggio delle percezioni, categorizzazioni, emozioni, costrutti, credenze dei singoli membri della famiglia, per un'attenzione prevalente ai cosiddetti interventi prescrittivi (controparadossi, rituali, prescrizioni comportamentali)." (p. 77)

Ugazio riporta criticamente come, con l'idea di un terapeuta esterno alla famiglia in grado di controllare unilateralmente il sistema, il rapporto famiglia-terapeuti diventasse un problema di controllo della relazione, descrivibile attraverso la metafora del potere. Molti degli interventi paradossali, per esempio, usavano il delicato strumento della sfida, sfruttando la posizione di antagonista in cui i pazienti mettevano il terapeuta. Jay Haley ha elaborato un modello psicoterapeutico che ha estremizzato l'importanza del potere e del controllo nelle relazioni umane in generale e nella relazione terapeutica in particolare. Nell'introduzione del suo testo "Le strategie della psicoterapia" (1974) afferma:

Sebbene la psicoterapia comporti molti fattori, come l'appoggio, l'incoraggiamento all'autoespressione, l'educazione, e così via, è di importanza cruciale che il terapeuta affronti con successo il problema se è lui o il paziente a controllare il tipo di relazione che avranno. Nessuna forma di terapia può evitare questo problema, è il punto centrale e la sua risoluzione è la causa del cambiamento terapeutico. Se il paziente ottiene il controllo della psicoterapia, perpetuerà le sue difficoltà dal momento che continuerà ad avere il controllo per mezzo dei sintomi. Se si descrive una terapia che è riuscita come un processo in cui un terapeuta mantiene il controllo del tipo di relazione che ha col paziente, allora diventa necessario prendere in considerazione le tattiche che si possono usare per ottenere il controllo della relazione con un'altra persona e quindi influenzare le sue emozioni e le sue sensazioni somatiche. [...] (pp. 50-51)

L'idea che il terapeuta possa influenzare le emozioni del paziente è lontana dal pensiero di Bateson. Uno dei concetti fondamentali di Bateson, l'interconnessione di tutti

i fenomeni, è infatti alla base del rifiuto dell'idea, diffusa invece nella cultura occidentale, che un individuo possa compiere su un oggetto un'azione finalistica; l'idea, alla base del concetto di potere, che una parte del sistema possa influenzarne unidirezionalmente un'altra, sarebbe epistemologicamente errata, in quanto figlia di una visione di tipo lineare. Ugazio (1998) parla di tradimento delle idee del maestro da parte dei diretti continuatori del programma di Bateson proprio per il ruolo cruciale che ebbero, nel loro modello terapeutico, le idee di potere e controllo, dominanti soprattutto nelle teorizzazioni di Haley. Per Haley (1974), i rapporti umani sono una lotta incessante per decidere chi detta le regole delle relazioni stesse e i sintomi psichiatrici stessi sono manovre di potere all'interno di una relazione:

Dal momento che ogni persona deve affrontare il problema della natura delle relazioni che ha con gli altri e anche il problema di chi ha il controllo della natura delle relazioni, si può dedurre che ci siano delle modalità specifiche per risolvere questi problemi; e si può anche considerare la psicopatologia come un tipo particolare di metodo per ottenere il controllo di una relazione.
(p. 43)

Il terapeuta, per Haley, deve riuscire a disfare queste lotte di potere guadagnando e mantenendo la propria posizione di potere. Haley è fondatore dell'approccio strategico in psicoterapia, fatto proprio successivamente da Weakland e Watzlawick. Quella di Haley è una terapia breve centrata sul sintomo e volta a interrompere le sequenze comportamentali disfunzionali attraverso l'uso di interventi paradossali.

Quando le famiglie vengono trattate in quest'ottica, l'intervento ha più efficacia se il terapeuta segue alcune regole. Prima di tutto non dovrà opporsi o confrontarsi con i membri della famiglia su gli errori che stanno commettendo, ma "accettare" ciò che stanno facendo e produrre un cambiamento all'interno di quel contesto. Il terapeuta non deve fare interpretazioni che aiutino i membri della famiglia a capire perché o come si stanno comportando, ma piuttosto usare le interpretazioni in modo strategico per motivarli a fare tutto ciò che è possibile fare. Il terapeuta non deve esplorare il passato ma focalizzarsi, invece, sulla situazione presente, e aiutare la famiglia ad organizzarsi perché riesca a cambiare la realtà che sta vivendo.

Non deve neppure ricercare un coinvolgimento a lungo termine ma, piuttosto, utilizzare interventi brevi e intensivi, seguiti da un rapido disimpegno. (2010, p. 161)

L'approccio strategico di Haley nasce all'interno della prospettiva paloaltista originaria, di cui condivide i principi fondamentali e l'uso di interventi paradossali, ma risente fortemente anche dell'influenza di Milton Erickson, dal cui insegnamento derivano lo stile terapeutico direttivo e un'idea strategica della terapia. Obiettivi dell'intervento sono il problema e le sequenze interattive che lo mantengono, non l'intero contesto relazionale entro il quale si sviluppa e neppure i diversi significati attribuiti al comportamento sintomatico da parte dei vari membri della famiglia. Il terapeuta strategico interviene sui giochi di potere della famiglia e attribuisce molta importanza all'acquisizione e al mantenimento del proprio potere nei confronti della famiglia stessa, per poter condurre l'intero processo nella direzione dell'obiettivo terapeutico, che consiste nella soluzione del problema che ha condotto la famiglia in terapia.

L'approccio pragmatico comprende gli orientamenti teorico-clinici degli Autori del *Mental Research Institute* degli anni Sessanta, tra i quali Jay Haley, e di Mara Selvini Palazzoli, Gianfranco Cecchin, Luigi Boscolo e Giuliana Prata, del *Milan Approach* (anni Settanta). Anche lo strutturalismo di Salvador Minuchin può essere considerato parte dell'approccio pragmatico, con cui condivide la messa tra parentesi dei processi mentali a favore dell'osservazione, nel qui ed ora, dei comportamenti manifesti. Tale orientamento non è propriamente sistemico e muove da concetti derivanti dalla teoria dei ruoli e dell'organizzazione, più che dalla cibernetica. A differenza del gruppo del MRI e di quello del *Milan Approach*, il focus di osservazione per Minuchin non è il processo, ma la struttura familiare. L'Autore ha un'idea normativa di come una famiglia debba essere in termini strutturali, secondo la quale le relazioni tra i vari sottosistemi, che ne definiscono i confini, e le gerarchie, devono essere adeguate allo stadio evolutivo della famiglia stessa e alle aspettative della cultura di appartenenza. La terapia di Minuchin può essere considerata "correttiva", in quanto l'obiettivo è quello di modificare l'organizzazione familiare per renderla conforme al modello normativo. Una differenza, rispetto agli approcci del MRI e del *Milan Approach*, riguarda tuttavia la posizione del terapeuta nei confronti della famiglia. Egli, per Minuchin (1976), non è un osservatore

esterno, non si relaziona simmetricamente con il sistema familiare e non è intento a ridurre le interazioni con la famiglia stessa:

Il terapeuta della famiglia si considera membro che agisce e reagisce nel sistema terapeutico. (p. 91)

Per associarsi a un sistema familiare, il terapeuta deve accettare l'organizzazione e il modo di vivere della famiglia e amalgamarsi con essa. Deve fare esperienza diretta dei modelli transazionali della famiglia, e della loro forza. (p. 124)

Il terapeuta familiare deve riconoscere la sua influenza sul quadro presentato dalla famiglia. Non può osservare la famiglia ed elaborare una diagnosi dall'esterno. (p. 132).

Per Minuchin, nell'intento di trasformare il sistema familiare, il terapeuta deve intervenire in modo da squilibrare il sistema. L'Autore sottolinea quanto il proprio approccio sia differente da quello di chi come Haley ha messo in evidenza i tranelli insiti nell'instaurare forti alleanze con uno dei componenti della famiglia. A tal proposito, la posizione del terapeuta, per Minuchin, è ben lontana dalla neutralità come principio di conduzione della terapia di cui hanno parlato Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Prata (1979). Tra le direttive principali per una corretta conduzione della seduta, gli Autori hanno indicato la "neutralità del terapeuta", definendola come *"un determinato effetto pragmatico che l'insieme dei suoi comportamenti nella conduzione della seduta esercita sulla famiglia (e non una sua disposizione intrapsichica)"* (p. 17). Gli Autori hanno sostenuto l'importanza di calibrare e distribuire le alleanze in modo che si annullino a vicenda e di evitare ogni tentativo di coalizione o seduzione da parte di un membro della famiglia.

Se gli anni Settanta sono stati caratterizzati dalla prevalenza degli approcci strategici e strutturali nella terapia sistemica, la fine degli anni Ottanta e l'inizio degli anni Novanta hanno visto crescere la diffusione dei modelli narrativi e conversazionali. Questi modelli, quali quelli di Lynn Hoffman, Harlene Anderson o Michael White, pongono molta meno enfasi sul potere del terapeuta e considerano la terapia secondo un approccio collaborativo che si dispiega attraverso un processo di co-costruzione di significati. Tale cambiamento di prospettiva è una conseguenza dell'avvento della cibernetica di secondo ordine che porta, tra le altre cose, ad una diversa concettualizzazione del terapeuta all'interno del

processo terapeutico e alla riconsiderazione della relazione terapeutica come luogo del cambiamento. In particolare, si passa dall'idea di terapeuta come osservatore esterno e separato dal sistema familiare, che interviene tecnicamente su di esso, all'idea che esso sia inestricabilmente connesso alla famiglia stessa. Di Blasio, Fischer e Prata (1986) ritenevano ad esempio che il colloquio telefonico garantisse una raccolta di informazioni del tutto scevra dalle influenze del terapeuta. Secondo gli Autori "in questa fase la famiglia, in quanto unità out there cioè sistema separato e distinto da quello terapeutico, esprime modalità di funzionamento tipiche del gioco in atto non ancora influenzate dalla terapia." (p. 5). Tale prospettiva era figlia di un paradigma indiziario, secondo il quale la possibilità di cogliere l'organizzazione relazionale alla base della patologia passa attraverso l'individuazione di segni o indizi all'interno di un sistema familiare indipendente da quello terapeutico. Con l'avvento della cibernetica di secondo ordine la conoscenza del sistema famiglia passa necessariamente dall'interazione con essa.

All'interno dei modelli narrativi e conversazionali, la relazione con i pazienti diventa più collaborativa e *user-friendly* (Treacher & Carpenter, 1993) e alcuni terapeuti (cfr., ad es., Hoffman, 1993) ritengono che il dialogo e la relazione che si instaura tra cliente e terapeuta sia terapeutica di per sé. Molte di queste prospettive, tuttavia, ripropongono l'annosa questione del rapporto tra relazione e tecnica, operando uno sbilanciamento verso il primo dei due fattori.

La prospettiva di Valeria Ugazio, che si colloca all'interno di un orientamento sistemico-costruzionista, integra relazione e tecnica. Ugazio prende le distanze sia dalle pratiche terapeutiche di tipo "prescrittivo-istruttivo che sottovalutano l'interazione terapeuta-famiglia" (1990) che hanno caratterizzato la terapia sistemica degli anni Settanta e che sono propri dei modelli strategici e strutturali, sia dai modelli collaborativi che teorizzano, in modo estremo, una posizione di *not-knowing* del terapeuta (Anderson & Goolishian, 1992). Secondo Ugazio (1990), infatti, il terapeuta è parte del sistema e la terapia è da intendersi come un processo di co-costruzione di significati:

Attualmente si ritiene che il cambiamento derivi dalla capacità del terapeuta di collegarsi al paziente (famiglia o individuo) in modo tale da creare un nuovo contesto conversazionale entro il quale può essere co-creata una diversa realtà di significati e di pattern comportamentali. La funzione del terapeuta è perturbare, attraverso il modo con cui interagisce con la famiglia

ed attraverso le ipotesi che introduce, le premesse e i pattern comportamentali che sostengono il disagio. (p. 189)

Ma, allo stesso tempo l'Autrice (1985) specifica che:

La considerazione di paziente e terapeuta come ricorsivamente connessi non implica tuttavia il disconoscimento dell'asimmetria che, come ha sottolineato Selvini Palazzoli, caratterizza il contesto terapeutico. Ciò che caratterizza tale asimmetria non è però il tentativo del terapeuta di controllare unidirezionalmente il sistema osservato, ma la sua capacità di collegarsi alla famiglia secondo modalità che non sono coerenti con il modo di organizzare la realtà e con i pattern comportamentali del nucleo, capacità che deriva dal riferimento al proprio modello concettuale. (p. 82)

Il prossimo paragrafo illustra la teoria che l'Autrice ha sviluppato relativamente al tema della relazione terapeutica.

3.3 La relazione terapeutica nella prospettiva sistemico-costruzionista di Valeria Ugazio

Raccontare la propria storia, talvolta, può essere fonte di cambiamento. Secondo gli orientamenti narrativi in ambito clinico (Anderson, 1997; Cohler, 1988; White & Epston, 1990) ciò accade perché, il processo narrativo autobiografico, attraverso la descrizione di sé come di un particolare tipo di persona, che agisce in un certo modo e si relaziona con gli altri attraverso specifiche modalità, può modellare il sé di chi racconta. Descrivendo una situazione passata in cui è riuscita ad emanciparsi da una condizione di sfruttamento per prendere controllo sulla propria vita, una persona può, ad esempio, rinforzare o creare un sé più attivo e assertivo. Al contrario, se questa persona, nel raccontarsi, ha rappresentato sé stessa come passiva e come vittima, potrebbe accentuare questi aspetti. Tali approcci abbracciano una concezione rappresentativa della narrazione e del rapporto che questo processo ha con la costruzione del sé che, come afferma Wortham (2000), è plausibile ma incompleta.

Autobiographical narratives have interactional as well as representational functions. That is, autobiographical narrators *act* like particular types of

people while they tell their stories, and they relate to their audiences in characteristic ways as they tell those stories. (Wortham, 2000, p. 3, corsivo nell'originale)

Secondo Ugazio (2007), la “storia raccontata” dal cliente può essere molto diversa dalla “storia vissuta” (Ugazio et al., 2007). Per esempio, durante una seduta, un paziente può descriversi come una persona assertiva e in grado di imporre la propria volontà ma, contemporaneamente, può adottare nel racconto un registro remissivo che mostra insicurezza e relazionarsi con il terapeuta attraverso una posizione di sottomissione, per esempio accettando ogni sua parola e adeguandosi ad ogni sua azione. Oltre alle polarità semantiche narrate, che esprimono un tipo di *positioning* esplicito e puramente descrittivo, sono individuabili, nella conversazione, altri due tipi di *positioning*, di ordine performativo, da cui si evincono le polarità semantiche narranti e interattive a partire, rispettivamente, dall'atto del parlare e dall'interazione tra gli interlocutori.

Il *positioning* interattivo risponde alla domanda “da dove una persona sta parlando?” (Hermans, 2004, 2006; Markovà, Linell, Grossen, & Orvig, 2007), ovvero esprime una metafora spaziale attraverso la quale una voce è connessa al punto di vista dal quale osserva la realtà (Rober, 2010). Se il “*positioning* rappresentativo” ha a che vedere con i contenuti della conversazione e con le posizioni del protagonista entro la sua storia, il “*positioning* interattivo” riguarda il processo dialogico in corso tra il narratore e i suoi interlocutori (Rober, 2010). In questo senso l'Io è una posizione nella conversazione, ma le posizioni che può assumere non sono infinite, bensì “vincolate” all'appartenenza familiare e culturale. Come afferma Ugazio (2012):

L'assunto è che ogni membro della famiglia, pur all'interno di una semantica comune, presenti modalità di partecipare alla conversazione, di relazionarsi con gli altri e di organizzare la realtà spesso diverse e in conflitto con quelle degli altri membri. Tali modalità sono invece coerenti con la particolare posizione che il soggetto occupa nella semantica della sua famiglia e interdipendenti con quelle degli altri membri del gruppo. Emozioni, scopi, premesse, sistemi di credenze, in questa prospettiva, non sono che un aspetto di come ciascuno si con-pone con gli altri membri del gruppo. (p. 35)

Una delle tesi fondamentali della *Positioning Theory* e delle terapie sistemiche sostiene l'impossibilità di non definire la relazione:

Taking a position, the other is invited to also take a position by proposing his or her position and waiting for the response of the initiator: accept or reject the position proposed. In that way dialogue can be seen as a dance of positioning, in which the participants move continually, tacitly inviting the other to move in certain directions and responding to invitations being made. (Rober, 2010, p. 223)

Ciò che Ugazio aggiunge è che tale pratica discorsiva non è semanticamente vuota: le persone si posizionano sempre rispetto a qualche significato presente nella conversazione.

[...] *il positioning non avviene entro significati imprevedibili. Al contrario, questo processo si dispiega entro un repertorio di significati predefinito, anche se flessibile e mutevole: i partner conversazionali si posizionano e sono posizionati entro le polarità semantiche che le pratiche discorsive della propria famiglia, e di altri gruppi di cui sono (o sono stati) parte, rendono via via rilevanti.* (Ugazio, 2012, p. 51, corsivo nell'originale)

Secondo l'Autrice (2012, 2015) i pazienti tendono a costruire ogni relazione secondo modalità relazionali coerenti con le dimensioni di significato per loro salienti. Ciò è particolarmente vero per la relazione terapeutica, alla quale il soggetto si rivolge in un momento in cui vive un dilemma generato dal *positioning* che si trova ad assumere, in relazione agli altri membri della famiglia, entro la semantica critica. Ne deriva dunque che:

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 quante sono le semantiche prevalenti. (Ugazio, 2012, p. 303)

Le polarità semantiche sono state operazionalizzate (Ugazio et al., 2007) come opposizioni semantiche evincibili dai *positioning* di paziente e terapeuta rispetto a quattro aree semantiche (valori, definizioni di sé/altri/relazioni, movimenti relazionali, emozioni) che identificano le principali realtà sociali create nella conversazione (Cronen, Johnson,

& Lannamann, 1982; Pearce & Cronen, 1980). Il parlante, raccontando di sé e della propria storia, posiziona sé stesso e gli altri rispetto a ciascuna area, che concorre nello stesso tempo a costruire e a decostruire.

Imagine a patient who overwhelms the therapist he/she just met, with a long list of questions about his/her working method and that this therapist, taken by surprise, tries to come up with some answers. The nonverbal behavior expressed during the exchange can give rise to very different meanings. For example, if the tone of the patient is assertive, while the therapist looks uncomfortable and hesitant, the exchange will qualify as an attack by a patient, putting the therapist in the one-down position. In another case, the exchange will appear as an anxious request for reassurance from a patient, disoriented by an unfamiliar context, to a therapist who is not able to reassure. The way of relating in play in the first case will be of “imposition/submission,” with the patient being the imposer and the therapist the submissive, while in the second case, the way of relating will be coded as “looking for reassurance/disorienting,” where the patient seeks reassurance and the therapist disorients him/her, deactivating his/her expectation of being guided. Both of these ways of relating lead to different definitions of the two interlocutors. In the first case, the patient will qualify as overbearing, while the therapist will appear submissive; in the second case, we have a fearful patient, struggling with a distant therapist, indifferent to the emotional state of the patient or firmly anchored to his/her position. The exchange that we have examined also refers to specific values: victory/defeat in the first case, security/risk in the second. (Ugazio & Castelli, 2015, p. 138)

Se i pazienti si posizionano, entro la relazione terapeutica, secondo i significati rilevanti nei rispettivi contesti di sviluppo, la semantica consente una diagnosi più discriminativa ed assume anche valore prognostico e di pianificazione del trattamento. In particolare, la rilevazione dei significati che caratterizzano in modo prevalente la conversazione terapeutica con un paziente permette, al terapeuta, di prevedere i vincoli e le risorse del paziente stesso e dei contesti relazionali in cui è inserito e di anticipare, nella relazione con il paziente, i possibili *positioning* interattivi che può trovarsi ad assumere. La ricerca (Ugazio et al., 2011, 2015) ha infatti dimostrato che, perlomeno a livello dei

contenuti espliciti del discorso, il terapeuta si trova, spesso a sua insaputa, “a posizionarsi entro la semantica dominante nella conversazione con i suoi clienti” (Ugazio, 2012, p. 303). Ciò è stato rilevato nella fase iniziale del percorso di terapia, nella quale comprendere e parlare il linguaggio del paziente aiuta il terapeuta a costruire una solida alleanza terapeutica.

L’empatia, all’interno di tale prospettiva, non si limita ad essere considerata come uno tra i fattori della relazione terapeutica trasversale ai diversi modelli clinici che costituisce un elemento di per sé terapeutico. Essa si declina nella capacità del terapeuta di cogliere il punto di vista e le emozioni dei singoli membri del sistema familiare per comprendere le premesse alla base della psicopatologia e dunque ricostruire l’auto-organizzazione all’origine del disagio. Tale competenza si traduce concretamente nell’utilizzo di una serie di strumenti tecnici⁵ finalizzati a formulare una diagnosi ermeneutica, e al contempo richiede al terapeuta la capacità di “stare fuori”, di non collassare sul punto di vista del paziente. L’Autrice sottolinea come il terapeuta non debba infatti continuare a con-porsi entro la semantica del paziente per l’intero processo terapeutico: l’obiettivo della terapia deve essere quello di contrastare il processo di amplificazione della rilevanza della semantica critica che antecede e sostiene l’esordio sintomatico. Per fare ciò il terapeuta deve cercare di rendere salienti altri significati. Il concetto di polarità semantiche non presuppone che l’individuo sia confinato entro un’unica dimensione semantica, diversamente dal concetto di organizzazione personale elaborato da Guidano (1987, 1991), bensì prevede che il soggetto abbia a disposizione più giochi semantici con cui posizionarsi con gli altri. Per Ugazio inoltre (2012):

Il concetto prevede che il soggetto sia in grado di mettere in atto cambiamenti di posizione che richiedono la capacità di <<con-porsi>> entro giochi semantici nuovi, entro dimensioni semantiche che erano prima sconosciute.
(p. 93)

Secondo l’Autrice ciò è possibile grazie ai cosiddetti “episodi enigmatici”, ovvero situazioni generative di emozioni che rendono difficile, alle persone che sono in

⁵ Per un approfondimento, il lettore interessato faccia riferimento a:
Ugazio, V. (1984). Ipotizzazione e processo terapeutico. *Terapia Familiare*, 16, 27–45.
Ugazio, V. (1989). L’indicazione terapeutica. Una prospettiva sistemico costruttivista. *Terapia familiare*, 31, 27–40.

relazione, la possibilità di con-porsi. Tali episodi sono assimilabili in parte a ciò che i post-piagetiani chiamano “conflitto socio-cognitivo” (Doise & Mugny, 1981; Mugny & Carugati, 1987) e possono essere superati grazie ad altre emozioni, generate dalla relazione in corso o che si sta costruendo. La relazione terapeutica, per Ugazio, non può rinunciare a generare episodi enigmatici:

Se rinuncia a provocare episodi enigmatici, la relazione terapeutica produce dipendenza o, nella migliore delle ipotesi, produce aggiustamenti all'interno di una trama di polarità semantiche che non viene modificata. Ma proprio perché deve provocare episodi enigmatici, tale relazione deve configurarsi come un contesto emotivamente significativo per il paziente” (p. 97)

L'obiettivo della terapia è quello di “creare un nuovo contesto conversazionale che, proprio in virtù dell'azione del terapeuta, altera le regole costitutive che organizzano i livelli di significato” (Ugazio, 1987, p. 313).

Una delle conseguenze sul piano clinico e terapeutico del fatto che sia la semantica e non la psicopatologia a modellare la relazione terapeutica è il poter affermare che anche in terapia, a seconda dei significati salienti per i pazienti, alcune storie sono permesse, nel senso che risultano facili da attuare, sono efficaci e muovono risorse, mentre altre sono proibite, ovvero inefficaci o disfunzionali.

La relazione terapeutica non è dunque propedeutica al dispiegamento delle tecniche e non si configura neppure come un'esperienza correttiva (Alexander & French, 1946) come per molti terapeuti di orientamento psicoanalitico e cognitivista (cfr., ad es., Katzow & Safran, 2009; Perdighe, 2006) ma è attraverso la relazione, strategicamente e tecnicamente orientata a seconda dei significati rilevanti per il paziente, che avviene il cambiamento. Ciò è da intendersi ovviamente all'interno di un approccio costruzionista, per il quale la comunicazione non rappresenta le realtà sociali, ma le crea:

Ciò che differenzia il *costruzionismo sociale* dal *costruttivismo* è l'ipotesi che gli schemi, i sistemi di credenze, 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 a cui ci riferiamo con i termini <<mente>> e <<sé>>, non diversamente dal comportamento interattivo,

siano ancorati e vincolati ai contesti conversazionali in cui il soggetto è inserito. (Ugazio, 1998, p. 24, corsivo nell'originale)

Nel capitolo successivo affronterò il tema della relazione terapeutica con due specifici gruppi di pazienti: quelli che manifestano un disturbo di tipo fobico e quelli con un disturbo ossessivo-compulsivo.

4. La relazione terapeutica nei disturbi fobici e ossessivo-compulsivi

4.1 La relazione terapeutica nei disturbi fobici e ossessivo-compulsivi: analisi della letteratura cognitivista e psicodinamica

Nonostante la relazione terapeutica sia considerata come uno tra i fattori che incidono maggiormente sull'esito della terapia, pochi studi hanno indagato se i pazienti costruiscono la relazione e l'alleanza terapeutica in modi differenti a seconda del tipo di psicopatologia e se il terapeuta si relazioni in modi diversi con pazienti con diagnosi differenti. Per quanto riguarda i disturbi ossessivo-compulsivi, la letteratura – prevalentemente di ambito cognitivista - si limita a dimostrare come una buona alleanza terapeutica, valutata attraverso questionari *self-report* in diversi momenti della terapia, correli positivamente con l'esito di un trattamento cognitivo-comportamentale sia nel caso di pazienti di età evolutiva (Keeley, Geffken, Ricketts, McNamara, & Storch, 2011) sia nel caso di adulti (Keijsers, Hoodguin, & Schaap, 1994; Vogel, Hansen, Stiles, & Gotestam, 2006). In particolare, una buona alleanza terapeutica faciliterebbe il coinvolgimento dei pazienti nella terapia e nei compiti in essa assegnati, contribuendo in questo modo al buon esito del trattamento (Keeley, Storch, Merlo, & Geffken, 2008; Keijsers, Schaap, & Hoodguin, 2000), soprattutto nel caso dell'esposizione con prevenzione della risposta, un intervento utile ma molto disagiata per i pazienti, che talvolta lo rifiutano (Balestrini et al., 2011). Balestrini e colleghi (2011), attraverso l'illustrazione di un caso, mostrano come, intervenire sulla relazione terapeutica, contribuisca non solo ad incrementare la motivazione al trattamento e l'adesione alle procedure di prevenzione della risposta, ma anche a valutare e modificare i circuiti interpersonali del paziente e le sue credenze disfunzionali relative a sé e agli altri. L'identificazione dei cicli interpersonali disfunzionali aventi un ruolo nel mantenimento del disturbo consentirebbe dunque al terapeuta di evitare le trappole insite negli stessi attraverso una specifica modulazione della relazione terapeutica.

Kohlenberg e Vandenberghe (2007) hanno proposto una tecnica per il trattamento del DOC in cui la relazione terapeutica costituisce uno strumento per aiutare il paziente ad

essere più fiducioso negli altri, a delegare in modo appropriato le responsabilità e ad accettare l'incertezza. Basandosi sulla teoria di Salkovskis (1985), secondo il quale alla base del disturbo ossessivo-compulsivo vi è un eccessivo senso di responsabilità che conduce il paziente a mettere in atto comportamenti volti a prevenire un possibile danno, gli Autori propongono la *Therapist Assumes Responsibility*, che prevede il trasferimento di responsabilità al terapeuta relativamente a ciò che il paziente teme si verifichi. Questa tecnica faciliterebbe l'aderenza ad uno dei trattamenti classici della terapia cognitivo-comportamentale, l'esposizione con prevenzione della risposta, correggendo il problema interpersonale che rende difficile, per i pazienti con DOC, l'impegno in tale trattamento, ovvero la scarsa capacità a fidarsi degli altri e del loro giudizio rispetto a ciò che può essere pericoloso e alla probabilità che un evento accada.

Le recenti ricerche sull'alleanza terapeutica con pazienti con disturbi d'ansia non si differenziano da quelle che ho riportato nell'ambito del disturbo ossessivo-compulsivo. Alcuni studi dimostrano l'esistenza di una correlazione tra alleanza terapeutica ed esito di trattamenti di tipo cognitivo-comportamentali in pazienti con un disturbo d'ansia (Hudson et al., 2014; Hughes & Kendall, 2007; Huppert, Kivity, Barlow, Shear, Gorman, & Woods, 2014), mentre altri non confermano tale risultato (Mörtberg, 2014; Weiss, Kivity, & Huppert, 2014; Zandberg, Skriner, & Chu, 2015). Le correlazioni tra l'alleanza terapeutica e gli esiti della terapia sono risultate basse o non statisticamente significative anche in un campione di bambini che seguivano un trattamento di gruppo per un disturbo d'ansia da separazione, un disturbo d'ansia generalizzato, fobia sociale o fobia specifica (Liber et al., 2010) e in adulti con una diagnosi di depressione, fobia sociale o disturbo d'ansia generalizzato impegnati in una terapia somministrata tramite Internet (Andersson et al., 2012). Questi studi mettono in evidenza come l'alleanza terapeutica, in alcuni tipi di trattamento, non di tipo *face-to-face*, sia meno rilevante per l'esito della terapia, rispetto ad altri processi, perlomeno in campioni di pazienti con disturbi d'ansia. L'alleanza terapeutica non è risultata correlata all'esito neppure nel caso di bambini e adolescenti con un disturbo d'ansia generalizzato, una fobia sociale e/o un disturbo d'ansia da separazione trattati farmacologicamente, con placebo o con un intervento congiunto di psicoterapia e farmaci (Hughes & Kendall, 2007).

Marker, Comer, Abramova, e Kendall (2013) sottolineano invece la reciproca influenza tra alleanza terapeutica e miglioramento dei sintomi ansiosi nell'ambito di una

terapia cognitivo-comportamentale rivolta a bambini con un disturbo d'ansia da separazione, un disturbo d'ansia generalizzato o fobia sociale e ai loro genitori. Gli Autori hanno infatti verificato che il miglioramento della relazione terapeutica incide positivamente sull'esito della terapia e che, allo stesso tempo, una riduzione nel livello di ansia avrebbe un effetto favorevole sull'alleanza terapeutica.

Hayes, Hope, VanDyke, e Heimberg (2007) hanno indagato il ruolo dell'alleanza terapeutica nella terapia cognitivo-comportamentale con adulti con fobia sociale. In particolare, gli Autori hanno analizzato il rapporto tra l'alleanza di lavoro, valutata nella prima seduta in cui sono stati proposti dei compiti di esposizione, la percezione di utilità della seduta stessa da parte del paziente e i processi cognitivi ed emotivi di de-sensibilizzazione alla base dei compiti di esposizione. Un'alleanza terapeutica troppo bassa o troppo elevata si sono rivelate controproducenti. In particolare, un'alleanza troppo bassa potrebbe non aver favorito il coinvolgimento dei pazienti nel compito espositivo mentre livelli troppo alti potrebbero aver ridotto la sensazione di paura e di disagio che normalmente la situazione temuta dal paziente avrebbe generato, rendendo l'intervento meno utile. I processi di attivazione della paura e di de-sensibilizzazione sarebbero invece stati favoriti da un'alleanza di lavoro di intensità moderata. Gli Autori suggeriscono di valutare la percezione dell'alleanza prima di proporre al paziente compiti espositivi e, in generale, supportano l'idea, tipica del cognitivismo standard, secondo la quale l'alleanza di lavoro è importante nel facilitare l'impegno e il coinvolgimento del paziente nei compiti previsti dalla terapia ma, allo stesso tempo, non è sufficiente per determinarne l'esito. Hunter, Button, e Westra (2014) hanno indagato l'impatto della motivazione del paziente rispetto alla terapia sull'alleanza terapeutica in un campione di 37 soggetti con un disturbo d'ansia generalizzato. I risultati mostrano come i pazienti per i quali è stato rilevato un maggior numero di affermazioni negative rispetto al cambiamento all'inizio della terapia andavano incontro più facilmente a rotture dell'alleanza terapeutica. Gli Autori sostengono che una bassa motivazione possa essere un fattore di rischio per le rotture nell'alleanza terapeutica in quanto renderebbe i pazienti meno ricettivi alle indicazioni del terapeuta.

Nello studio di Chiu, McLeod, Har, e Wood (2009), condotto sui percorsi terapeutici di 34 pazienti tra i 6 e i 13 anni con una diagnosi di disturbo d'ansia da separazione, disturbo d'ansia generalizzato o fobia sociale, una buona alleanza terapeutica valutata

all'inizio della terapia è risultata positivamente correlata con il miglioramento sintomatico a metà terapia ma non alla fine, mentre un miglioramento dell'alleanza di lavoro nel corso del trattamento è stato predittivo rispetto all'*outcome*.

Lo studio di Kendall e colleghi (2009) mostra come nel trattamento dei disturbi d'ansia in età evolutiva la stima dell'alleanza terapeutica cresca significativamente a prescindere dall'uso dei compiti di esposizione e concorre a sottolineare l'importanza di un precoce coinvolgimento da parte del bambino nel trattamento (Chu & Kendall, 2004), necessario soprattutto per il fatto che i pazienti di età evolutiva sono condotti in terapia dai genitori e spesso negano i sintomi (DiGiuseppe, Linscott, & Jilton, 1996; Shirk & Russell, 1998). A tal proposito, McLeod, Islam, Chiu, Smith, Chu, e Wood (2014) hanno dimostrato che la qualità dell'alleanza terapeutica e il coinvolgimento nella terapia si influenzano reciprocamente nell'ambito del trattamento cognitivo-comportamentale di pazienti in età evolutiva con un disturbo d'ansia. Chu, Skriner, e Zandberg (2014) hanno rilevato una correlazione positiva tra il livello di gravità dei sintomi e la qualità dell'alleanza terapeutica nell'ambito di un trattamento cognitivo-comportamentale di pazienti in età evolutiva con disturbi d'ansia (disturbo d'ansia da separazione, disturbo di panico, disturbo d'ansia generalizzato, fobia sociale, fobia specifica), mentre la crescita dell'alleanza terapeutica durante la fase di implementazione dei compiti di esposizione era favorita dal grado di coinvolgimento nella terapia.

La cura della relazione terapeutica è considerata essenziale anche nella riduzione dell'ansia pre e post operatoria (Erci, Sezgin, & Kaçmaz, 2008).

Levin, Henderson, e Ehrenreich-May (2012) hanno posto l'attenzione sui fattori interpersonali che favorirebbero una buona alleanza terapeutica fin dall'inizio del trattamento. Gli Autori hanno somministrato ad un campione di 31 adolescenti che seguivano una terapia cognitivo-comportamentale per un disturbo d'ansia, depressione o entrambi, strumenti *self-report* per la valutazione del grado di supporto sociale, lo stile di attaccamento e il funzionamento nelle relazioni familiari e con i coetanei. Tali misure sono risultate correlate con quelle dell'alleanza terapeutica effettuate dai giovani pazienti e da un osservatore esterno (ma non con quelle del terapeuta). In particolare, gli adolescenti che hanno valutato le relazioni con i propri *caregiver* come più sicure, cioè come caratterizzate da alta responsività verso i propri bisogni, empatia e disponibilità, riportavano un livello più alto di alleanza col proprio terapeuta e descrivevano la relazione

terapeutica come affidabile, calda e piacevole. Inoltre, la percezione del livello di supporto sociale ricevuto da parte di genitori e coetanei è risultato essere predittivo dell'alleanza valutata da parte di osservatori esterni.

Infine, è interessante il contributo di Wolf e Goldfried (2014), che hanno condotto un'indagine tramite internet sull'esperienza clinica di 338 terapeuti di orientamento cognitivo-comportamentale nel trattamento del disturbo di panico voluta dalla *Society of Clinical Psychology* e dalla *Division of Psychotherapy* dell'*American Psychological Association*. L'indagine restituisce un quadro dettagliato dei fattori che i terapeuti hanno ritenuto problematici nel corso del trattamento. Aldilà di alcuni elementi ovvi, quali per esempio la gravità dei sintomi, la mancanza di motivazione e la riluttanza nell'impegnarsi in alcuni compiti, gli Autori riportano alcuni fattori di carattere interpersonale. In particolare, i terapeuti cognitivisti che hanno partecipato alla ricerca hanno indicato, tra gli aspetti problematici, un elevato livello di stress sperimentato dai pazienti a casa o al lavoro, la mancanza di supporto familiare rispetto al trattamento, la presenza di familiari critici, controllanti o molto ansiosi e la convinzione secondo la quale un miglioramento sintomatico avrebbe potuto avere un impatto negativo sulle loro relazioni. Inoltre, molti terapeuti hanno indicato, tra i fattori che non facilitano la terapia, la presenza di un'alleanza terapeutica non buona.

Un'eccezione agli studi finora illustrati è rappresentata dai contributi di alcuni cognitivisti italiani che affrontano il tema della relazione terapeutica con il paziente ossessivo a partire dall'idea secondo la quale:

è possibile interpretare gran parte delle resistenze al trattamento e delle impasse relazionali come effetti di valutazioni riconducibili alle stesse strutture psicologiche implicate nella genesi della sintomatologia ossessiva.

(Saliani & Mancini, 2012, p. 53)

Secondo Saliani e Mancini, il timore di colpa morale e un senso ipertrofico di responsabilità, alla base dello sviluppo di ossessioni e compulsioni, orientano anche le valutazioni del paziente ossessivo rispetto alla terapia. Gli Autori sostengono che quando appare noioso, oppositivo, passivo-aggressivo o quando mostra esitazioni e dubbi o ancora quando innesca un confronto polemico o è eccessivamente compiacente, il paziente ossessivo manifesta comportamenti o atteggiamenti che sarebbero frutto dell'attivazione di rappresentazioni problematiche del terapeuta e del suo aiuto, valutati

sul piano tecnico e morale. In particolare, il terapeuta può essere rappresentato e valutato come un tecnico capace o incapace, volenteroso o negligente ma anche virtuoso o dissoluto. Dato che un tecnico può sbagliare a causa di un atteggiamento superficiale o per incapacità oppure perché colpevolmente indotto dallo scarso impegno o dalle informazioni sbagliate fornitegli dal cliente, ne derivano un controllo iper-scrupoloso del terapeuta ma anche della propria performance. Il terapeuta può essere anche rappresentato come un censore che giudica moralmente i pensieri, le emozioni e i comportamenti, che prescrive norme, assolve o sanziona. Se il paziente ossessivo percepisce il terapeuta in questi termini, può adottare atteggiamenti di chiusura, riserbo, chiarimento continuo delle proprie intenzioni, ma anche innescare duri confronti connessi al desiderio di svincolo rabbioso da una censura percepita come ingiusta. Infine, lo psicoterapeuta potrebbe anche essere vittima di possibili malintesi, dello scarso impegno del paziente, degli effetti deleteri dei propri sintomi. Da tali rappresentazioni possono derivare sentimenti di colpa, verifiche ossessive dello stato del terapeuta, scuse e chiarimenti continui, timore dell'ira del terapeuta e dunque un'attenzione persistente alla correttezza della propria performance. Gli Autori hanno analizzato come queste rappresentazioni disfunzionali possano avere un ruolo nel determinare le impasse terapeutiche nelle diverse fasi della terapia. Durante l'*assessment*, per esempio, le difficoltà deriverebbero soprattutto dal timore, da parte del paziente, di essere giudicato in termini morali, dall'onere percepito di dover fornire una spiegazione perfetta, dalla preoccupazione di evitare una brutta figura, dal timore di ricevere una conferma tecnica della propria indegnità morale o della propria follia, dalla paura di danneggiare o offendere il terapeuta e dalla prevenzione del rischio di pronunciare i contenuti tabù. Tali obiettivi, così come quelli delle fasi successive, sarebbero strumentali a quello sovra-ordinato di prevenire colpe morali. Nella fase di terapia vera e propria i timori dell'ossessivo sarebbero invece legati al rischio di esporsi colpevolmente a indicazioni incaute o errate del terapeuta dovute alla rappresentazione dello stesso come tecnico incapace o dissoluto, oppure al timore di applicarle male o di aderire ad indicazioni tecnicamente giuste ma moralmente discutibili o, infine, al desiderio di opporsi a prescrizioni percepite come ingiustamente severe. Nella fase finale del trattamento, in genere, secondo Salianni e Mancini, i problemi che tendenzialmente concorrono ad allungare la terapia possono derivare dal timore di non avere ancora raggiunto una completa guarigione o di aver colpevolmente sottovalutato

l'analisi di una causa più profonda del disturbo. Gli Autori non forniscono indicazioni in merito alle strategie terapeutiche per la risoluzione delle impasse.

In ambito cognitivista, attualmente la relazione terapeutica è considerata un fattore specifico e tecnico della terapia, traducibile in un insieme di procedure fondamentali sia per raggiungere una buona *compliance* al trattamento da parte del paziente, sia per favorirne il cambiamento. All'interno di questa prospettiva, Duca (2012) fornisce indicazioni precise per orientare strategicamente la relazione terapeutica con i pazienti ossessivi sottolineando come, spesso, la terapia con tali soggetti sia fluttuante, con momenti di stallo o veri e propri regressi. Secondo l'Autrice è particolarmente importante, nella prima fase del trattamento di pazienti con DOC, che il terapeuta reagisca in modo differente rispetto ai familiari e fornisca informazioni sul disturbo, attivando un processo di normalizzazione e mostrando di avere una competenza specifica sul problema. È inoltre importante che il terapeuta non fornisca alcun tipo di rassicurazione al paziente rispetto alle preoccupazioni ossessive e ne favorisca la partecipazione attiva. Un simile atteggiamento, secondo l'Autrice, contrasta il ricorso a quelli che Mancini (2002) definisce tentativi di soluzione di primo e secondo ordine, che hanno l'effetto di mantenere il problema, inoltre contribuisce a generare un contesto non giudicante che produce nel paziente la percezione di essere compreso e favorisce lo sviluppo di una relazione basata sulla fiducia. L'Autrice, in accordo con altri Autori (Lakatos & Reinecker, 2005) interpreta i comportamenti oppositivi del paziente con DOC in termini di lotte di potere volte ad affermare la propria autonomia e a ricavarne la propria identità. Duca spiega questi comportamenti come esito di contesti di sviluppo nei quali il paziente ossessivo potrebbe aver fatto esperienza di un ambiente in cui non venivano espressi in modo chiaro valori, decisioni e regole di comportamento o in cui le proprie scelte e valutazioni erano disconfermate dagli altri e i suoi tentativi di adeguarsi alle richieste altrui erano frustrati. È interessante la diversa lettura semantica che Balestrini, Barcaccia e Saliani (2011) forniscono agli stessi comportamenti, in cui il potere c'entra ben poco. Nella presentazione di un caso clinico, gli Autori affermano come:

alla base degli atteggiamenti oppositivi nel rapporto con il terapeuta, più che la difesa spasmodica dell'autonomia come valore in sé, sembrano piuttosto esserci il tentativo di difesa dei propri standard normativi (visti come più

affidabili e rigorosi) e, al tempo stesso, la difesa della temuta imposizione di ulteriori regole, in questo caso quelle previste dalla terapia. (p. 262)

Nonostante la psicoanalisi, a partire da Freud, abbia contribuito molto alla comprensione del disturbo ossessivo-compulsivo, pochi studi dimostrano l'efficacia della terapia psicoanalitica per tale psicopatologia e non esistono trattamenti psicodinamici specifici per il disturbo ossessivo-compulsivo (Kempke & Luyten, 2007). Kempke e Luyten (2007) sottolineano tuttavia come le terapie di orientamento psicodinamico per il DOC siano attualmente molto focalizzate sui fattori interpersonali e che lo stesso processo sta avvenendo in ambito cognitivista. La psicoanalisi contemporanea considera la relazione terapeutica come strumento di intervento e si focalizza sulle risposte transferali e controtransferali tipiche dei pazienti con DOC - quali ad esempio l'intellettualizzazione, la razionalizzazione e l'evitamento della manifestazione dell'aggressività nei confronti del terapeuta - per comprendere ed agire sui pattern relazionali del paziente con le persone per lui significative, che spesso si sentono controllate e forzate nel dover mettere in atto comportamenti altamente disfunzionali (cfr., ad es., Gabbard, 2001). Allo stesso modo, il lavoro sull'ambivalenza, un tema centrale delle terapie analitiche con i pazienti ossessivo-compulsivi, che viene interpretata con l'obiettivo di raggiungere un maggiore livello di integrazione del sé, trova luogo all'interno della relazione terapeutica e costituisce un'esperienza emotiva correttiva (Kempke & Luyten, 2007).

Il focus sulla relazione terapeutica e l'attenzione ai processi interpersonali all'interno dell'orientamento psicodinamico è presente anche nel trattamento dei disturbi d'ansia. Leichsenring e Salzer (2014) hanno proposto e formalizzato un protocollo che integra i principi e le metodologie che si sono rivelate efficaci nel trattamento psicodinamico dei disturbi d'ansia (disturbo d'ansia generalizzato, fobia sociale, disturbo di panico) e del disturbo di personalità evitante. Il protocollo si sviluppa attraverso nove moduli, di cui i primi tre hanno una funzione prevalentemente supportiva. La prima fase prevede la socializzazione del paziente rispetto alla terapia, attraverso la spiegazione della funzione adattiva dell'ansia, il passaggio di informazioni rispetto al disturbo specifico e del rationale della terapia. Nella seconda fase, il terapeuta, mantenendo una posizione empatica, confronta, chiarisce e interpreta l'ambivalenza del paziente rispetto al cambiamento, i comportamenti di evitamento e la resistenza. Vengono inoltre discussi gli obiettivi del trattamento, che comprendono la riduzione dei sintomi ma anche le relazioni

interpersonali. Il terzo punto prevede la costruzione dell'alleanza terapeutica che, secondo gli Autori, può essere raggiunta attraverso un atteggiamento empatico, la spiegazione del processo terapeutico, la condivisione degli obiettivi, il sostegno offerto al paziente nel raggiungimento degli stessi, il monitoraggio del trattamento rispetto agli obiettivi proposti e ponendo il focus sulla collaborazione tra paziente e terapeuta nella terapia. I moduli dal quarto all'ottavo perseguono finalità di tipo espressivo. Nello specifico, queste fasi comprendono l'identificazione e il lavoro sui conflitti sottostanti al disturbo (impulsi, difese, relazioni oggettuali), con particolare attenzione ai “*Core Conflictual Relationship Theme*”. L'ultimo modulo, conclusivo, è orientato alla prevenzione delle ricadute.

Nel prossimo paragrafo il tema della relazione terapeutica con pazienti fobici e ossessivi sarà affrontato secondo il modello delle polarità semantiche di Ugazio (2012). Gli aspetti teorici che presenterò sostengono le ipotesi di ricerca di questo elaborato.

4.2 La relazione terapeutica nei disturbi fobici e ossessivo-compulsivi secondo il modello delle polarità semantiche

Secondo Ugazio (1998, 2012), chi si sviluppa all'interno di un contesto in cui prevale la semantica della libertà, tende a costruire le relazioni attraverso avvicinamenti e allontanamenti volti a regolare le distanze. Per queste persone, che spesso si sentono fragili e incapaci ad affrontare le circostanze della vita, la vicinanza all'altro è un'indispensabile fonte di protezione ma genera al contempo sensazioni di costrizione e disistima che le spingono ad allontanarsi o chiudersi all'altro. Lo stesso accade in terapia:

Lo spettro della dipendenza dal terapeuta, la paura di esserne influenzato, la preoccupazione di essere stimolato ad avventurarsi in un mondo in cui potrà trovarsi allo sbaraglio, rendono soprattutto la terapia individuale un'esperienza terribile e affascinante. Come conseguenza di queste preoccupazioni, la richiesta avanzata dal paziente di un percorso terapeutico individuale si configura di regola come una *cauta esplorazione*, spesso seguita da un rapido allontanamento. (Ugazio, 2012, p. 304, corsivo nell'originale)

Nonostante ciò, secondo l'Autrice, è abbastanza facile costruire l'alleanza terapeutica con questi pazienti, che riconoscono la posizione di aiuto del terapeuta. A titolo

esemplificativo riporto le parole di un uomo di quarantacinque anni con un disturbo di panico, che si rivolge in questi termini alla terapeuta⁶:

<<Io sono venuto da lei sostanzialmente perché mi giudico ammalato mentalmente, e questa mia malattia ha ripercussioni... - poi magari sbaglio eh, questa è la mia analisi - anche dal punto di vista fisico... e come tutte le persone di buon senso che si giudicano ammalati si recano da uno specialista... per me lei è un dottore. Sostanzialmente mi rendo conto che non sto bene: non è possibile dormire quattro-cinque ore a notte, svegliarmi con l'ansia, andare a dormire coi pensieri e non godermi i bambini... io sostanzialmente non mi godo il presente. Come le accennavo prima anche nelle situazioni di lavoro, ho... non riesco a godermi le cose perché penso sempre a quando non andranno bene. Lei è un medico e io nella figura professionale del medico... ho la massima fiducia, la massima disposizione, è lui che vigila per me... Io faccio quello che mi dice lei, mi affido a lei, mi dica lei!>>.

La terapia può essere vista, dai pazienti con organizzazione fobica, come una “base sicura” a partire dalla quale esplorare il mondo sotto la supervisione di un tutore prudente, oppure come un rischioso “trampolino di lancio” da cui può essere spinto da una guida spericolata. Per questo, il paziente oscilla tra “affidarsi/aprirsi al terapeuta” e “prendere le distanze, chiudersi”. La presa di distanza può essere espressa tramite riserbo oppure distanza fisica: il paziente può posticipare la terapia, arrivare in ritardo o ridurre la durata per via di un impegno successivo. Lo stesso paziente di cui ho precedentemente riportato un esempio, nella fase di negoziazione della terapia, pur esplicitando il totale affidamento alla terapeuta, le chiede di ridurre la frequenza degli incontri:

Terapeuta: <<I tempi... o ogni quindici giorni o una volta alla settimana.>>

Paziente: <<Mi dica lei.>>

Terapeuta: <<No, questo lo vediamo...>>

⁶ Negli esempi riportati, tratti dal campione di ricerca, tutti i dati sensibili sono stati modificati nel rispetto della privacy, in ottemperanza alla legge in vigore, D.L. 196/2003 del 30/06/03 e art.16 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Paziente: <<Io non sono uno che viaggia, quindi mi può andare bene sia una cosa che l'altra. In questo momento preferirei fare una volta ogni quindici giorni, però se lei ritiene che è meglio una volta alla settimana, tipo terapia d'urto... (ride)>>.

Sono frequenti anche i *dropouts* seguiti da un ritorno a distanza magari di qualche mese. L'alleanza terapeutica può nascere, con questi pazienti, solo quando si sentono sufficientemente sicuri di poter entrare e uscire dalla terapia senza compromettere la relazione col terapeuta.

Ugazio (2012; Ugazio & Castelli, 2015) sostiene che i pazienti fobici tendono a posizionare il terapeuta nel polo "libertà/indipendenza", nella speranza che possa liberarli dalla dipendenza alla quale i sintomi li hanno relegati. Di conseguenza, il terapeuta, volente o nolente, finisce nella posizione di chi stimola il paziente ad emanciparsi da legami soffocanti o a superare limiti angusti. Il rischio è quello di aderire totalmente ai suoi progetti emancipativi e alla premessa sottostante ad essi, ovvero all'idea secondo la quale l'autorealizzazione e la stima di sé richiedono lo svincolo da relazioni protettive, finendo per sollecitare, nel paziente, la paura di trovarsi solo a fronteggiare un mondo percepito come pericoloso e, di conseguenza, la paura della terapia stessa. Il pericolo è che si attivi un circuito disfunzionale tale per cui, quanto più il terapeuta stimola l'autonomia e l'indipendenza del paziente dalle relazioni vincolanti, tanto più lo stesso si avvicina in modo sintomatico ai legami protettivi.

Una giovane donna con un disturbo di panico, si rivolge così alla terapeuta durante la consultazione:

<<io preferisco la macchina perché... cioè io.. per esempio il fatto di stare qui a me provoca angoscia, in parte per la situazione, il posto nuovo.. ma soprattutto per il fatto di non potermene andare...io devo sempre avere una possibilità di fuga, la macchina per me è importante perché io decido, prendo e vado, con il treno devo rispettare gli orari, devo... il treno adesso è un po' che non lo prendo, non vorrei tentarci perché poi...se faccio dei tentativi comincio a dirmi "adesso vedrai che anche il treno ti fa questo scherzo" quindi se provo, sfido la paura, logicamente poi la paura mi viene.>>

La paziente esprime con queste parole la paura che ha nei confronti della terapia e sembra anche implicitamente chiedere alla terapeuta di stare attenta, di non spingerla oltre i propri limiti.

I movimenti relazionali più frequentemente messi in atto in terapia dai soggetti con organizzazione fobica sono: “rendere autonomo/vincolare”, “esplorare/proteggere”, “allarmare/rassicurare”. Il terapeuta può incoraggiare il paziente ad esplorare e superare le proprie paure, a rendersi autonomo rispetto alla terapia, ma può anche esacerbarne la dipendenza. A sua volta, il paziente può cercare di affrontare le proprie paure, liberarsi da vincoli oppressivi, esplorare nuovi orizzonti e diventare autosufficiente e indipendente ma anche affidarsi al terapeuta alla ricerca di sicurezza, diventandone dipendente. Quando il terapeuta diventa un affidabile punto di riferimento, infatti, le sue aspettative diventano difficilmente eludibili per il paziente, che non può perderne la guida.

Ansia e paura dominano la scena nelle organizzazioni fobiche; per questo, “allarmare/rassicurare” sono molto frequenti in terapia. Di solito è il terapeuta che guida, calma, rassicura il paziente quando è spaventato, allarmato o disorientato o quando chiede rassicurazione, a volte proprio rispetto alle interpretazioni del terapeuta. Talvolta può accadere il contrario, ovvero può essere il paziente a rassicurare il terapeuta, dopo aver realizzato di averlo allarmato più del necessario.

Un esempio di tale polarità è visibile nel seguente scambio di battute tra un uomo sulla quarantina con un disturbo di panico e la terapeuta:

Paziente: <<sto prendendo mezza pastiglia alla mattina e mezza la sera ...voglio dire.. non è una cosa che mi danneggia, però adesso comunque sento che se la prendo mi fa stare meglio. Perché la mia paura dell'ansia è che mi aumenta la pressione, come mi è successo, e poi sto male. Allora... io vorrei chiederle... queste cose vengono solo a me, oppure questi attacchi di panico così, che hai paura di star male, che ti succede qualcosa, sono cose regolari?>>

Terapeuta: <<No, no no, sono cose di cui mi occupo, regolari, ...cioè, non ha una sintomatologia strana.. no no no! non è una situazione grave!>>

Paziente: <<Si guarisce, comunque?>>

Terapeuta: <<Oh, si si! è proprio un tipo di problemi da cui si guarisce, si deve guarire!>>

Paziente: <<Ah (rincurato), si deve guarire>>.

Terapeuta: <<Ci sono tipi di problemi psicologici, che son più difficili; il suo fa parte di una gamma di problemi che può essere affrontato. Se questa, per dire, non fosse la strada giusta, ne deve pigliare un'altra, comunque siamo in una gamma di problemi molto affrontabili.>>

Un'altra peculiarità delle terapie con questi pazienti è che quasi sempre si svolgono entro un *setting* di tipo individuale. Ciò accade perché difficilmente un soggetto con tale organizzazione accetta di portare il partner o la propria famiglia in terapia, specialmente nella fase iniziale.

Diversamente dai contesti in cui prevale la semantica della libertà, in quelli in cui la conversazione è dominata dalla semantica della bontà le principali alternative relazionali tra cui gli individui oscillano sono “sacrificarsi/approffittarsi” e “astenersi/infettarsi”. Le persone, in questo caso, tendono a creare uno scambio con l'altro in cui prevalgono l'interesse personale e il raggiungimento del proprio godimento oppure a fare un passo indietro, nella relazione, rispetto ai propri bisogni e alla propria affermazione.

I pazienti ossessivi oscillano tra la visione della psicoterapia come liberazione da colpe, remore e dilemmi morali e l'angoscia che la stessa possa essere fonte di possibile corruzione. La concezione socialmente condivisa della psicoterapia come un contesto che favorisce la libera espressione sessuale spesso spinge i pazienti ossessivi a collocare il terapeuta nel (proibito) polo vitale, considerandolo un emancipatore. È così che una donna di circa 40 anni con un grave disturbo ossessivo-compulsivo immagina la terapeuta ancora prima di incontrarla:

<<Sì, la scuola era positiva. A scuola ... c'era la possibilità di uscire da quella casa ... di uscire e di incontrare altre persone. Io ho avuto la fortuna soprattutto alle superiori, di avere degli insegnanti... Infatti venendo qua... non lo so, l'ho un po' immaginata come quell'insegnante che adoro, una persona ... era una persona liberissima, che credo mi ha aiutato ad aprirmi ancora di più; una persona libera mentalmente da pregiudizi, senza paura di parlare di niente, che entrava in classe con un micino sulla spalla destra, adorava gli animali... forte, sicura, determinata, femminile... e... non so, a volte i miei compagni..., non era giovanissima però era una bella donna, la prendevano in giro perché si metteva delle tute aderentissime. Però mi piaceva questo suo andare contro

gli schemi. Comunque ho immaginato lei un po' così, da come me ne ha parlato il dottor X., ... e questo mi... mi faceva molto piacere, perché sentivo che potevo parlare senza problemi e Allora, dov'è che siamo rimasti?>>.

La psicoterapia allo stesso tempo è, in genere, considerata un'attività pro-sociale, scelta da persone maggiormente interessate al lavoro che svolgono piuttosto che al guadagno, con forti valori etici. Se da un lato, dunque, il terapeuta può essere considerato come un complice per poter esprimere i propri desideri proibiti, dall'altro lato lo stesso può essere un giudice. Tra i motivi che hanno reso difficile la costruzione di una buona alleanza con un parroco con un disturbo ossessivo-compulsivo, che aveva saltuarie relazioni omosessuali, vi è proprio la collocazione del terapeuta sul polo "giudicante".

Paziente: <<Tutto... tutto quello che abbiamo detto io lo ritorco a mio svantaggio... Lei non avendo dato... alcun giudizio...io ritorco tutto a mio svantaggio. Cioè... Lei non ha detto se questi fatti sessuali sono gravi o no... Lei non ha detto queste cose. Non so cosa ne pensa...>>

Terapeuta: <<Come se ci fosse un giudizio grave in senso medico, in senso diciamo psicologico... o grave in senso morale?>>

Paziente: <<...in senso morale.>>

Terapeuta: <<Ah in senso morale. Cioè la sua preoccupazione è di un giudizio su di Lei negativo come persona?>>

Paziente: <<Sì sì, come persona.>>

Terapeuta: <<Ho capito. No... noi non ne diamo.>>

“Giudicare/rendere complice” è una polarità che spesso implicitamente caratterizza la relazione terapeutica. Sia il paziente sia il terapeuta possono assumere un *positioning* giudicante, disgustati dall'interlocutore che ritengono colpevole per la sua immoralità, così come entrambi possono corrompere l'altro rendendolo un complice. È spesso il paziente che cerca di corrompere il terapeuta, affinché gli dia il permesso di esprimere gli impulsi proibiti o i comportamenti (dal suo punto di vista) moralmente inappropriati o di criticare i genitori o il partner troppo rigidi e oppressivi. Talvolta il paziente tenta proprio di sedurre il terapeuta, per esempio cercando di accorciare le distanze attraverso frequenti e-mail e messaggi telefonici.

In questo secondo stralcio di colloquio è evidente come lo stesso paziente del precedente esempio cerchi di rendere la terapeuta complice dei comportamenti sessuali che lo tormentano dal punto di vista morale:

Paziente: <<...cioè ciò che mi aspetto è un... - Lei dirà “è ingenuo”... beh sono ingenuo - ...una linea di condotta da tenere per potere uscirne. Una linea di come comportarmi, che cosa fare ehm... se dedicare più tempo... non so... a un esercizio fisico... oppure se lei potesse gradualmente farmi capire che queste cose sono abbastanza naturali, che la mia natura è questa, non so, ecco. Io dico la verità non è che volessi una consolazione... ma insomma mi aspettavo che lei mi dicesse: “cerca di vivere con tranquillità”.>>

La terapeuta non accoglie la definizione che l'interlocutore dà ma non assume nemmeno un *positioning* giudicante.

Terapeuta: <<Ma questo a Lei non serve assolutamente a niente. Dobbiamo essere sinceri. Lei sa benissimo che se riuscisse a dirsi “cerca di vivere con tranquillità” non avrebbe bisogno di venire da me a spendere dei soldi... Intendiamoci, qualsiasi persona con cui Lei si apra, qualsiasi persona ad un certo punto le dirà: “cerca di vivere con tranquillità”.>>

Potremmo definire il movimento relazionale della terapeuta come “rispettare le regole”, “attenersi al proprio dovere”, in quanto la stessa fa riferimento ai comportamenti previsti dal proprio ruolo professionale.

Anche con la donna sulla quarantina con un grave disturbo ossessivo-compulsivo, alla quale ho fatto riferimento in precedenza, la terapeuta si colloca rispetto alla semantica critica su un *positioning* ben diverso da quello in cui la paziente è sempre riuscita a collocare i propri terapeuti. La paziente ha infatti avuto molte precedenti terapie che si sono trasformate in relazioni sessuali e affettive.

Terapeuta: <<Poi bisogna riuscire a capire se noi ci troviamo, perché lei è stata abituata a terapie che erano un po' particolari eh, nel senso che questi diventavano amici, eccetera, io faccio il mio lavoro! Le sono molto vicina ad aiutarla a risolvere i suoi problemi...Però lei si deve togliere dalla testa ogni... Di fatto bisogna capire anche questo, che lei ha avuto tutte queste esperienze...particolari. Cioè non c'è stata una terapia normale, sono tutte

esperienze particolari, noi non abbiamo queste abitudini! Bisogna anche capire se lei poi ci sta a questo! Tutte cose da vedere.>>

Facendo riferimento alla professionalità, la terapeuta comunica alla paziente che non assumerà il *positioning* di terapeuta “corruttibile, che può essere reso complice o manipolato”. Anche in questo caso, assume il *positioning* di chi è corretto e rispetta le regole ponendo allo stesso tempo la paziente nel polo opposto nel momento in cui le dice “bisogna capire se lei ci sta”.

Naturalmente, anche il terapeuta può “corrompere” il paziente, distanziandolo dai suoi valori e principi o cercando di renderlo complice in un progetto terapeutico di dubbia connotazione morale. E’ così che un giovane uomo vive la richiesta della terapeuta di mantenere il segreto rispetto a quanto verrà detto in terapia:

Terapeuta: <<Ce la fa a mantenere il segreto?>>

Paziente: <<Ma cioè io non posso parlare di quello che parliamo noi qua con nessuno?>>

Terapeuta: <<Tendenzialmente non dovrebbe riferire. Poi, voglio dire, le cose di cui mi parla qui sono anche cose della sua vita che possono essere oggetto di conversazione. Però in qualche modo.. come, con i suoi, che la aspettavano a casa perché raccontasse come era andata.. Questo no! È in grado di tenere il segreto?>>

Paziente: <<Non so dirle questo. Sicuramente non sono abituato a tenerne. Il segreto mi sembra una cosa brutta in sé e per sé, no? La mia valutazione è che quando una cosa è segreta è sporca, mi sa di qualcosa di losco sotto.>>

In questo modo il paziente implicitamente connota la richiesta della terapeuta come una cosa losca di cui lo sta rendendo complice e dunque pone la terapeuta stessa nel polo di chi corrompe.

“Rispettare le regole/trasgredire” è la modalità relazionale che più di tutte caratterizza la relazione terapeutica con i soggetti ossessivi. Paziente e terapeuta possono restare nei propri ruoli chiedendo all’altro di rispettare rigorosamente le regole oppure, al contrario, trasgredire ad esse in modo più o meno esplicito, rivendicando diritti o cercando di trarre vantaggio dalla disponibilità dell’altro, ma anche chiedendo trattamenti di favore. Il parroco con un disturbo ossessivo-compulsivo del quale ho riportato alcuni estratti di

colloquio, per esempio, chiede alla terapeuta di modificare radicalmente il *setting* terapeutico domandando, più o meno esplicitamente, di essere ricevuto in un salotto e gratuitamente:

Paziente: <<Io poi...Volevo solo dire questo... prima che arrivasse qui io pensavo: adesso mi riduco di nuovo al confessionale.>>

Terapeuta: <<Cioè le sembrava fosse un confessionale qua?>>

Paziente: <<Sì.>>

Terapeuta: <<Mentre dal dott. X no?>>

Paziente: <<No. Non mi è mai successo. È che qua... è...asettico. Forse se Lei mi ricevesse...non so... magari in un salotto o.... Non so io.>>

Terapeuta: <<Preferirebbe?>>

Paziente: <<Sì.>>

Terapeuta: <<Questo...questo ambiente qui asettico, lo specchio unidirezionale...>>

Paziente: <<Lo specchio lì, che poi io non so chi c'è lì dietro, se ascoltano o scrivono, se fanno... non lo so.>>

Terapeuta: <<Ascoltano e scrivono. Noi abbiamo questa metodologia, abbiamo la telecamera e l'equipe che fa la sintesi in modo tale che uno...>>

Paziente: <<Quindi è una scuola in fondo?>>

Terapeuta: <<Sì.>>

Paziente: <<È quello che ha detto anche mia madre, “guarda che fanno esperimenti.”>>

Terapeuta: <<Cosa intende per esperimenti?>>

Paziente: <<Esperimenti del tipo “vediamo questo come reagisce, che testa ha, cosa pensa, come vede la vita, eccetera, eccetera”.>>

Terapeuta: <<Cioè la mamma...>>

Paziente: <<... ha sfiducia, dice “sono prezzolati in qualche modo, è un business”.>>

Terapeuta: <<Mentre se fossero delle persone che lo fanno gratis andrebbe meglio?>>

Paziente: <<Forse sì. Dal dott. X era gratis...>>.

I pazienti con organizzazione ossessiva possono sentirsi fortemente risentiti quando il terapeuta conclude la seduta con qualche minuto di anticipo rispetto al previsto ma anche essere preoccupati nel caso in cui il colloquio venga prolungato: l'interlocutore potrebbe essersi innamorato di lui/lei o cercare di guadagnare di più. Questi pazienti possono anche richiedere sedute a orari inusuali, trattare il prezzo e così via. Ovviamente, il terapeuta deve prendere posizione entro questa polarità riaffermando più o meno rigorosamente le regole oppure diventando egli stesso un trasgressore.

Infine, terapeuta e paziente possono trasformare la terapia in una "confessione", dove gli eventi devono essere riportati in modo preciso ed entrambi "si sentono responsabili" di ciò che sta succedendo oppure, al contrario, uno dei due potrebbe "manipolare" i fatti presentando una versione personale delle cose o nascondendo informazioni importanti. Terapeuta e paziente possono "accusare" se stessi o l'altro oppure "assolverlo, perdonarlo", possono "fare resistenza passiva" ma anche "sfogarsi". L'intellettualizzazione e la repressione delle emozioni tendenzialmente dominano la scena, ma è anche possibile che il paziente dia sfogo alle proprie emozioni, utilizzando ad esempio un linguaggio volgare o liberandosi di carichi oppressivi. Allo stesso modo, il terapeuta può dare sfogo alle proprie emozioni attraverso degli *acting out*.

5. La ricerca

5.1 Obiettivi e ipotesi

Secondo Ugazio (2012), i pazienti tendono a costruire ogni relazione secondo modalità interattive caratteristiche delle dimensioni di significato per loro salienti. Ciò è particolarmente vero per la relazione terapeutica, alla quale il soggetto si rivolge proprio nel momento in cui vive un dilemma generato dal *positioning* difficile che si trova ad assumere, in relazione agli altri membri della famiglia, entro la semantica critica. Ciò che il presente studio intende verificare è se la relazione terapeutica con pazienti con disturbi fobici e ossessivo-compulsivi sia modellata, rispettivamente, dalla semantica della libertà e dalla semantica della bontà.

Ipotizzo dunque di osservare, nel gruppo dei pazienti con un disturbo di tipo fobico, movimenti relazionali del tipo “chiudersi all’altro/aprirsi all’altro”, “affrancarsi/dipendere”, “esplorare/mettersi al sicuro”, “spaventarsi-allarmare/rassicurare”, caratteristici di chi si sviluppa entro contesti nei quali prevale la semantica della libertà. Mi aspetto invece che i pazienti con un disturbo di tipo ossessivo-compulsivo assumano prevalentemente *positioning* interattivi riconducibili alla semantica della bontà, come: “rispettare le regole/trasgredire”, “giudicare/rendere complice”, “trattenere/sfogare”. Basandomi sui precedenti risultati relativi alle polarità semantiche narrate (Ugazio et al., 2011, 2015), ipotizzo infine che la terapeuta tenda a con-porsi entro la semantica critica del paziente.

5.1.1 Ipotesi

Il primo obiettivo della presente ricerca è quello di comprendere se i pazienti con un disturbo fobico o ossessivo-compulsivo costruiscano la relazione terapeutica secondo i significati caratteristici della semantica ritenuta critica dalla teoria di riferimento (Ugazio, 1998, 2012). Le ipotesi sono le seguenti:

- 1) I pazienti assumono *positioning* interattivi tipici della presunta semantica critica in misura significativamente maggiore rispetto a quelli di altre semantiche. In particolare, mi aspetto che tra i *positioning* interattivi dei pazienti di area fobica e

di quelli di area ossessiva prevalgano quelli riconducibili, rispettivamente, alla semantica della libertà e della bontà rispetto a quelli ascrivibili alla categoria “altre semantiche”, alla semantica del potere e dell’appartenenza.

2) I *positioning* interattivi ascrivibili ad una categoria semantica prevalgono nel gruppo di pazienti per i quali tale universo di significati è ritenuto essere rilevante e non negli altri gruppi.

Mi aspetto dunque che i pazienti di area fobica assumano, nell’interazione con la terapeuta, *positioning* interattivi ascrivibili alla semantica della libertà in misura significativamente superiore ai pazienti con un disturbo ossessivo-compulsivo e al gruppo di confronto. Ipotizzo che lo stesso trend si verifichi nel gruppo dei pazienti con un disturbo ossessivo-compulsivo, all’interno del quale mi aspetto di rilevare *positioning* interattivi tipici della semantica della bontà in misura significativamente superiore rispetto ai pazienti degli altri due gruppi.

Il secondo obiettivo è quello di comprendere se la terapeuta tenda a con-porsi, nella conversazione con i propri pazienti, entro i significati caratteristici della semantica ritenuta per essi critica. Ipotizzo che:

3) La semantica del paziente caratterizzi in misura statisticamente significativa i *positioning* interattivi della terapeuta, più di altre semantiche.

Mi aspetto che, con il gruppo di pazienti ossessivi, la terapeuta adotti modalità interattive riconducibili alla semantica della bontà in misura maggiore di quelle ascrivibili ad altre dimensioni di significato. Allo stesso modo, mi attendo che con i pazienti di area fobica prevalgano, da parte della terapeuta, *positioning* interattivi della semantica della libertà rispetto ad altre semantiche.

4) La terapeuta assuma prevalentemente *positioning* interattivi ascrivibili ad una categoria semantica con il gruppo di pazienti per il quale la teoria ritiene che tali significati risultino critici e non con altri.

Mi aspetto dunque che i *positioning* interattivi assunti dalla terapeuta con i soggetti con disturbi di tipo fobico siano caratterizzati dalla prevalenza di movimenti relazionali tipici della semantica della libertà in misura significativamente superiore rispetto a quelli assunti con i pazienti ossessivo-compulsivi e con il gruppo di confronto. Allo stesso modo, mi attendo che con i

pazienti di area ossessiva la terapeuta assume *positioning* interattivi caratteristici della semantica della bontà più di quanto accada con i pazienti dei restanti gruppi.

5.2 Metodo

5.2.1 Partecipanti

La ricerca è stata condotta sulle prime due sedute di consultazione di 48 pazienti che hanno richiesto un trattamento psicoterapeutico presso l'*European Institute of Systemic-relational Therapies* negli anni 1993-2014, estratti da un archivio di più di 600 terapie o consultazioni individuali, videoregistrate e condotte dalla stessa psicoterapeuta⁷. I pazienti, residenti prevalentemente nel Nord Italia, hanno un'età compresa tra i 19 e i 69 anni ($M = 36.8$ anni, $DS = 10.8$) e il loro livello scolastico e socio-economico è medio-alto. Le diagnosi sono state poste secondo i criteri del DSM-5 (APA, 2013). Sedici pazienti (9M e 7F) presentano un disturbo ossessivo-compulsivo (300.3) mentre, tra coloro che manifestano un disturbo di tipo fobico (9M e 7F), tredici hanno un disturbo di panico (300.01), uno agorafobia (300.22) e due soddisfano i criteri per un disturbo d'ansia generalizzato (300.02). I rimanenti sedici pazienti (8M e 8F), che costituiscono il gruppo di confronto, non manifestano alcun sintomo.

I pazienti con un disturbo d'ansia o di tipo ossessivo-compulsivo sono casi prototipici, in quanto non soddisfano criteri per altri disturbi psicopatologici. I pazienti del gruppo di confronto hanno richiesto un trattamento per problemi esistenziali o relazionali e non soddisfano alcun criterio diagnostico del DSM-5.

5.2.2 Procedura

La *Semantics Grid of the Dyadic Therapeutic Relationship* (SG-DTR; Ugazio & Castelli, 2015) è uno strumento di rilevazione e codifica delle polarità semantiche interattive che emergono nella relazione tra terapeuta e paziente nel corso di colloqui

⁷ Prof.ssa Valeria Ugazio

individuali. La procedura prevede la significazione dei movimenti relazionali emergenti nelle sequenze conversazionali in cui la relazione terapeutica acquista centralità e l'assegnazione agli stessi di un codice predefinito sulla base delle griglie della relazione terapeutica diadica (Ugazio & Castelli, 2015), che derivano dalle griglie delle semantiche familiari (Ugazio et al., 2009) ma sono state adattate al contesto terapeutico.

La SG-DTR definisce le polarità semantiche interattive come opposizioni di significato evincibili da come paziente e terapeuta si posizionano reciprocamente nel qui ed ora dell'interazione terapeutica. Tali polarità sono puramente interattive, pertanto si basano principalmente sulla comunicazione non verbale; per questo, l'analisi è stata condotta sulle videoregistrazioni delle sedute, alle quali la SG-DTR è stata applicata da parte di due ricercatori indipendenti⁸.

La scelta di adottare come oggetto d'indagine i primi due colloqui, che costituiscono la fase di consulenza, è motivata principalmente da due considerazioni. Innanzitutto, durante i primi incontri, il terapeuta tende ad effettuare interventi finalizzati alla raccolta di informazioni, alla definizione del problema, alla spiegazione del *setting*, e generalmente si astiene dall'assumere *positioning* marcati. Si presume dunque che in questa fase la sua influenza sulla costruzione dei significati sia minore rispetto a quanto accade nei successivi incontri. Inoltre, indipendentemente dall'orientamento teorico del terapeuta, nelle prime sedute vengono perseguiti gli obiettivi relativi alla costruzione dell'alleanza terapeutica, che costituisce il fattore della relazione terapeutica più rilevante per l'efficacia della psicoterapia (cfr., ad es., Gelso & Carter, 1985; Lingiardi, 2002; Norcross, 2011; Safran & Muran, 2000).

La SG-DTR è stata applicata ai colloqui nella loro interezza e ciascuno dei due ricercatori ha condotto le analisi su metà del campione. Come previsto dal metodo, la fase di codifica ha riguardato soltanto le sequenze per le quali entrambi hanno espresso accordo in merito alla presenza di un *positioning* interattivo. Successivamente, un terzo ricercatore⁹ ha effettuato la codifica sul 50% dei *positioning* interattivi di ciascun colloquio al fine di poter stimare il grado di accordo intergiudice.

⁸ La ricerca è stata condotta in collaborazione con il dott. Daniele Castelli, PhD

⁹ Dott.ssa Stella Chiara Guarnieri, PhD

5.2.3 Metodo di codifica

Secondo la prospettiva costruzionista (Cronen, Johnson, & Lannamann, 1982; Harré, 1986; Harré & van Langenhove, 1999), i movimenti relazionali, le emozioni e sensazioni, le definizioni di sé/degli altri/delle relazioni e i valori - ovvero le realtà sociali costruite nella conversazione - sono le aree semantiche entro le quali i pazienti e il terapeuta si posizionano. Anche se le polarità semantiche interattive riguardano tutte queste aree, la SG-DTR le considera come movimenti relazionali che sottendono una specifica emozione.

La prima parte della procedura prevede l'identificazione delle polarità semantiche interattive da parte di due ricercatori indipendenti e implica tre fasi:

Fase 1. Identificazione e trascrizione delle sequenze nelle quali emerge un *positioning* interattivo, con l'indicazione dei riferimenti temporali in cui si verificano all'interno della seduta o dei turni narrativi.

Fase 2. Annotazione degli indicatori extra narrativi osservati nelle sequenze.

Fase 3. Confronto tra le sequenze individuate dai due ricercatori ed esclusione dalla ricerca di quelle sulle quali non è stato raggiunto un accordo.

La SG-DTR indica sei casi nei quali più frequentemente emerge un *positioning* interattivo. Secondo la procedura, identifichiamo le polarità semantiche interattive come:

1. modalità relazionali attraverso le quali il paziente chiama in causa in modo diretto il terapeuta, o il terapeuta chiama in causa in modo diretto il paziente, nel rispetto del ruolo che ricopre o come generico interlocutore;
2. modalità relazionali attraverso le quali paziente e terapeuta sono chiamati in causa in modo indiretto da parte dell'interlocutore, ad esempio quando il paziente commenta il *setting* e le sue regole, parla di altri terapeuti o di precedenti esperienze terapeutiche;
3. modalità relazionali attraverso le quali paziente e terapeuta meta-comunicano sulla relazione terapeutica;
4. modalità relazionali attraverso le quali il terapeuta, e talvolta anche il paziente, meta-comunica sui sentimenti dell'interlocutore, sulle sue caratteristiche personali, sulle sue modalità relazionali e su ciò che questi aspetti suscitano in lui;

5. modalità relazionali attraverso le quali paziente e terapeuta si posizionano reciprocamente, su richiesta dell'interlocutore o spontaneamente, a prescindere dai rispettivi ruoli o interpretandoli in modo personale. Per esempio accade spesso che il terapeuta, nel presentare le regole del *setting* e nel negoziare con il paziente i metodi, i tempi e il formato della terapia, assuma una posizione personale che va aldilà dei ruoli predefiniti;
6. modalità relazionali attraverso le quali il terapeuta, nel suo ruolo di conduttore della seduta, assume modalità interattive che implicano una definizione della relazione attraverso l'adozione di comportamenti o espressioni che trascendono gli aspetti tecnici della conduzione stessa.

La seconda parte della SG-DTR consiste nella codifica dei *positioning* interattivi identificati e prevede 6 passaggi.

Fase 1. Attribuzione di un significato ai *positioning* individuati esplicitando gli elementi che hanno condotto a tale attribuzione.

Fase 2. Ricerca di tali significati tra quelli previsti dalle griglie della relazione terapeutica diadica (riportate in Appendice A) e annotazione del codice corrispondente, attribuendo un unico codice (530) ai movimenti relazionali che non appartengono alle quattro semantiche delle griglie.

Fase 3. Identificazione della persona che ha assunto il *positioning* interattivo e attribuzione del codice 1 (= paziente) o 2 (= terapeuta).

Fase 4. Classificazione del *positioning* come esplicito (codice = 1), come implicito con riferimento esplicito all'interlocutore (codice = 2), oppure implicito (codice = 3).

Fase 5. Classificazione del *positioning* interattivo attribuendo ad esso un valore a seconda che l'agente sia in accordo con il proprio ruolo o al di fuori di esso.

Tabella 5.1
Etichette di ruolo e rispettivi codici

Ruolo	Codice
Paziente come paziente	1
Terapeuta come terapeuta	2
Paziente come persona	3
Terapeuta come persona	4

Fase 6. Valutazione del grado di polarizzazione dei *positioning* (1 = lieve; 2 = moderato; 3 = forte).

I dati vengono organizzati tramite un foglio elettronico. Nell'Appendice B sono riportati alcuni esempi.

5.3 Analisi dei dati

Le ipotesi 1 e 3 sono state verificate mediante il test del chi-quadrato, calcolato sulle frequenze, divise per semantica, dei *positioning* interattivi dei pazienti e della terapeuta nel gruppo di pazienti fobici e in quello dei pazienti con un disturbo ossessivo-compulsivo, mentre per testare le ipotesi 2 e 4 ho utilizzato il modello loglineare [Gruppo x Semantica].

5.4 Risultati

Nelle 96 sedute analizzate sono stati individuati complessivamente 1200 *positioning* interattivi, di cui 748 (62,33%) dei pazienti e 452 (37,67%) della terapeuta. Tale differenza è statisticamente significativa ($\chi^2_{(1)} = 73.01, p < .001$).

I dati mostrano una notevole variabilità nel numero di *positioning* interattivi assunti dagli interlocutori nelle singole sedute. Nel corso della consultazione, ciascun paziente ha agito in media 7.9 movimenti relazionali per seduta ($DS = 5.39$, range = 0-20) mentre la media dei *positioning* interattivi della terapeuta per colloquio è di 4.87 ($SD = 3.76$, range = 0-22). Inoltre, esiste una correlazione positiva, di grado moderato, tra il numero dei *positioning* interattivi del paziente e della terapeuta ($r = .68, p < .01$). Gli agenti sembrano dunque influenzarsi vicendevolmente per quanto riguarda il “grado di interattività” ma non è tuttavia possibile rilevare la direzione di tale correlazione, ovvero se sia il paziente ad influenzare la terapeuta o viceversa.

Le tabelle 5.2 e 5.3 mostrano le frequenze e le percentuali dei *positioning* interattivi suddivisi rispetto alla semantica assunti rispettivamente dai pazienti e dalla terapeuta. Alcune celle contengono un numero di occorrenze esiguo ma sufficiente per poter effettuare l'analisi statistica mediante modello loglineare.

Tabella 5.2

Frequenze e percentuali relative alle polarità semantiche interattive dei pazienti dei tre gruppi nelle cinque categorie semantiche considerate

Gruppo	Semantica									
	Libertà		Bontà		Potere		Appartenenza		Altre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
FOB	190	72.52	6	2.29	32	12.21	5	1.91	29	11.07
OSS	58	23.48	123	49.80	30	12.15	12	4.86	24	9.72
CFR	80	33.47	35	14.64	88	36.82	6	2.51	30	12.55

Note: FOB = pazienti con un disturbo di tipo fobico; OSS = pazienti con un disturbo ossessivo-compulsivo; CFR = pazienti del gruppo di confronto.

Tabella 5.3

Frequenze e percentuali relative alle polarità semantiche interattive della terapeuta nei tre gruppi nelle cinque categorie semantiche considerate

Gruppo	Semantica									
	Libertà		Bontà		Potere		Appartenenza		Altre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
FOB	42	33.33	6	4.76	12	9.52	6	4.76	60	47.62
OSS	24	15.38	50	32.05	27	17.31	5	3.21	50	32.05
CFR	22	12.94	24	14.12	30	17.65	7	4.12	87	51.18

Note: FOB = pazienti con un disturbo di tipo fobico; OSS = pazienti con un disturbo ossessivo-compulsivo; CFR = pazienti del gruppo di confronto.

Sul 50% dei *positioning* interattivi individuati all'interno di ciascuna seduta è stata effettuata una seconda codifica da parte di un ricercatore indipendente. L'accordo intergiudice, calcolato mediante coefficiente K di Cohen, è risultato pari a .68 ($p < .01$).

Ipotesi 1

La prima ipotesi è confermata. Le analisi condotte mediante il test del chi-quadrato, riportate nella tabella 5.4, dimostrano che, sia all'interno del gruppo di pazienti con un disturbo di tipo fobico ($\chi^2_{(4)} = 463.687, p < .001$), sia nel gruppo di pazienti ossessivo-compulsivi ($\chi^2_{(4)} = 160.145, p < .001$), le cinque categorie semantiche non sono utilizzate con la stessa frequenza. In particolare, i pazienti con un disturbo di area fobica adottano *positioning* interattivi ascrivibili alla semantica della libertà in maniera significativamente maggiore rispetto alle altre semantiche ($Z_{LIBERTÀ} = 19.008, p < .001$). Lo stesso risultato è stato ottenuto per i pazienti con un disturbo ossessivo-compulsivo relativamente alla semantica della bontà ($Z_{BONTÀ} = 10.471, p < .001$).

Tabella 5.4

Valori del chi-quadrato e dei residui standardizzati calcolati sulle polarità semantiche interattive introdotte dai pazienti con un disturbo fobico e ossessivo-compulsivo

Gruppo	χ^2	gdl	Residui standardizzati				
			LIB	BON	POT	APP	ALT
FOB	463.687***	4	19.008***	-6.409***	-2.818**	-6.548***	-3.232**
OSS	160.145***	4	1.223	10.471***	-2.760**	-5.321***	-3.613***

Note: ** $p < .01$ *** $p < .001$; FOB = pazienti con un disturbo di tipo fobico; OSS = pazienti con un disturbo ossessivo-compulsivo; LIB = semantica della libertà; BON = semantica della bontà; POT = semantica del potere; APP = semantica dell'appartenenza; ALT = categoria "altre semantiche".

Ipotesi 2

La tabella 5.5 riassume le analisi del modello loglineare [Gruppo x Semantica] elaborato sulle polarità semantiche interattive dei pazienti.

I dati non mostrano alcun effetto principale della variabile "gruppo" ($Y^2_{(2)} = 1.09, p = .58$). Nessuna classe di pazienti risulta pertanto "più interattiva" degli altri.

L'effetto principale della variabile "semantica" risulta invece essere significativo ($Y^2_{(4)} = 362.01, p < .001$): indipendentemente dal gruppo, le polarità semantiche interattive ascrivibili alla semantica della libertà ($Z_{LIBERTÀ} = 14.730, p < .001$) e alla semantica del potere ($Z_{POTERE} = 4.014, p < .001$) sono presenti in misura significativamente maggiore rispetto a quelle riconducibili alla semantica della bontà, dell'appartenenza e ad altre semantiche ($Z_{APPARTENENZA} = -7.811, p < .001$).

Tabella 5.5

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

	Effetti		Parametri standardizzati				
	Y^2	<i>gdl</i>					
Gruppo	1.09	2	FOB		OSS	CFR	
			-3.098***		2.333	1.407	
Semantica	362.01***	4	LIB	BON	POT	APP	ALT
			14.730***	-0.116	4.014***	-7.811***	-0.815
Gruppo x Semantica	271.73***	8	FOB		OSS	CFR	
			LIB	8.642***	-6.254***	-2.738**	
			BON	-5.418***	8.454***	0.301	
			POT	-0.071	-4.210***	4.770***	
			APP	-0.167	1.465	1.465	
			ALT	2.310	-2.180	-0.234	

Note: ** $p < .01$ *** $p < .001$; FOB = pazienti con un disturbo di tipo fobico; OSS = pazienti con un disturbo ossessivo-compulsivo; CFR = pazienti del gruppo di confronto; LIB = semantica della libertà; BON = semantica della bontà; POT = semantica del potere; APP = semantica dell'appartenenza; ALT = categoria "altre semantiche".

L'analisi dell'interazione Gruppo x Semantica suggerisce che i significati prevalenti dipendono dal gruppo dei pazienti in cui vengono rilevati ($Y^2_{(8)} = 271.73$, $p < .001$), confermando l'ipotesi 2. L'analisi evidenzia infatti che nel gruppo di pazienti con un disturbo di tipo fobico, ma non negli altri due gruppi, prevalgono significativamente i *positioning* interattivi ascrivibili alla semantica della libertà ($Z_{LIBERTÀ} = 8.642$, $p < .001$). Analogamente, il gruppo dei pazienti con un disturbo ossessivo-compulsivo adotta in misura maggiore e statisticamente significativa movimenti relazionali riconducibili alla semantica della bontà ($Z_{BONTÀ} = 8.454$; $p < .001$); tale semantica non prevale invece negli altri due gruppi.

Dalle analisi si può inoltre osservare che, nel gruppo di confronto, rispetto ai due gruppi di pazienti ossessivi e fobici, prevale in misura statisticamente significativa la semantica del potere ($Z_{POTERE} = 4.770$; $p < .001$).

Ipotesi 3

Le analisi condotte mediante il test del chi-quadrato, riportate nella tabella 5.6, dimostrano che, sia all'interno del gruppo di pazienti con un disturbo di tipo fobico ($\chi^2_{(4)} = 463.687, p < .001$), sia nel gruppo di pazienti ossessivo-compulsivi ($\chi^2_{(4)} = 160.145, p < .001$), le semantiche non sono utilizzate con la stessa frequenza da parte della terapeuta. La semantica della libertà e la categoria "altre semantiche" prevalgono in misura statisticamente significativa tra i *positioning* interattivi che la terapeuta assume con i pazienti di area fobica ($Z_{LIBERTÀ} = 3.346, p < .001$) mentre la semantica della bontà e la categoria "altre semantiche" sono significativamente prevalenti quando la stessa interagisce con i pazienti ossessivo-compulsivi ($Z_{BONTÀ} = 3.365, p < .001$). Sulla base di tali dati, l'ipotesi 3 risulta confermata.

Tabella 5.6

Valori del chi-quadrato e dei residui standardizzati calcolati sulle polarità semantiche interattive introdotte dalla terapeuta nei gruppi di pazienti con un disturbo fobico e ossessivo-compulsivo

Gruppo	χ^2	gdl	Residui standardizzati				
			LIB	BON	POT	APP	ALT
FOB	95.428***	4	3.346***	-3.824***	-2.629**	-3.824***	6.932***
OSS	46.884***	4	-1.289	3.365***	-0.751	-4.690***	3.365***

Note: ** $p < .01$ *** $p < .001$; FOB = pazienti con un disturbo di tipo fobico; OSS = pazienti con un disturbo ossessivo-compulsivo; LIB = semantica della libertà; BON = semantica della bontà; POT = semantica del potere; APP = semantica dell'appartenenza; ALT = categoria "altre semantiche".

Ipotesi 4

L'ipotesi 4 risulta confermata. Come emerge dalle analisi (tabella 5.7), la terapeuta tende a costruire la relazione terapeutica in modo diverso con i tre gruppi di pazienti.

L'effetto principale della variabile "gruppo" non risulta significativo ($Y^2_{(2)} = 6.846, p = .032$). La terapeuta non assume un numero significativamente diverso di *positioning* interattivi con i tre gruppi di pazienti. L'effetto principale della variabile "semantica" è invece significativo ($Y^2_{(4)} = 187.241, p < .001$): i *positioning* interattivi adottati dalla terapeuta e ascrivibili alla classe "altre semantiche" sono presenti in misura significativamente maggiore ($Z_{ALTRE} = 12.370, p < .001$) rispetto a quelli riconducibili

alla semantica della libertà, della bontà, del potere e dell'appartenenza. La semantica dell'appartenenza risulta inoltre significativamente sottorappresentata.

Tabella 5.7

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

	Effetti		Parametri standardizzati				
	Y^2	<i>gdl</i>					
Gruppo	6.846	2					
			FOB	OSS	CFR		
			-2.691**	1.293	1.721		
Semantica	187.241***	4	LIB	BON	POT	APP	ALT
			2.515	-0.700	0.011	-6.496***	12.370* **
Gruppo x Semantica	61.103***	8	FOB	OSS	CFR		
			LIB	4.500***	-1.781	-2.549	
			BON	-3.653***	4.943***	0.338	
			POT	-1.527	0.693	1.155	
			APP	1.033	-1.025	0.024	
			ALT	1.643	-2.894**	1.287	

Note: ** $p < .01$ *** $p < .001$; FOB = pazienti con un disturbo di tipo fobico; OSS = pazienti con un disturbo ossessivo-compulsivo; CFR = pazienti del gruppo di confronto; LIB = semantica della libertà; BON = semantica della bontà; POT = semantica del potere; APP = semantica dell'appartenenza; ALT = categoria "altre semantiche".

L'analisi dell'interazione Gruppo x Semantica suggerisce che la semantica prevalentemente utilizzata dalla terapeuta varia sistematicamente in rapporto al gruppo di pazienti ($Y^2_{(8)} = 61.103, p < .001$). In particolare, la terapeuta adotta prevalentemente, e in misura statisticamente significativa, significati caratteristici della semantica della libertà con i pazienti con disturbi di area fobica rispetto ai pazienti degli altri due gruppi ($Z_{LIBERTÀ} = 4.500, p < .001$). La stessa utilizza in misura maggiore e statisticamente significativa movimenti relazionali tipici della semantica della bontà con pazienti con disturbi ossessivo-compulsivi rispetto a quanto accade con gli altri due gruppi ($Z_{BONTÀ} = 4.943; p < .001$).

5.5 Discussione e conclusioni

Muovendo dalla recente ipotesi di Ugazio (2012), secondo la quale non esiste un unico modo di costruire la relazione terapeutica “ma tanti modi diversi quante sono le semantiche” (Ugazio, 2012, p. 303, corsivo nell’originale), l’obiettivo della presente ricerca è stato quello di verificare se la semantica della libertà e quella della bontà siano prevalenti tra i *positioning* interattivi dei pazienti che manifestano, rispettivamente, un disturbo fobico e ossessivo-compulsivo e se, a sua volta, la terapeuta tenda a con-porsi entro i significati critici per i propri pazienti. A tal fine, la *Semantics Grid of the Dyadic Therapeutic Relationship* (SG-DTR; Ugazio & Castelli, 2015), un nuovo metodo per la codifica delle polarità semantiche interattive, è stata applicata alle prime due sedute di consultazione di 48 pazienti - di cui 16 con un disturbo fobico, 16 con un disturbo ossessivo-compulsivo e 16 con problemi esistenziali o relazionali - condotte da Valeria Ugazio.

La maggior parte dei *positioning* interattivi è stata rilevata nelle fasi di apertura e chiusura delle sedute - ovvero nelle fasi dedicate alla spiegazione del *setting* e alla negoziazione del successivo appuntamento, dell’onorario e del progetto terapeutico - ma anche durante l’analisi delle aspettative del paziente verso la terapia. Il dato era atteso, in quanto queste fasi sono quelle in cui la relazione terapeutica è in gioco in modo esplicito ed è pertanto possibile vedere in modo chiaro le specifiche modalità di costruire la relazione adottate dagli interlocutori. Tali momenti non esauriscono tuttavia quelli nei quali è stato possibile identificare un *positioning* interattivo.

Le ipotesi di ricerca sono state complessivamente confermate: i pazienti tendono a costruire la relazione terapeutica in modi differenti e riconducibili alla semantica ritenuta per essi critica dalla teoria delle polarità semantiche (Ugazio, 1998, 2012); a sua volta la terapeuta tende a con-porsi con i pazienti entro i significati per loro rilevanti. I risultati mostrano infatti che i soggetti con un disturbo fobico tendono ad assumere *positioning* tipici dei contesti entro i quali prevale la semantica della libertà più di *positioning* ascrivibili ad altre categorie semantiche e più frequentemente di quanto non facciano i pazienti degli altri due gruppi. Gli stessi trend sono stati riscontrati nel gruppo di pazienti con un disturbo ossessivo-compulsivo relativamente alla semantica della bontà. La ricerca dimostra dunque che i pazienti con un disturbo di tipo fobico costruiscono la

relazione terapeutica attraverso movimenti relazionali del tipo “chiudersi all’altro/aprirsi all’altro”, “affrancarsi/dipendere”, “esplorare/mettersi al sicuro”, “spaventarsi-allarmare/rassicurare” mentre i pazienti con un disturbo di tipo ossessivo-compulsivo assumono prevalentemente *positioning* interattivi del tipo: “rispettare le regole/trasgredire”, “giudicare/rendere complice”, “trattenere/sfogare”.

I dati relativi alla terapeuta mostrano che la stessa tende a con-porsi, nella relazione con i propri pazienti, entro la semantica per essi rilevante. La ricerca relativa ai significati emergenti a livello della narrazione (Ugazio et al., 2011, 2015) ha spiegato la tendenza della terapeuta a “parlare il linguaggio del paziente” come esito di un processo legato, da un lato, alla necessità di una verifica continua della comprensione del mondo del paziente attraverso domande e osservazioni che chiarificano e riprendono i contenuti semantici espressi e, dall’altro, al tentativo di creare una solida alleanza terapeutica. Dal punto di vista interattivo, il fatto che la terapeuta si con-ponga entro la semantica critica dei propri pazienti, potrebbe essere connesso, in parte, anche a fattori diversi. Certamente, da una prospettiva costruzionista, la conversazione e le realtà sociali da essa costruite sono esito di un circuito che coinvolge diversi contesti di significato e che presuppone una reciproca definizione della relazione e delle soggettività in interazione, tuttavia l’asimmetria del contesto terapeutico, all’interno del quale ad essere centrali sono i pazienti e i loro problemi, mi porta a ipotizzare che la terapeuta non possa sottrarsi all’assunzione di un *positioning* lungo una dimensione di significato introdotta prevalentemente da paziente, secondo un processo in parte spontaneo e in parte intenzionale e strategico. Il chi-quadrato mostra anche che, tra i *positioning* interattivi assunti dalla terapeuta con pazienti fobici e ossessivo-compulsivi, non prevalgono solo quelli relativi, rispettivamente, alla semantica della libertà e della bontà. I dati indicano anche una prevalenza significativa della categoria “altre semantiche”. Le spiegazioni sono molteplici. Innanzitutto la terapeuta tende a con-porsi a sua volta entro i significati che appartengono al personale repertorio semantico, che può essere diverso da quello dei propri pazienti. In secondo luogo, il dato avvalora l’ipotesi di un uso strategicamente orientato della relazione terapeutica già nelle prime fasi della terapia. La terapeuta, infatti, inizia da subito ad ampliare il repertorio di significati e di modalità di con-porsi del paziente e ciò rappresenta una prima mossa nella direzione del cambiamento. Secondo Ugazio, il terapeuta non deve continuare a con-porsi entro la semantica del paziente per l’intero processo terapeutico: l’obiettivo della terapia

deve essere quello di contrastare il processo di amplificazione della rilevanza della semantica critica che precede e sostiene l'esordio sintomatico. Per fare ciò è necessario rendere salienti altri significati.

L'ipotesi di uso strategicamente orientato della relazione terapeutica fin dalle prime sedute è coerente anche con il dato relativo al numero di *positioning* interattivi rilevati per i pazienti e la terapeuta. Anche se i pazienti mettono in atto un numero significativamente maggiore di movimenti relazionali rispetto alla terapeuta, coerentemente con l'aspetto di asimmetria che caratterizza il contesto terapeutico, il numero di *positioning* assunti dalla terapeuta è piuttosto alto, rispetto a quanto atteso. Sarebbe interessante in futuro, data la correlazione positiva rilevata tra il numero di *positioning* interattivi dei pazienti e della terapeuta, individuarne la direzione, ovvero comprendere se è il "grado di interattività" del paziente ad influenzare quello del terapeuta o viceversa.

Le analisi effettuate con il modello loglineare sui dati dei pazienti, suggeriscono un effetto significativo della variabile "semantica" indipendentemente dal gruppo, tale per cui le semantiche del potere e della libertà risultano essere quelle significativamente più presenti. Sono diverse le ragioni che spiegano tale risultato. Innanzitutto la prevalenza di tali universi di significato è legata al contesto culturale di provenienza del campione di ricerca. La semantica del potere, che deriva dal rifiuto della gerarchia e dall'idea di uguaglianza intesa come abbattimento delle differenze, è tipicamente occidentale, così come l'idea di libertà come indipendenza dalle relazioni. Probabilmente, se la ricerca venisse replicata in altre parti del mondo, i dati metterebbero in evidenza la prevalenza di altre semantiche. Allo stesso modo, è possibile che, all'interno di altri contesti culturali, la semantica dell'appartenenza, sottorappresentata nel campione della presente ricerca, possa risultare maggiormente rilevante. Il fatto che le dimensioni di significato riconducibili alla semantica del potere e della libertà siano significativamente più presenti di altre, indipendentemente dal gruppo di pazienti, è anche dovuto al fatto che si tratta di due semantiche "relazionali". Le polarità di significato tipiche della semantica del potere sono esito di un confronto: possiamo sentirci buoni e intelligenti anche senza riferirci ad altre persone ma è possibile considerarsi vincenti o perdenti solo rispetto ad altri. La relazione terapeutica inoltre, come tutte le relazioni sociali, e forse anche di più data la diversità di ruolo tra paziente e terapeuta, mette in gioco una definizione della relazione

anche in termini gerarchici, ovvero comporta una negoziazione del potere e delle differenze di stato. Allo stesso tempo, la terapia è un contesto di cura; dunque, movimenti relazionali come “affidarsi” o “rendersi autonomi”, “cautelarsi” o “allarmare” potrebbero essere in parte motivati da tale specificità, soprattutto all’interno di una cultura individualista in cui la propria autostima è costruita sulla capacità di essere autonomi e indipendenti.

Uno dei limiti della ricerca è legato alla scarsa dimensione del campione, da cui deriva una difficile generalizzabilità dei risultati. La numerosità dei gruppi di pazienti, tuttavia, è legata al dispendio di tempo richiesto dalla procedura di codifica e al tipo di campionamento. I pazienti che hanno un disturbo fobico o di tipo ossessivo sono stati infatti selezionati con un criterio restrittivo connesso alla prototipicità dei casi: nessuno dei pazienti ha sintomi riconducibili ad altri disturbi psicopatologici. La generalizzabilità dei risultati è messa in discussione anche dal fatto che le terapie sono state condotte da una sola terapeuta. Ciò garantisce tuttavia la possibilità di azzerare la variabilità dovuta ad alcuni fattori, quali gli stili di conduzione e l’esperienza. Sarà comunque auspicabile, in futuro, replicare la ricerca con sedute condotte da altri terapeuti, anche di diversi approcci.

Inoltre, i *positioning* interattivi rilevati sono esito di un’operazionalizzazione ristretta, rispondente a necessità di ricerca, delle polarità semantiche interattive, che non coglie a pieno la complessità della reale interazione in corso.

Infine, una delle critiche che è possibile muovere al presente studio, è legato all’utilizzo di un metodo di rilevazione e codifica dei *positioning* interattivi che si caratterizza per essere piuttosto inferenziale, soprattutto perché le polarità semantiche interattive si esprimono prevalentemente tramite gli aspetti extra-narrativi della conversazione. Dal punto di vista metodologico, molti aspetti garantiscono la validità e l’affidabilità del metodo. Innanzitutto l’operazionalizzazione del concetto attraverso l’individuazione delle sei situazioni nelle quali è più frequentemente possibile rilevare un *positioning* interattivo e l’applicazione della fase di codifica alle sole sequenze sulle quali è stato trovato un accordo da parte di due ricercatori indipendenti, anche se comporta una riduzione della complessità del fenomeno, ha il vantaggio di definire in modo chiaro l’oggetto di analisi.

Inoltre, il metodo prevede che il processo che conduce il ricercatore all'assegnazione di uno specifico significato venga reso esplicito attraverso l'analisi semantica, ovvero attraverso l'indicazione degli elementi che lo hanno condotto a tale attribuzione. Infine, è stato rilevato un buon grado di accordo intergiudice tra ricercatori indipendenti sulle codifiche effettuate.

Il metodo è coerente con l'epistemologia di riferimento della teoria alla base della ricerca ed è utile perché consente di rilevare le polarità semantiche nella loro accezione conversazionale. Proprio per questo motivo, la ricerca riportata, oltre a dimostrare le ipotesi di Ugazio sulla relazione terapeutica, rappresenta anche un contributo alla convalida del modello delle polarità semantiche.

Il fatto che i pazienti con un disturbo fobico e quelli con un disturbo di tipo ossessivo-compulsivo costruiscano la relazione terapeutica sulla base di significati, e dunque principalmente di emozioni, diversi, ha importanti implicazioni sulla teoria e sulla pratica clinica. Se la relazione terapeutica, e in particolare l'alleanza terapeutica, è rilevante ai fini dell'efficacia di un trattamento psicoterapeutico (cfr., ad es., Bergin & Garfield, 1994, Gelso & Carter, 1985; Lambert, 1992; Lingiardi, 2002; Norcross, 2011; Safran & Muran, 2000), allora i risultati di questa ricerca suggeriscono la possibilità di un uso strategico della stessa, che può essere modulata in modo diverso a seconda dei significati rilevanti per i pazienti. La semantica della libertà e quella della bontà offrono infatti vincoli e possibilità diverse per la terapia: alcune storie possibili, ovvero facili da attuare e capaci di stimolare il cambiamento, all'interno di un universo di significati, saranno proibite e poco efficaci nell'altro.

Questa ricerca rappresenta uno dei primi tentativi di dimostrare che la semantica della bontà e quella della libertà modellano la relazione terapeutica in modo diverso, sottolineando ulteriormente l'importanza di una accurata diagnosi differenziale laddove siano presenti ansia, rituali o comportamenti di evitamento. I risultati promettenti incoraggiano ad effettuare ulteriori studi per verificare se sia possibile sviluppare terapie ad hoc a seconda della semantica del paziente e del *positioning* assunto all'interno della stessa.

APPENDICE A

Griglie della relazione terapeutica diadica (Ugazio & Castelli, 2015).

CODE	WAYS OF RELATING		CODE
130	CLOSING OTHER OUT	TRUSTING	131
	Distancing oneself	Opening to other	
	Keeping distant	Getting close	
132	ENCOURAGING	LIMITING	133
	Emancipating	Relaying on other	
	Getting free from other	Depending	
134	EXPLORING	PROTECTING	135
	Venturing	Staying put	
	Taking risks	Safeguarding	
136	SCARING	REASSURING	137
	Disorienting	Guiding	
	Alarming	Calming	
CODE	EMOTIONS AND FEELINGS		CODE
140	COURAGE	FEAR	141
142	DISORIENTATION	CONSTRAINT	143

Note: La prima cifra del codice a tre numeri indica la semantica (1 = libertà, 2 = bontà, 3 = potere, 4 = appartenenza), la seconda cifra si riferisce all'area semantica entro la quale paziente e terapeuta si posizionano (1 = valori, 2 = definizioni di sé/altri/relazioni, 3 = movimenti relazionali, 4 = emozioni e sensazioni), la terza cifra riguarda il polo della polarità semantica.

Figura 1 – La griglia della semantica della libertà

CODE	WAYS OF RELATING		CODE
230	FOLLOWING THE RULES	TRESPASSING	231
	Fulfilling one's duties	Claiming rights	
	Abstaining from demands	Taking advantages	
232	JUDGING	RENDERING AN ACCOMPLICE	233
	Disgusting	Seducing	
	Blaming	Demanding preferential treatment	
234	MAKING ONE'S CONFESSION	MANIPULATING THE FACTS	235
	Assuming one's responsibilities	Feeling/Making other guilty	
	Declaring one's (malicious) purposes	Concealing	
236	RESISTING	LETTING OFF STEAM	237
	Repressing emotions	Using vulgar language	
	Intellectualizing	Getting rid of	
CODE	EMOTIONS AND FEELINGS		CODE
240	INNOCENCE	GUILT	241
242	DISGUST	PLEASURE	243

Note: La prima cifra del codice a tre numeri indica la semantica (1 = libertà, 2 = bontà, 3 = potere, 4 = appartenenza), la seconda cifra si riferisce all'area semantica entro la quale paziente e terapeuta si posizionano (1 = valori, 2 = definizioni di sé/altri/relazioni, 3 = movimenti relazionali, 4 = emozioni e sensazioni), la terza cifra riguarda il polo della polarità semantica.

Figura 2 - La griglia della semantica della bontà

CODE	WAYS OF RELATING		CODE
330	ADAPTING	RESISTING	331
	Submitting to the setting and its rules	Rejecting the setting and its rules	
	Questioning oneself	Imposing one's own point of view	
332	WITHDRAWING	BEING A MATCH FOR OTHER	333
	Losing ground	Gaining space	
	Giving up	Prevaricating	
334	ALLYING	COMPETING	335
	Enhancing	Belittling	
	Showing off	Criticizing	
336	CHALLENGING	HUMILIATING	337
	Making an impression	Making a poor impression	
	Boasting	Patronizing/Discrediting	
CODE	EMOTIONS AND FEELINGS		CODE
340	BOAST	SHAME	341
342	SELF-EFFICACY	INADEQUACY	343

Note: La prima cifra del codice a tre numeri indica la semantica (1 = libertà, 2 = bontà, 3 = potere, 4 = appartenenza), la seconda cifra si riferisce all'area semantica entro la quale paziente e terapeuta si posizionano (1 = valori, 2 = definizioni di sé/altri/relazioni, 3 = movimenti relazionali, 4 = emozioni e sensazioni), la terza cifra riguarda il polo della polarità semantica.

Figura 3 – La griglia della semantica del potere

CODE	WAYS OF RELATING		CODE
430	SHARING	CLAIMING ONE'S OWN UNIQUENESS	431
	Involving (we)	Cutting off	
	Enthroning	Deposing	
432	RESPECTING/CLAIMING RESPECT	DISHONOURING	433
	Idealizing	Discrediting	
	Honouring	Defaming	
434	REPAIRING	PROVOKING	435
	Medicalizing	Attacking	
	Being grateful	Insulting	
436	ENTHUSING	DESTROYING	437
	Amusing	Cancelling	
	Providing clinical materials	Demolishing	
CODE	EMOTIONS AND FEELINGS		CODE
440	JOY	ANGER	441
442	CHEERFULNESS	DESPAIR	443

Note: La prima cifra del codice a tre numeri indica la semantica (1 = libertà, 2 = bontà, 3 = potere, 4 = appartenenza), la seconda cifra si riferisce all'area semantica entro la quale paziente e terapeuta si posizionano (1 = valori, 2 = definizioni di sé/altri/relazioni, 3 = movimenti relazionali, 4 = emozioni e sensazioni), la terza cifra riguarda il polo della polarità semantica.

Figura 4 – La griglia della semantica dell'appartenenza

APPENDICE B

Tabella 1 - Esempi di codifiche relative alle prime due sedute di un paziente con un disturbo fobico

ID	Turno	Testo	Analisi Semantica	Agente		MOVIMENTO RELAZIONALE		Cod. GSF		Tipo P		Ruolo Agente		Grado di P	
				A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
11101	298	Pz: ...alla sera per andare a dormire ci vuole veramente l'ira di Dio, perché quando dormo tanto dormo 4 ore a notte, che non è una cosa bella. Durante il giorno fumo come un disperato.. avevo smesso, ma quando sono andato... non da un suo collega perché era uno psichiatra, ho smesso di fumare per 4 mesi soprattutto perché lo voleva mia moglie... anche perché mi era venuta la polmonite... sta di fatto che sono andato da questo professore e ho detto "Oggi ho ripreso a fumare" e lui "ma la fa star bene fumare?" "Sì" "e allora perché deve stare a farsi delle deprivazioni?" perché lui sosteneva che io ero troppo condizionato dagli altri e dovevo più farmi gli affari miei, che io facevo derivare questa situazione dal lavoro per pressioni esterne e non facevo quello che volevo nella vita, per cui anche sta cosa qui del fumare... "per lei è stato un problema riprendere a fumare?" "No" "allora lo faccia! Sappiamo tutti che fa male, ma perché deve, anche oltre alle solite cose, privarsi anche di queste cose quando già tutto il giorno è sottoposto alle angherie dei fornitori e dei clienti?". Il problema è che adesso non riesco a smettere e mi è anche tornata la polmonite, sto male e non vorrei rischiare grosso...!	Il tono è allarmato, gli occhi spalancati e fissi sulla terapeuta. Pz presenta lo psichiatra come un imprudente che lo ha esposto a rischi maggiori invece di aiutarlo. Implicitamente sta chiedendo a T di non fare la stessa cosa.	1		cautelarsi		135		3		1		1	
11101	316	Pz: Io vorrei stare tranquillo, io sono venuto qui da lei per capire se è possibile, quando, non so in che maniera per carità, se c'è la possibilità di abituare la mia testa a reagire in maniera differente, come un allenamento... cioè io ho fatto per una vita lo sportivo, ho visto che dal punto di vista fisico se il corpo viene allenato ottiene determinate reazioni, dal punto di vista mentale non mi sono mai fatto problemi di questo genere, solo che sono arrivato a un punto in cui mi rendo conto che non mi sto godendo come dovrei la famiglia, che magari tratto male a volte i bambini, non li considero ..idem per mia moglie, soffrono anche loro per le conseguenze di questo mio stato d'animo, oltre che io... quindi adesso mi rimetto a lei!	Il contatto visivo è forte, l'espressione preoccupata, è proteso verso T.	1		affidarsi		131		1		1		3	
11101	318	Pz: faccio star male anche gli altri perché trasmetto la mia angoscia... quando arrivo a casa, non parlo, sono imbolognato, sempre con problemi di lavoro ecc. ecc...quindi non so se sarà possibile trovare il modo di alleviare questa.. di guarire, non so se sia possibile guarire e se è una malattia questa... onestamente sono un po' preoccupato.. lei cosa pensa?	Parla in modo leggermente concitato, l'espressione è come di paura.	1		chiedere rassicurazione		136		1		1		3	

11101	332	Pz: ...mi sento anche le gambe come se avessi fatto uno sforzo fisico pazzesco, come una maratona, e invece non ho fatto un tubo, niente, non riesco a star fermo, a rilassarmi.. mia suocera che è una psicologa ha provato a insegnarmi tecniche di rilassamento partendo dalla punta dei piedi, risalendo...cioè, io arrivo qua (<i>ginocchia</i>) e non riesco a stare fermo, faccio proprio fatica a dormire.	Il tono di pz è sempre un po' concitato, allarmato.	1		allarmare		136		3		1		1	
11102	204	Pz: io sono venuto da lei sostanzialmente perché mi giudico un ammalato, mentalmente, e questa mia malattia ha ripercussioni...poi magari sbaglio eh, questa è la mia analisi, anche dal punto di vista fisico... e come tutte le persone di buon senso che si giudicano ammalati si recano da uno specialista... per me lei è un dottore, perché sostanzialmente mi rendo conto che non sto bene: non è possibile dormire 4-5 ore a notte, svegliarmi con l'ansia, andar a dormire coi pensieri e non godermi i bambini di 3-4 anni nel momento di maggior goduria che poi non ci mettono niente a diventar grandi ed iniziano anche loro con i loro problemi ... cioè io sostanzialmente non mi godo il presente. Come le accennavo prima anche nelle situazioni di lavoro, ho... non riesco a godermi le cose perché penso sempre a quando non andranno bene, nella famiglia io non ho problemi direttamente collegabili con la famiglia: né con mia moglie né tanto meno con i bambini. È che questo stato di cose che si è venuto a creare, questo stato di ansia che si è venuto a creare sul lavoro...io non sono in grado di staccare la presa! Per questo sono da lei, perché mi aiuti a risolvere questo problema, questa malattia!	Sembra che voglia "elevare" T allo status di medico, emerge però nella seduta: 1. che Pz ha stima per gli psicologi - la suocera è psicologa ed è l'inviante - quindi possiamo ipotizzare che non li veda "subordinati" ai medici 2. che per lui i dottori sono persone a cui affidarsi.	1		affidarsi		131		1		1		3	
11102	232	Pz: no...cioè, io sono un ansioso per natura, quando devo partire per andare al mare...mi alzo la mattina che per me è già qualcosa fuori dalla norma e già la partenza... io mi metto in agitazione dottoressa in una maniera che... se mia moglie arrivo a casa alla sera e mi dice "Senti, dobbiamo andare fuori a cena"...cosa non programmata, a me girano subito le scatole, perché magari non ho voglia di uscire, poi prendere la macchina, trovare parcheggio...per me è molto più comodo stare lì bello a casa...	Pz sottolinea la pervasività dei suoi sintomi, lo stato ansioso è evidente.	1		allarmare		136		2		2		1	
11102	310-312	Pz esatto, io nella figura professionale del medico... T: si affida... Pz: si si, assolutamente! è lui che vigila per me...	Pz ha definito precedentemente T un medico.	1		affidarsi		131		1		1		3	
11102	328-329	Pz: si si... Questo è stato un altro, diciamo così, elemento che magari la può aiutare a capire non so, siccome io credo di doverle dire tutto quello che mi passa per la testa. T: si si, certo certo!		1		aprirsi all'altro		131		2		1		3	

11102	346-347	Pz: Sì, io nella mia testa mi sono immaginato che lei mi possa aiutare, magari insegnandomi un metodo, non lo so, un procedimento mentale tale per cui io quando avverto questo stato di ansia riesca a elaborare qualcosa con la mia testa in maniera tale di.. T: andare a capire bene le ragioni..	Colpisce anche in questo caso la postura di Pz, che è rivolto verso T e la guarda fissa negli occhi.	1		affidarsi		131	1	1	3				
11102	348	Pz: io non voglio.. non sono, non penso che dopo che sarò venuto da lei x volte la mia vita cambierà da così a così..non sono così ingenuo da pensare che lei mi cambi e mi faccia diventare un'altra persona, e non credo sia neanche giusto, però che io sia in grado di dominare maggiormente la mia testa, e di conseguenza...anche.. T: le emozioni (ci: eh sì) il cuore che batte..	Pz prende un po' le distanze dalla possibilità di un cambiamento troppo grande.	1		cautelarsi		135	2	1	3				
11102	377-378	T: senta, ha escluso l'idea della presenza di sua moglie in questi incontri? Perché sua moglie si è data da fare, ha telefonato... Pz: ma io non ho escluso niente, se lei ritiene, si figuri! Se ritiene che mia moglie possa esser d'aiuto ben volentieri.. L'unica cosa che escludo è... mio padre fin qui non ci arriverà mai, ma mia mamma, i miei cugini, mio zio.. sono tutti abbastanza preoccupati.	Pz si dimostra aperto a tutto ciò che T ritiene essere utile per aiutarlo, esprime fiducia e collaborazione.	2		affidarsi		131	2	1	3				
11102	435-438	Pz: ecco io a questo punto volevo sapere da lei.. lei è la figura professionale giusta? T: sì sì, io mi occupo di queste cose. Pz: Perfetto! Perfetto! Ecco perché quando ero io andato dalla psichiatra, mia suocera, che fa il suo mestiere, mi aveva detto "io non posso perché sono troppo legata, però tu non sei una persona da psichiatra, ma sei una persona da psicologo".		1	2	chiedere rassicurazioni e	rassicurare	136	137	1	1	1	2	3	3
11102	439-442	Pz: [...] Però ero andato da questo psichiatra perché.. T: Ecco, cos'è che non le era andato bene?...tanto per capire quello che non le va.. Pz: la mancanza più assoluta di... cioè, la freddezza.. T: era come allievo-maestro mi aveva detto.. Pz: sì li proprio.. con lei io parlo di più e più volentieri... l'altra mi faceva proprio degli esami, dandomi poi subito una rispostina ma era una rispostina ovvia.. voglio dire, mi è servito il fatto di prendere queste medicine, questo soprattutto quando ne prendevo un po' di più ed ero un po' più tranquillo, ma vorrei evitare di prenderle..	Pz esplicita di trovarsi bene con T, differenziandolo dalla psichiatra. Riduce le distanze (infatti critica la freddezza dell'ex terapeuta).	1		aprirsi all'altro		131	1	1	3				
11102	443-444	T: Questo è un altro obiettivo che lei ha, quello di eliminare i farmaci.. Pz: Certo! A meno che lei mi dica "Guardi adesso le consiglio.. continui con me e intanto continui col neurologo che magari le consiglia."	Di nuovo dice a T che terrà conto delle sue indicazioni.	1		affidarsi		131	2	1	3				

11102	446	Pz: io nei confronti della figura professionale del dottore, lei per me è un dottore, verso di lei ho la massima fiducia, la massima disposizione.		1		affidarsi		131		1	1	3
11102	459-460	T: Comunque quello che non gli era piaciuto di questo rapporto.. Pz: ..sì, con la clessidra, sempre ... (T: poco attento) sì, apparentemente era una macchina da soldi. T: non c'era un interesse vero (Cl: no, secondo me no)	Implicitamente T comunica che il proprio interesse è reale.	2		rassicurare		137		3	2	1
11102	462	T: Ok, adesso io, come impostazione, diciamo, il problema è un problema di cui mio occupo, diciamo fa parte di una serie di problemi di cui mi occupo, quindi va benissimo.		2		rassicurare		137		1	2	3
11102	463-464	T: I tempi... o ogni quindici giorni o una volta alla settimana. Pz: Mi dica lei.	Di nuovo dice a T che terrà conto delle sue indicazioni.	1		affidarsi		131		2	1	2
	465	T: No, questo lo vediamo... Pz: Io non sono uno che viaggia, quindi mi può andare bene sia una cosa che l'altra. In questo momento preferirei fare una volta ogni 15 giorni, però se lei ritiene che è meglio una volta alla settimana tipo terapia d'urto... (ride)	Il tono allarmato durante le due sedute stride con la richiesta di vedersi ogni 15 giorni e con la definizione di "terapia d'urto" la possibilità di fare un incontro a settimana.	1		prendere le distanze		130		2	1	1
11102	468	Pz: Io faccio quello che mi dice lei	Di nuovo dice a T che terrà conto delle sue indicazioni.	1		affidarsi		131		1	1	3
11102	478	Pz: Io, come le ripeto, mi affido a lei, mi dica lei...	Come sopra.	1		affidarsi		131		1	1	3

Figura 2 - Esempi di codifiche relative alle prime due sedute di un paziente con un disturbo ossessivo-compulsivo

ID	Turno	Testo	Analisi Semantica	Agente		MOVIMENTO RELAZIONALE		Cod. GSF		Tipo P		Ruolo Agente		Grado di P	
				A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
20301	233	Pz: Sarà la malattia, saranno le medicine, non so, ma se io prima vedevo una donna mi veniva questo stimolo fortissimo di... era più forte di me, una cosa pazzesca. Mi dico: «Io, perché mi comporto così? Non è giusto», mi veniva il rimorso di coscienza poi, se l'avessi fatto... cioè poi mi veniva la coscienza che mi sembrava una cosa sporca, «No, non è giusto farla». Cercavo di vincere, cercavo di farla, ma non è giusto. «Se quello mi ha visto?», mi venivano i sensi di colpa, se c'era qualcuno di dietro, che figura ci faccio; quello là che ha sentito, mi capisce? Sono tutti sensi di colpa che...	Pz racconta l'impulso a toccare le donne esprimendo un giudizio negativo rispetto a tale comportamento. Tuttavia problematizza, più che il comportamento in sé, i sensi di colpa che ne seguivano e la paura di essere giudicato. Chiede a T se lo capisce, con tono un po' vittimistico. Ne testa il giudizio?	1		denunciare le proprie (cattive) intenzioni		234		2		1		3	
20301	307-308	Pz: Gli dava un po' fastidio che gli altri sapessero, perché sapeva che era una malattia la sua più che altro, no, e ormai dice «questo qua è malato, tocca perché è la malattia sua», lei. Perché io ad un certo punto, dico: uno che ha questo problema qui, vuol dire che è malato. cioè uno che va a toccare in giro non è una persona normale. Come la vede lei? Cioè, una persona normale non va a toccare i sederi in giro. Cioè, vuol dire che c'è qualcosa che non quadra. T: Certo, c'è qualcosa che non quadra.	Pz giustifica i comportamenti propri e del padre attraverso la malattia, qualcosa di indipendente dalla volontà e chiede a T di fare la stessa cosa. T non si astiene ma non giustifica. L'espressione del viso e il tono non sono accondiscendenti ma propri di chi ha capito le reali intenzioni dell'interlocutore e non si fa manipolare.	1	2	rendere complice	giudicare	233	232	3	3	1	2	2	2

20301	416-418	T: Ecco, volevo capire, voi eravate cinque maschi.. ecco, chi era più attaccato alla mamma? Lei al primo posto? Possibile che non ci fosse una graduatoria? Pz: non è che sono telepatico, saper leggere quello che...T: No, ma capire, quello che in casa si diceva, perché ...	Il tono è scontroso, seccato.	1		opporsi		331	2	3	3				
20301	441-449	Pz: lui m'ha detto addirittura «vedi come ti trovi là, che poi vediamo per E., dove vai tu adesso» T: Ah, di tirarsi su anche l'altro Pz: di venire qui lui, diceva «vedi te come ti trovi», ma quello prende comunque delle medicine molto forti T: Di venire su dove? Pz: Di venire da lei! T: Ah, da me! Ah! Ho capito Pz: Di venire da lei per cercare di uscirne fuori un po', per trovare fiducia in qualcuno.	Pz ipotizza che T possa essere una buona soluzione anche per il fratello più grave. Esprime fiducia.	1		avvicinarsi		131	2	1	3				
20301	749-765	T: Esattamente, si si no, lei l'ha raccontata giusta, come è stata, l'ha raccontata, diciamo, in questi termini, ... Pz: ma perché, c'è qualche cosa? - T: No - c'è qualche problema? T: Che problema vuole che ci sia? Pz: No, sembra che io..., non lo so. Se io l'avessi raccontata in altri termini, cioè, succedeva qualcosa? T: Nooo, per capire lei che rapporti ha con 'sto fratello. Pz: Ah T: No, no, non succedeva niente, lei poteva raccontare quello che voleva. Pz: Tanto io vengo e non pago, è una ricerca T: E' così, è così Pz: Ma non è che vado a dire a tutti: «Andate lì che non si paga, e vi trovate bene», non vado a fare una pubblicità così! T: No, no, no ma può anche farlo Pz: No, perché tanto poi è lei che... T: Eh, infatti. Pz: che dice: «no, quello lì è una ricerca, serviva a me» T: (ride) Sì	Pz non paga perché fa parte di un progetto di ricerca. Pz ha appena ipotizzato di fare venire in terapia anche un fratello. T ha poi posto una domanda tecnica: chi sa della terapia. Temendo che T pensi che voglia invitare il fratello perché la terapia è gratis, Pz chiarisce questo punto con T. Si mostra un po' preoccupato (per aver fatto qualcosa di sbagliato e per paura di essere ritenuto scorretto).	1		rispettare le regole		230	1	1	3				
20301	770-780	Pz: Volevo dire, la cosa che mi ha stupito, il fatto che mi ha detto prima, siccome io le ho detto l'80, lei mi ha detto: «Ma è tanto!» T: E' tanto l'80% di invalidità. P: è tanto, cioè, lei come mi vede? T: E' tanto ottenere l'80% di invalidità, insomma, lei ha una situazione che potrebbe essere anche mobile Pz: (silenzio) T: Questo qui è tutto un altro discorso, però che dovremmo aprire, perché... Pz:	Pz è preoccupato di essere giudicato come uno che compie delle scorrettezze. Cerca di convincere T della gravità del problema e quindi di	1	2	rendere complice	giudicare	233	232	3	2	1	2	2	1

		Perché siccome ancora lei cioè non mi conosce bene. T: No, certo che no. Pz: ...non sa ancora tutti i problemi, magari vedendomi parlare, perché uno può essere, vedendolo parlare può essere una persona normale, dice, sta prendendo anche in giro, no? T: No, no, si figuri, quello che però Pz: Perché cioè io mi sono meravigliato anch'io, però in certi stati, in certi momenti altro che l'80, di più!	renderla complice rispetto all'invalidità (emergerà che per Pz la terapia è un riconoscimento di malattia). T non ha un tono giudicante ma non assume il <i>positioning</i> in cui Pz cerca di metterla.											
20302	130-131	Pz: Io, cioè, mi vedevo che non ero bello, però non che ero brutto, cioè sì, mi classificavano brutto però non pensavo che gli altri me lo facessero pesare così. T: Però lei, voglio dire, rispetto... è alto, non è piccolo, perché, voglio dire, ci sono dei meridionali piccoli, ecce... Perché, in famiglia com'erano, molto belli gli altri?		2	valorizzare		332	1	1	1				
20302	248-260	Pz: C'ho un comandante interno. Questi giorni, volevo dirle che... c'ho più ansia ho... più controllo, controllo di più le cose... in maniera proprio esage... T: Il comandante interno è... Pz: in maniera esagerata proprio. T: A cosa lo riconduce? Pz: Mi porta il mal di testa, mi viene il panico. Un giorno con mia moglie siamo andati a ritirare dei soldi alla banca, allora... non mi dava i soldi. Andiamo alla banca di C.: "fuori servizio". Allora vai in un'altra banca, mi ritira il bancomat. E allora mi è preso il panico. Perché avevo paura, dico «adesso...mi tolgono tutti i soldi». E mia moglie cercava di tranquillizzarmi: «non possono farlo». Fino a lunedì - perché è successo venerdì - ho avuto 'sta, 'sta cosa, 'sta agitazione... T: Mmh Pz: ...andare a lavorare, tutto il peso... più ansia. Mi è preso di... più controlli. Perché quando ho più ansia, ho più stanchezza, e allora mi aumentano, mi aumentano più... I controlli. E non riesco, cioè, ho 'sta cosa dentro, mi scatta 'sta molla dentro che non riesco a gestire.	Dalla seduta scorsa, Pz è impegnato a convincere T della gravità del suo problema, movimento che ho codificato come rendere complice. In questo caso sembra allarmare T: «sto peggiorando», anche perché si mostra visibilmente in ansia e spaventato. Implicitamente potrebbe colpevolizzare T per l'aggravamento dei sintomi.	1	allarmare		136	3	1	3				

20302	370-384	<p>Pz: Andranno, il sindacato, così chiederanno, gli diranno i miei problemi, però non potranno far vedere la, la cosa, finché loro non, magari non, non dicono qualcosa: «faccia vedere quanto è invalido», allora sì. Però, dice, se loro lo domandano, però con l'invalidità è un po' a rischio. T: A rischio perché è troppo alta Pz: E' troppo alta T: Certo, dovevano fargliela un po' più bassa che è più giusto, anche, rispecchiava di più la verità. Ne ha trovato uno che ha voluto tutelarla troppo (<i>ride</i>)! Pz: Non lo so. Non lo so io se è giusta o non è giusta. Io so che solo...a me dà fastidio un po' tutto, non è che... Magari lei per come parlo, per come faccio, perché sembra... T: No, beh, certo... P: Sembro una persona normale, cioè, quel problema... T: Lo so, non... P: Però io, c'ho, c'ho problemi abbastanza gravi... T: Sì, sì, non lo metto in dubbio, però... Pz: non sono... T: a lei sembra giusto l'80%? Vuol dire che lei può fare solo il 20. Le sembra giusto? Pz: ci sono dei giorni che non... non farei neanche il 20.</p>	<p>T rifiuta la gravità dei sintomi del Pz, non crolla sulla definizione di malato grave che pz si dà. Il tono non è valorizzante ma leggermente colpevolizzante o comunque di chi "smaschera" un comportamento scorretto, di chi insinua che l'altro nasconde altre intenzioni. Pz insiste e sottolinea la gravità, si mostra preoccupato che T non gli creda.</p>	2	1	colpevolizzare	rendere complice	332	333	2	3	2	1	2	2
20302	428-438	<p>Pz: Quando c'era mio padre la sua vita era, cioè buttato lì a letto nella speranza che facessero tutto mio padre e mia mamma, no? Io sì, mi butto un po' su mia moglie: per esempio, quando ci sono delle cose che mi prende l'ansia, dico: «andiamo lì, andiamo là». Adesso, con lei, sì, vengo qui, cioè, mi prende meno l'ansia perché so che mi capisce del problema... T: Mmh. Pz: Ma se io dovessi raccontarle il problema e non capisce, troverei già una difficoltà enorme, mi prenderebbe il panico. T: Ah, le prende il panico. Pz: Mi prende il panico T: Sì, sì. Pz: Siccome so che lei T: Sì, è il mio mestiere, certo. Pz: E' il suo mestiere, trovo una certa serenità. E anche quando vado dallo psichiatra, cioè mi trovo a mio, più a mio agio... perché son persone competenti in materia. T: Sì, sì, perché se no... Pz: So che è il loro campo, cioè.</p>	<p>Pz è visibilmente preoccupato e il tono è allarmato, spaventato. Ha bisogno di capire se T è dalla sua parte, se lo capisce.</p>	1		chiedere rassicurazione		136		3		1			3
20302	504-506	<p>Pz: Se non mi viene bene poi mi viene l'ansia che non l'ho fatto bene e... (<i>ridono</i>) Pz: ..e lascio perdere. T: Diventa un problema Pz: Diventa ossessivo pure il quadro.</p>		1		sdrammatizzare		530		1		1			2

20302	614-621	Pz: Però volevo dirle anche sul fatto che lei dice «sì, l'80 è troppo», però volevo dirle... Che io sto prendendo dei farmaci... Che attenuano le ossessioni. T: Sì. Pz: Se io non prendessi quei farmaci lì... sarei già fuori di testa! T: Sì, sì sì. Pz: Perché io ho provato a non prenderli e proprio mi sembra di non, non essere nemmeno... esistere più. La testa che mi scoppia... T: Sì, senza farmaci sarebbe un guaio tremendo. Pz: Sì, ho provato a non prenderli...per questo dico: «se tolgo i farmaci...» T: Mmh Pz: Altro che l'80 poi!	Di nuovo Pz insiste sulla gravità dei propri sintomi.	1		rendere complice		233	2	1	3				
20302	635-649	T: Lei non vede alcuna possibilità di guarigione? Pz: Non lo so. T: Cioè non la vedo molto... Pz: Io no, non la vedo. T: Non la vede, vero? Pz: Non la vedo perché me la porto da, da piccolo. Forse, se era una storia che era nata adesso, un problema che era nato adesso... T: Mmh Pz: ...potevo uscirne. Ma siccome sono problemi che mi porto già da bambino... Adesso, cioè, capisco il problema, prima no. Non riesco a capire che cosa stava passando, non riesco a capire 'sta angoscia. Non, non riesco a capire perché mi venivano 'sti...ste cose. T: cioè non vede possibilità. Anche venir qui, tutto sommato, ci viene perché le serve come un riconoscimento della malattia, non con l'idea che possa uscirne fuori. Magari può capire meglio la malattia, può convivere meglio. Pz: beh, gestirla meglio. T: Gestirla meglio... Ma l'idea di uscirne è assolutamente inesistente nella sua testa.	T smaschera ed esplicita le reali intenzioni di Pz: la terapia serve, inconsapevolmente, per ottenere un riconoscimento di malattia (vedi le insistenze sulla gravità dei sintomi), non per uscirne.	2		responsabilizzare		232	2	2	3				
20302	930-1020	Pz: Ma volevo chiedere una cosa: qua c'è il segreto professionale? T: Sì! Assoluto! Pz: No perché vedo la telecamera. T: Ah non gliel'avevo detto? C'è la telecamera. Non gliel'avevo detto? Pz: No, no. T: Oh! Le chiedo scusa... Pz: Non è che, cioè, che poi vengo pubblicato da qualche parte che già c'ho dei miei problemi (<i>vide</i>)... T: No! assolutamente. Pz: No, perché mi crea ancora dei problemi T: No no, questo è lo specchio unidirezionale... P: Sì! mi sta bene parlare con lei... T: Eh, ma ci mancherebbe altro. Pz: Perché poi ci sono dei colleghi lì? T: Sì Pz: Mi sta benissimo, però non vorrei andare al pubblico... T: No! ma si figuri! Pz...in televisione... T: Per la carità! No, non esiste, c'è il segreto professionale assoluto... La, la telecamera... Pz: Perché so che	Pz è preoccupato per la propria privacy. I dubbi possono essere dovuti al fatto che T non ha spiegato il setting e che il contesto è di ricerca. Ma è interessante che lui sia preoccupato non tanto per sé quando per la madre. Comunque dice a T: se mi pubblici ammazziamo Md.	1	2	cautelarsi	rispettare le regole	135	230	2	1	1	2	3	3

	<p>lei, ho letto su, è un professore... all'università. T: Sì, sì. No, no, per la carità qui siamo riser... lei è come gli altri clienti, identici... Pz: Sì, sì. T: Non c'è alcuna differenza ed è sotto segreto professionale. Pz: Sì. T: Quindi... Pz: Sì. T: Ehm... Pz: Dato che sono anche problemi di famiglia: mia mamma ha avuto un infarto e che vada fuori, cioè, uscire i problemi... T: E' giusto. Pz: ...che poi venga io fuori... T: Eh, assolutamente! Pz: L'ammazzerei del tutto. T: No! Ma sta scherzando? Se vuole lo spegniamo, ma... serve a me perché poi dopo... Voglio dire, per studiare le cose... io studio la sua patologia, questo sì, ma serve a me... Pz: Sì, serve... sì, se rimane nel segreto, cioè. T: Ma nel segreto professionale totale. Pz: Ci mancherebbe altro che lei si trova domani mattina in televisione, cioè (<i>ride</i>). No, no, guardi, stia tranquillo. Pz: Sì, sì. T: E' proprio stra segreto professionale! Pz: Sì, sì sì. T: Chiunque della sua famiglia mi telefonasse, per farle un esempio - non parliamo della televisione... Pz: Sì, sì T: Ma anche se chiamasse suo fratello... Pz: Lei non dice, non direbbe niente perché è il segreto. T: E dice: «viene da lei?» Pz: Sì. T: «non posso dirle!» Pz: No ma io lo chiedevo a titolo informativo... T: «è maggiorenne» Pz: ...perché... T: E io, e lui, gli dico «fosse anche...», dico, «è maggiorenne non potrei neanche per il segreto...» Non posso dire neanche che lei viene qui. Pz: Sì T: Eh, ci siamo capiti? P: Sì sì. No, no ma volevo chiedere com'era la faccenda T: No, ma è giusto!</p>												
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Riferimenti bibliografici

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1–33.
- Adams, P. L. (1973). *Obsessive Children*. New York: Brunner/Mazel (trad. it. Le ossessioni nei bambini, Boringhieri, Torino, 1980).
- Alexander, F. & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and applications*. New York: Ronald Press.
- Alexander, J. F., Robbins, M. S., & Sexton, T. L. (2000). Family-based interventions with older, at-risk youth: From promise to proof to practice. *The Journal of Primary Prevention, 21*, 185–205.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Andersen, T. (1992). Relationship, language, and pre-understanding in the reflecting processes. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 13*(2), 87–91.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language and possibilities*. New York: Basic Books.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: a not-knowing approaching to the therapy. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as Social Construction*. London: Stage.

- Andersson, G., Paxling, B., Wiwe, M., Vernmark, K., Berthold Felix, C., Lundborg, L., ... Carlbring, P. (2012). Therapeutic alliance in guided internet-delivered cognitive behavioural treatment of depression, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, *50*, 544–550.
- Andolph, M., & Angelo, C. (1988). Towards constructing the therapeutic system. *Journal of Marital and Family Therapy*, *14*(3), 237–247.
- Arciero, G., & Bondolfi, G. (2009). *Selfhood, identity and personality styles*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, Duncan, B. L., & Miller, S. D. (Eds.), *The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy* (pp. 23–55). Washington: D. C.: American Psychological Association.
- Atmaca, M., Bingol, I., Aydin, A., Yildirim, H., Okur, I., Yildirim, M. A., . . . Gurok, G. (2010). Brain morphology of patients with body dysmorphic disorder. *Journal of Affective Disorders*, *123*, 258–263.
- Austin, D. W., & Richards, J. C. (2001). The catastrophic misinterpretation model of panic disorder. *Behavior Research and Therapy*, *39*, 1277–1291.
- Balestrini, V., Barcaccia, V., & Saliari, A. M. (2011). Relazione terapeutica, motivazione al trattamento e cicli interpersonali: un caso di disturbo ossessivo-compulsivo. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, *17*(2), pp. 251–268.
- Ballenger, J. C. (1999). Current treatments of the anxiety disorders in adults. *Biological Psychiatry*, *46*, 1579–1594.
- Bamberg, M. (1997). Positioning between structure and performance. *Journal of Narrative and Life History*, *7*(1–4), 335–342.
- Bara, B. G. (Ed.). (1996). *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bara, B. G., Manerchia, G., & Pelliccia, A. (1996). L'organizzazione cognitiva di tipo ossessivo. In B. G. Bara (Ed.), *Manuale di psicoterapia cognitiva* (pp. 248–277). Torino: Bollati Boringhieri.
- Bartz, J. A., & Hollander, E. (2006). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder?

Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 30(3), 338–352.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.

Beck, M., Friedlander, M. L., & Escudero, V. (2006). Three perspectives of clients' experiences of the therapeutic alliance: a discovery-oriented investigation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32, 252–368.

Beck, D. F., Jones, M. A. (1973). *Progress on family problems: A nationwide study of clients' and counsellors views on family agency services*. New York: Family Service Association of America.

Bennun, I. (1989). Perceptions of the therapist in family therapy. *Journal of Family Therapy*, 11, 243-255.

Bergin, A. E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 217–270). New York: Wiley.

Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (1994). Overview, trends and future issue. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 821–830). New York: Wiley.

Bergin, A. E., & Lambert, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd ed., pp. 139–189). New York: Wiley.

Beutler, L. E. (1979). Toward specific psychological therapies for specific conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 882–892.

Beutler, L. E., Clarkin, J. F., & Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patients*. New York: Oxford University Press.

Biederman, J., Petty, C., Faraone, S., Hirshfeld-Becker, D. R., Henin, A., Rauf, A., . . . Rosenbaum, J. (2005). Childhood antecedents to panic disorder in referred and non-referred adults. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15, 549–561.

Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Riddle, M. A., Hoehn-Saric, R., Liang, K. Y., Cullen, B. A., . . . Nestadt, G. (2000). The relationship of obsessive–compulsive disorder to possible

- spectrum disorders: results from a family study. *Biological Psychiatry*, 48, 287–93.
- Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Wuyek, L. A., Liang, K. Y., Wang, Y., Grados, M. A., . . . Nestadt, G. (2012). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective. *Psychological Medicine*, 42, 1–13.
- Binder, J. L., & Strupp, H. H. (1997). Negative process: A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 121–139.
- Bloch, M. H., McGuire, J., Landeros-Weisenberger, A., Leckman, J. F., & Pittenger, C. (2009). Meta-analysis of the dose-response relationship of SSRI in obsessive-compulsive disorder. *Molecular Psychiatry*, 15, 850–855.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of psychoanalytic concept of working alliance. *Psychotherapy*, 16, 252–260.
- Botella, L., & Feixas, G. (1995). Efficacia della psicoterapia: *Ricerche sui risultati*. *Psicoterapia*, 1, 69–81.
- Boulougouris, J. C., Rabavilas, A. D., & Stefanis, C. (1977). Psychophysiological responses in obsessive-compulsive patients. *Behavior Research and Therapy*, 15, 221–230.
- Bourgeois, L., Sabourin, S., & Wright, J. (1990). Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 608–613.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss, vol. 2, Separation: Anxiety and anger*. London: Hogarth Press.
- Boyer, W. (1995). Serotonin uptake inhibitors are superior to imipramine and alprazolam in alleviating panic attacks: a meta-analysis. *International Clinical Psychopharmacology*, 10, 45–49.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 835–844.
- Brown, P. D., & O’Leary, K. D. (2000). Therapeutic alliance: Predicting continuance and success in group treatment for spouse abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 340–345.

- Calamari, J. E., Rector, N. A., Woodard, J. L., Cohen, R. J., & Chik, H. M. (2008). Anxiety Sensitivity and Obsessive-Compulsive Disorder. *Assessment, 15*(3), 351–363.
- Cannistraro, P. A., Rauch, S. L. (2003). Neural circuitry of anxiety: evidence from structural and functional neuroimaging studies. *Psychopharmacology Bulletin, 37*, 8–25.
- Cannistraro, P. A., Wright, C. I., Weding, M. M., Martis, B., Shin, L. M., Wilhelm, S., & Rauch, S. L. (2004). Amygdala responses to human faces in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry, 56*, 916–920.
- Carey, P., Seedat, S., Warwick, J., van Heerden, B., & Stein, D. J. (2004). SPECT imaging of body dysmorphic disorder. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 16*, 357–359.
- 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, 23*, 497–504.
- Cecchin, G., Lane, J., & Ray, W. A. (1993). From strategizing to non-intervention: toward irrivence in systemic practice. *Journal of Marital and Family Therapy, 19*(2), 125–136.
- Chamberlain, S. R., Menzies, L. A., Fineberg, N. A. del Campo, N., Suckling, J., Craig, K., . . . Barbara J. Sahakian (2008). Grey matter abnormalities in trichotillomania: morphometric magnetic resonance imaging study. *British Journal of Psychiatry, 193*, 216–221.
- Chiu, A. W., McLeod, B. D., Har, K., & Wood, J. J. (2009). Child-therapist alliance and clinical outcomes in cognitive behavioural therapy for child anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(6), 751–758.
- Christensen, L. L., Russell, C. S., Miller, R. B., & Peterson, C. M. (1998). The process of change in couples therapy: A qualitative investigation. *Journal of Marital and Family Therapy, 24*, 177–188.
- Christenson, G. A., & Mansueto, C. S. (1999). Trichotillomania: descriptive characteristics and phenomenology. In D. J., Stein, G. A. Christenson, & E. Hollander (Eds.), *Trichotillomania*. (pp. 1–41). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Christenson, G. A., Mackenzie, T. B., Mitchell, J. E., & Callies. A. L. (1991). A placebo controlled, double-blind crossover study of fluoxetine in trichotillomania. *American*

Journal of Psychiatry, 148, 1566–1571.

- Chu, B. C., & Kendall, P. C. (2004). Positive association of child involvement and treatment outcome within a manual-based cognitive–behavioral treatment for children with anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 821–829.
- Chu, B. C., Skriner, L. C., & Zandberg, L. J. (2014). Trajectory and predictors of alliance in cognitive behavioral therapy for youth anxiety. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43(5), 721–734.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461–70.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., & Chemtob, C. M. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 411–416.
- Coady, N. (1991). The association between client and therapist interpersonal processes and outcomes in psychodynamic psychotherapy. *Research on Social Work Practice*, 1, 122–138.
- Cohler, B. (1988). The human studies and the life history. *Social Service Review*, 62, 552–575.
- Cosentino, T., D'Olimpio, F., Perdighe, C., Romano, G., Saliari, A. M., & Mancini, F. (2012). Acceptance of being guilty in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale - Monograph supplement*, 395–396.
- Cogle, J. R., Wolitzky-Taylor, K. B., Lee, H. J., & Telch, M. J. (2007). Mechanisms of change in ERP treatment of compulsive handwashing: Does primary threat make a difference? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1449–1459.
- Cronen, V. E., Johnson, K., & Lannamann, M. (1982). Paradoxes, double binds and reflexive loops: An alternative theoretical perspective. *Family Process*, 21, 91–112.
- Cummings, J. A., Hayes, A. M., Newman, C. F., & Beck, A. T. (2011). Navigating therapeutic alliance ruptures in cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders and comorbid Axis I disorders. *International Journal of Cognitive Therapy*, 4, 397–414.
- D'Olimpio, F., Cosentino, T., Basile, B., Tenore, K., Gragnani, A., & Mancini, F. (2013).

- Obsessive-compulsive disorder and propensity to guilt feelings and disgust. *Clinical Neuropsychiatry*, 10(3), Suppl1, 20–29.
- De Ruiter, C., & Van Ijzendoorn, M. H. (1992). Agoraphobia and anxious-ambivalent attachment. An integrative review. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 365–381.
- Denys, D., Tenney, N., van Meegen, H.J., de Geus, F., & Westenberg, H. G. (2004). Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 80, 155–62.
- DeVeugh-Geiss, J., Moroz, G., Biederman, J., Cantwell, D., Fontaine, R., Greist, J. H., . . . Landau, P. (1992). Clomipramine hydrochloride in childhood and adolescent obsessive-compulsive disorder: a multicenter trial. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 45–49.
- Di Blasio, P., Fisher, J. M., & Prata, G. (1986). La cartella telefonica: pietra angolare della prima intervista con la famiglia. *Terapia Familiare*, 22, 1–17.
- DiGiuseppe, R., Linscott, J., & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child—Adolescent psychotherapy. *Applied and Preventive Psychology*, 5, 85–100.
- Doise, W., Mugny, G. (1981). *Le développement social de l'intelligence*. Paris: Interéditions. (trad. It. La costruzione sociale dell'intelligenza, Il Mulino, Bologna, 1982).
- Dougherty, D. D., Loh, R., Jenike, M. A., & Keuthen, N. J. (2006). Single modality versus dual modality treatment for trichotillomania: sertraline, behavioral therapy, or both? *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1086–1092.
- du Toit, P. L., van Kradenburg, J., Niehaus, D., & Stein, D. J. (2001). Comparison of obsessive-compulsive disorder patients with and without comorbid putative obsessive-compulsive spectrum disorders using a structured clinical interview. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 291–300.
- Duca, N. (2012). Aspetti relazionali nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo: La relazione terapeutica con il paziente ossessivo. *Cognitivismo Clinico*, 9(1), 74–86.
- Eagle, M. N. (2012). *Da Freud alla psicoanalisi contemporanea: Critica e Integrazione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Elias, N. (1969). *Über den Prozess der zivilization: Wandlungen des Verhaltens in den*

weltlichen Oberschichten des Abendlandes. Shurkamp: Frankfurt. (trad. it. *La civiltà delle buone maniere*, Il Mulino, Bologna, 1982).

- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Erci, B., Sezgin, S., & Kaçmaz, Z. (2008). The impact of therapeutic relationship on preoperative and postoperative patient anxiety. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 59–66.
- Exline, J. J., Dorrity, K., & Wortman, C. B. (1996). Coping with bereavement: A research review for clinicians. *Psychotherapy in Practice*, 2, 3–19.
- Fergus, T. A., & Wu, K. D. (2010). Do symptoms of generalized anxiety and obsessive-compulsive disorder share cognitive processes? *Cognitive Therapy and Research*, 34, 168–176.
- Feusner, J. D., Townsend, J., Bystritsky, A., & Bookheimer, S. (2007). Visual information processing of faces in body dysmorphic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 64, 1417–1425.
- Feusner, J. D., Townsend, J., Bystritsky, A., McKinley, M., Moller, H., & Bookheimer, S. (2009). Regional brain volumes and symptom severity in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research*, 172, 161–167.
- Firestone, A., & O'Connell, B. (1980). Does the therapeutic relationship matter? A follow-up study of adherence and improvement in family therapy. *Australian Journal of Family Therapy*, 2, 17–21.
- Flaskas, C. (1989). Thinking about the emotional interaction of therapist and family. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 10(1), 1–6.
- Flaskas, C. (1994). Exploring the therapeutic relationship: A case study. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 15(4), 185–190.
- Flaskas, C., & Perlesz, A. (1996). *The therapeutic relationship in systemic therapy*. London: Karnac.
- Foa, E. B., Amir, N., Bogert, K. V. A., Molnar, C., & Przeworski, A. (2001). Inflated perception of responsibility for harm in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 15(4), 259–275.

- Foa, E. B., Jenike, M., Kozak, M. J., et al. (1996). Obsessive Compulsive Disorder. In Widiger, T. A., Pincus, H. A., Ross, R., First, M. B., & Davis, W. W. (Eds.), *DSM IV Sourcebook*, (2nd ed, pp. 552–575). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Goodman, W. K., Hollander, E., Jenike, R. A., & Rasmussen, S. A. (1995). DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 90–96.
- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., . . . Tu, X. (2005). Randomized, placebo controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 151–161.
- Foa, E. B., Sacks, M. B., Tolin, D. E., Przeworski, A., & Amir, N (2002). Inflated perception of responsibility for harm in OCD patients with and without checking compulsions: a replication and extension. *Journal of anxiety Disorders*, *16*(4), 443–453.
- Freud, A. (1976). Prefazione. In H. Nagera, *Obsessional neuroses. Developmental Psychopathology*. New York: Aronson.
- Freud, S. (1895) (trad. it. 1970). Ossessioni e fobie. Roma: Netwon Compton Italiana, Roma.
- Freud, S. (1905). Tre saggi sulla teoria sessuale. In *Opere*, vol. 4, Boringhieri, Torino, 1970.
- Freud, S. (1925). Inibizione, sintomo e angoscia. In *Opere*, Vol. 10, Boringhieri, Torino, 1976.
- Freud, S. (1929). Das Unbehagen in der Kultur (trad. it. *Il disagio della civiltà*. In S. Freud, *Il disagio della civiltà e altri saggi*, Boringhieri, Torino, 1971).
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Hatherington, L. (2006). *Therapeutic Alliances in Couple and Family Therapy: An Emperically Informed Guide to Practice*. Washington, DC: American Psychological Association
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Hatherington, L., & Diamond, G. M. (2011). Alliance in Couple and Family Therapy. *Psychotherapy*, *48*(1), 25–33.
- Friedlander, M. L., Wildman, J., Heatherington, L., & Skowron, E. A. (1994). What we do and don't know about the process of family therapy. *Journal of Family Psychology*, *8*, 390–416.
- Frost, R. O., Steketee, G., Tolin, D. F., & Brown, T. (2006). *Diagnostic issues in compulsive*

- hoarding*. Paper presented at the European Association of Behavioural and Cognitive Therapies, Paris.
- Frost, R. O., Steketee, G., Tolin, D. F., & Glossner, K. (2010). *Diagnostic comorbidity in hoarding and OCD*. Paper presented at the World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Boston, BA.
- Gabbard, G. O. (2001). Psychoanalytically Informed Approaches to the treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychoanalytic Inquiry, 21*, 208–221.
- Gangemi, A., Mancini, F., & van den Hout, M. (2007). Feeling guilty as a source of information about threat and performance. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 2387–2396.
- Gaston, L. (1990). The concept of alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 27*, 143–153.
- Geller, D. A., Biederman, J., Stewart, S. E., Mullin, B., Martin, A., Spencer, T., & Faraone, S. V. (2003). Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1919–1928.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counselling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist, 13*, 155–244.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology, 41*(3), 296–306.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research, and practice*. New York: Wiley.
- Gibney, B. (1991). Articulating the implicate: An invitation to openness. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 12*(3), 133–136.
- Gittelman, R., & Klein, D. F. (1984). Relationship between separation anxiety and panic in agoraphobic disorders. *Psychopathology, 17*, 56–65.
- Goldfried, M. R., & Davila, J. (2005). The role of relationship and technique in therapeutic change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*(4), 421–430.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American*

Psychologist, 35, 991–999.

- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Delgado, P. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). Efficacy of fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder. A double-blind comparison with placebo. *Archives of General Psychiatry*, 46, 36–44.
- Green, R. J., & Herget, M. (1991). Outcomes of systemic/strategic team consultation: III. The importance of therapist warmth and active structuring. *Family Process*, 30, 321–336.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1987). *Emotion in Psychotherapy: Affect Cognition and the Process of Change*. New York: Guilford.
- Greist, J., Chouinard, G., DuBoff, E., Halaris, A., Kim, S. W., Koran, L., . . . White, K. (1995). Double-blind parallel comparison of three dosages of sertraline and placebo in outpatients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 52, 289–295.
- Guidano, V. F. (1987). *Complexity of the self: A developmental approach to psychopathology and therapy*. 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.
- Gunstad, J., & Phillips, K. A. (2003). Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 270–276.
- Haley, J. (1963). *Strategies of Psychotherapy*. New York: Grune & Stratton (trad. it. Le strategie della psicoterapia, Firenze, Sansoni, 1974).
- Haley, J. (1976). *Problem-Solving Therapy. New strategies for effective family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass (trad. it. La terapia del problem solving, Franco Angeli, Milano, 2010).
- Harré, R., & Moghaddam, F. (Eds.) (2003). *The self and others: Positioning individuals and groups in personal, political and cultural contexts*. Westport, CT: Praeger.
- Harré, R., & van Langenhove, L. (Eds.) (1999). *Positioning theory: Moral context of intentional action*. Oxford, UK: Blackwell.
- Harré, R., Moghaddam, F., Cairnie, T. P., Rothbart, D., & Sabat, S. R. (2009). Recent advances

- in positioning theory. *Theory and Psychology*, 19(1), 5–31.
- Hayes, S. A., Hope, D. A., VanDyke, M. M., & Heimberg, R. G. (2007). Working alliance for clients with social anxiety disorder: relationship with session helpfulness and within session habituation. *Cognitive Behavior Therapy*, 36(1), 34–42.
- Heatherington, L., & Friedlander, M. L. (1990). Couple and family therapy alliance scales: Empirical considerations. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 299–306.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 27–31.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introjects, interpersonal process and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 768–774.
- Hermans, H. J. M. (2001). The construction of a personal position repertoire: Method and practice. *Culture and Psychology*, 7, 323–366.
- Hermans, H. J. M. (2004). The dialogical self: Between exchange and power. In H. J. M. Hermans & G. Dimaggio (Eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 13–28). New York: Brunner/Routledge.
- Hermans, H. J. M. (2006). The self as a theatre of voices: Disorganization and reorganization of a position repertoire. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 147–169.
- Hodgson, R., & Rachman, S. (1972). The effects of contamination and washing in obsessional patients. *Behaviour Research and Therapy*, 10, 111–117.
- Hoffman, I. Z. (1994). Dialectical thinking and therapeutic action in the psychoanalytic process. *Psychoanalytic Quarterly*, 63, 187–218.
- Hoffman, L. (1993). *Exchanging voices: A collaborative Approach to Family Therapy*. London: Karnac Book.
- Hollway, W. (1994). Beyond sex differences: A project for feminist psychology. *Feminism and Psychology*, 4(4), 538–546.
- Hoover, C., & Insel, T. (1984). Families of origin in obsessive compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(4), 207–215.

- Hornsveld, R. H., Kraaimaat, F. W., & van Dam-Baggen, R. M. (1979). Anxiety/discomfort and handwashing in obsessive-compulsive and psychiatric control patients. *Behaviour Research and Therapy*, *17*, 223–228.
- Horvarth, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*(4), 561–573.
- Horvarth, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, *48*(1), 9–16 .
- 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., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist Contributions and responsiveness to patients* (2011, pp. 37–70). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (Eds.) (1994). *The working alliance. Theory, research and practice*. New Jersey, NJ: John Wiley & Sons.
- Hudson, J. L., Kendall, P. C., Chu, B. C., Gosch, E., Martin, E., Taylor, A., & Knight, A. (2014). Child involvement, alliance, and therapist flexibility: Process variables in cognitive-behavioural therapy for anxiety disorders in childhood. *Behaviour Research and Therapy*, *52*, 1–8.
- Hughes, A. A., & Kendall, P. C. (2007). Prediction of cognitive behavior treatment outcome for children with anxiety disorders: therapeutic relationship and homework compliance. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *35*, 487–494.
- Hunter, J. A., Button, M. L., & Westra, H. A. (2014). Ambivalence and alliance ruptures in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, *43*(3), 201–208.
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome on a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 747–755.
- Huppert, J. D., Kivity, Y., Barlow, D. H., Shear, M. K., Gorman, J. M., & Woods, S. W. (2014).

- Therapist effects and the outcome-alliance correlation in cognitive behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 52(1), 26–34.
- Isserlin, L., & Couturier, J. (2012). Therapeutic alliance in family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa. *Psychotherapy*, 49(1), 46–51.
- Jaisooriya, T. S., Janardhan Reddy, Y. C., & Srinath, S. (2003). The relationship of obsessive-compulsive disorder to putative spectrum disorders: results from an Indian study. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 317–323.
- James, L., & Kirkland, J. (1993). Beyond empathy: seasons of affiliation, intimacy and power in therapy relationships. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 14(4), 177–180.
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasténie*. Paris: Alcan.
- Johnson, S. M., & Talitman, E. (1997). Predictors of success in emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23, 135–152.
- Johnson, L. N., Wright, D. W., & Ketring, S. A. (2002). The therapeutic alliance in home-based family therapy: Is it predictive of outcome? *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 93–102.
- Katzow, A. D., & Safran, J. D. (2009). Riconoscere e risolvere le rotture nella relazione terapeutica. In P. Gilbert e R. L. Leahy (Eds.), *La relazione terapeutica in terapia cognitivo-comportamentale* (pp. 103–121). Firenze: Eclipsi.
- Keeley, M. L., Storch, E. A., Merlo, L. J., & Geffken, G. R. (2008). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 28, 118–130.
- Keely, M. L., Geffken, G. R., Ricketts, Em., McNamara, J. P. H., & Storch, E. (2011). The therapeutic alliance in the cognitive behavioral treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorder*, 25, 885–863.
- Keijsers, G. P., Hoogduin, C. A., & Schaap, C. P. (1994). Predictors of treatment outcome in the behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 165, 781–786.
- Keijsers, G. P., Schaap, C. P., & Hoogduin, C. A. (2000). The impact of interpersonal patient

and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy. A review of empirical studies. *Behavior Modification*, 24, 264–297.

- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York, NY: Norton.
- Kempke, S., & Luyten, P. (2007). Psychodynamic and cognitive-behavioral approaches of obsessive-compulsive disorder: Is it time to work through our ambivalence? *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71(4), 291–311.
- Kendall, P. C., Corner, J. S., Marker, C. D., Creed, T. A., Puliafico, A. C., Hughes, A. A., . . . Hudson, J. (2009). In-session exposure tasks and therapeutic alliance across the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 517–525.
- Keuthen, N. J., Makris, N., Schlerf, J. E., Martis, B., Savage, C. R., McMullin, K., . . . Rauch, S. L. (2007). Evidence for reduced cerebellar volumes in trichotillomania. *Biological Psychiatry*, 61, 374–381.
- Kiesler, D. J., & Wtkins, K. (1989). Interpersonal complementarity and the therapeutic alliance: A study of relationship in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 26, 183–194.
- Knobloch-Fedders, L. M., Pincus, W. M., & Mann, B. J. (2004). The formation of the therapeutic alliance in couple therapy. *Family Process*, 43, 425–442.
- Kohlenberg, R. J., & Vandenberghe, L. (2007). Treatment-resistant OCD, inflated responsibility, and the therapeutic relationship: Two case examples. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 445–465.
- Kozak, M. J., & Foa, E. B. (1997). *Mastery of Obsessive-compulsive Disorder: A Cognitive-Behavioral Approach*. San Antonio: Harcourt Brace & Company.
- Kozak, M. J., Rossi, M., McCarthy, P. R., & Foa, E. B. (1989). Effects of imipramine on the autonomic responses of obsessive-compulsives to auditory tones. *Biological Psychiatry*, 26, 707–716.
- Krause, I. (1993). Family therapy and anthropology: the case for emotions. *Journal of Family Therapy*, 15(1), 35–56.
- Ladouceur, R., Léger, E., Rhéaume, J., & Dubé, D. (1996). Correction of inflated responsibility

- in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 34(10), 767–774.
- Ladouceur, R., Rhéaume, J., & Aublet, F. (1997). Excessive responsibility in obsessional concerns: A finegrained experimental analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 5, 423–427.
- Ladouceur, R., Rhéaume, J., Freestone, M., Aublet, F., Jean, K., Lachance, S., . . . De Pokomandy-Morin, K. (1995). Experimental manipulation of responsibility: An analogous test for models of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33(8), 937–946.
- Lakatos, A., & Reinecker, H. (2005). *Terapia cognitivo-comportamentale nel disturbo ossessivo-compulsivo. Un manuale terapeutico*. In F. Mancini & A. Rainone (Eds.) Roma: Giovanni Fioriti.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldstein (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94–129). New York: Basic Books.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143–189). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A., & Bergin, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3th ed., pp. 157–211). New York: Wiley.
- LaSalle, V. H., Cromer, K. R., Nelson, K. N., Kazuba, D., Justement, L., & Murphy, D. L. (2004). Diagnostic interview assessed neuropsychiatric disorder comorbidity in 334 individuals with obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 19, 163–73.
- Laughlin, H. P. (1967). *The neuroses*. Butterworths, Washington DC [trad. it *Le nevrosi nella pratica clinica*, Giunti Barbera, Firenze 1967]
- Leckman, J. F., Denys, D., Blair Simpson, H., Mataix-Cols, D., Hollander, E., Saxena, S., . . . Stein, D. J. (2010). Obsessive-compulsive disorder: A review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27, 507–527.

- Leichsenring, F. & Salzer, S. (2014). A unified protocol for the transdiagnostic psychodynamic treatment of anxiety disorders: An evidence based approach. *Psychotherapy, 51*(2), 224–245.
- Levin, L., Henderson, H. A., & Ehrenreich-May, J. (2012). Interpersonal predictors of early therapeutic alliance in a transdiagnostic cognitive-behavioral treatment for adolescents with anxiety and depression. *Psychotherapy, 2*, 218–230.
- Liber, J. M., McLeod, B. D., Van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., van der Leeden, A. J. M., Utens, E. M. W. J., & Treffers, P. D. A. (2010). Examining the relation between the therapeutic alliance, treatment adherence, and outcome of cognitive behavioral therapy for children with anxiety disorders. *Behavior Therapy, 41*, 172–186.
- Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica. Teoria, clinica, ricerca*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Cortina.
- Liotti, G., & Monticelli, F. (Eds.) (2014). *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica. Una prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lorenzini, R., & Sassaroli, S. (1987). *La paura della paura*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Lorenzini, R., & Sassaroli, S. (1992). *Cattivi pensieri*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Lorr, M. (1965). Client perceptions of therapists. *Journal of Consulting Psychology, 29*, 146–149.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive expressive treatment*. Basic Books.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Diger, L., Woody, G., & Seligman, D. A. (1997). The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*, 53–65.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "everyone has one and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry,*

32(8), 995–1008.

- Lucius-Hoene, G., & Deppermann, A. (2000). Narrative identity empiricized: A dialogical and positioning approach to autobiographical research interviews. *Narrative Inquiry, 9*, 199–222.
- MacKinnon, L. K. (1993). Systems in settings: the therapist as power broker. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 14*(3), 117–122.
- Mancebo, M. C., Greenberg, B., Grant, J. E., Pinto, A., Eisen, J. L., Dyck, I., & Rasmussen, M. D. (2008). Correlates of occupational disability in a clinical sample of obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry, 49*, 43–50.
- Mancini, F. (2002). Un modello cognitivo del Disturbo Ossessivo-Compulsivo. *Psicoterapia, 22–23*, 43–60.
- Mancini, F., & Gangemi, A. (2004). Fear of guilt of behaving irresponsibly in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 35*(2), 109–120.
- Mancini, F., & Gangemi, A. (2015). Deontological guilt and obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1–7*.
- Mancini, F., D'Olimpio, F., & Cieri, L. (2004). Manipulation of responsibility in non-clinical subjects: does expectation of failure exacerbate obsessive-compulsive behaviors? *Behaviour Research and Therapy, 42*(4), 449–457.
- Mancini, F., Gangemi, A., Perdighe, C., & Marini, C. (2008). Not just right experience: is it influenced by feelings of guilt? *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 39*, 162–176
- Manicavasagar, V., Silove, D., & Curtis, J. (1997). Separation anxiety in adulthood. A phenomenological investigation. *Comprehensive Psychiatry, 35*, 274–282.
- Manicavasagar, V., Silove, D., Curtis, J., & Wagner, R. (2000). Continuities of separation anxiety from early life into adulthood. *Journal of Anxiety Disorders, 4*, 1–18.
- Manicavasagar, V., Wagner, R., & Hadzi-Pavlovic, D. (1999). Parental representations associated with adult separation anxiety and panic disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33*, 422–428.

- Mannino, G. (2005). Le organizzazioni di significato personale: Un modelli a tre dimensioni. *Rivista di Psichiatria*, 40(1), 17–25.
- Mariaskin, A. (2010). The roles of parenting and moral socialization in obsessive-compulsive belief and symptom development. *Dissertation Abstracts International: Section B. The Science and Engineering*, 70, 44–90.
- Marker, C. D., Comer, J. S., Abramova, V., & Kendall, P. C. (2013). The reciprocal relationship between alliance and symptom improvement across the treatment of childhood anxiety. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(1), 22–33.
- Markovà, I., Linell, P., Grossen, M., & Orvig, A. S. (2007). *Dialogue in focus groups: Exploring socially shared knowledge*. London: Equinox.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438–450.
- Mataix-Cols, D., Rauch, S. L., Manzo, P. A., Jenike, M. A., & Baer, L. (1999). Use of factor analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American of Journal of Psychiatry*, 156, 1409–1416.
- Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2004). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 228–238.
- McKay, D. (2006). Treating disgust reactions in contamination-based obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 53–59.
- McLeod, B. D., Islam, N. Y., Chiu, A. W., Smith, M. M., Chu, B. C., & Wood, J. J. (2014). The relationship between alliance and client involvement in CBT for child anxiety disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(5), 735–741
- McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic psychotherapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Meltzoff, J., & Kornreich, M. (1970). *Research in psychotherapy*. New York: Atherton.
- Menzies, L., Chamberlain, S. R., Laird, A. R., Thelen, S. M., Sahakian, B. J., & Bullmore, T. (2008). Integrating evidence from neuroimaging and neuropsychological studies of

obsessive-compulsive disorder: the orbitofronto-striatal model revisited. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 525–549.

Minuchin, S. (1974). *Families & family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press (trad. it. Famiglie e terapia della famiglia, Astrolabio, Roma, 1976).

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.

Morris, R. J. & Suckerman, K. R. (1974). Therapist warmth as a factor in automated systematic desensitization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 244–250.

Mörtberg, E. (2014). Working alliance in individual and group cognitive therapy for social anxiety disorder. *Psychiatry Research*, 220, 716–718.

Mugny, G. & Carugati, F. (1987). *Psicologia sociale dello sviluppo cognitive*. Firenze: Giunti.

Najavits, L. M., & Strupp, H. H. (1994). Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process-outcome study. *Psychotherapy*, 31, 114–123.

Nakao, T., Nakagawa, A., Yoshiura, T., Nakatani, E., Nabeyama, M., Yoshizato, C., . . . Kanba, S. (2005). Brain activation of patients with obsessive-compulsive disorder during neuropsychological and symptom provocation tasks before and after symptom improvement: a functional magnetic resonance imaging study. *Biological Psychiatry*, 57, 901–910.

Nardi, B. (2007). *Costruirsi: sviluppo e adattamento di sé nella normalità e nella patologia*. Milano: Franco Angeli.

Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M., Liang, K., Bienvenu, O., Hoehn-Saric, R., Grados, M., Cullen, B. (2001). The relationship between obsessive-compulsive disorder and anxiety and affective disorders: Results from the Johns Hopkins OCD Family Study. *Psychological Medicine*, 31, 481–487.

Ninan, P. T., Rothbaum, B. O., Marsteller, F. A., Knight, B. T., & Eccard, M. B. (2000). A placebo-controlled trial of cognitive-behavioral therapy and clomipramine in trichotillomania. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 47–50.

Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that works: evidence-based*

- responsiveness*. New York: Oxford University Press.
- Nutt, D. J., & Ballenger, J. (2003) *Anxiety Disorders*. Oxford: Blackwell Science Limited.
- Nutt, D., & Malizia, A., (2006). Anxiety and OCD – the chicken or the egg? *Journal of Psychopharmacology*, 20(6), 729–731.
- O’Sullivan, R. L., Rauch, S. L., Breiter, H. C., Grachev, I. D., Baer, L., Kennedy, D. N., . . . Jenike M. A. (1997). Reduced basal ganglia volumes in trichotillomania measured via morphometric magnetic resonance imaging. *Biological Psychiatry*, 42, 39–45.
- Olatunij, B. O., Tart, C. D., Ciesielski, B. G., McGrath, P. B., & Smits, J. A. (2011). Specificity of disgust vulnerability in the distinction and treatment of OCD. *Journal of Psychiatric Research*, 45(9), 1236–1242.
- Olatunij, B. O., Sawchuk, C. N., Lohr, J. M., & de Jong, P. J. (2004). Disgust domains in the prediction of contamination fear. *Behavior Research and Therapy*, 42(1), 93–104.
- Pace, S. M., Thwaites, R., & Firestone, M. H. (2011). Exploring the role of external criticism in obsessive compulsive disorder: A narrative review. *Clinical Psychology Review*, 31, 361–370.
- Pallanti, S., Grassi, G., Sarrecchia, E. D., Cantisani, A., & Pellegrini, M. (2011). Obsessive-compulsive disorder comorbidity: clinical assessment and therapeutic implications. *Front Psychiatry*, 2, 70.
- Parkinson, L., & Rachman, S. (1980). Are intrusive thoughts subject to habituation. *Behavior Research and Therapy*, 18, 409–418.
- Paterson, T. (1996). Leaving well alone: A systemic perspective on the therapeutic relationship. In C. Flaskas, & A. Perlesz (Eds.), *The therapeutic relationship in systemic therapy*, (pp. 15–33). London: Karnac.
- Pearce, B. W., & Cronen, V. E. (1980). *Communication, Acting and Meaning*. New York: Praeger.
- Perdighe, C. (2006). Uso strategico della relazione terapeutica. Relazione come strumento di cambiamento. Lezione tenuta presso la Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Ancona.
- Perry, R. (1993). Empathy-still at the heart of therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 14(2), 63–74.

- Pertusa, A., Fullana, M. A., Singh, S., Alonso, P., Menchón, J. M., Mataix-Cols, D. (2008). Compulsive hoarding: OCD symptoms, distinct clinical syndrome, or both? *American Journal of Psychiatry*, *165*, 1289–1298.
- Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C., & Weisberg, R. (2005). Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, *46*, 317–325.
- Phillips, K. A., Stein, D. J., Rauch, S. L., Hollander, E., Fallon, B. A., Barsky, A., ... Leckman, J. (2010). Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V *Depression and Anxiety*, *27*, 528–555.
- Picardi, A. (2003). First steps in the assessment of cognitive–emotional organisation within the framework of Guidano’s model of the self. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *72*(6), 363–365.
- Picardi, A., & Mannino, G. (2001). Le organizzazioni di significato personale: verso una validazione empirica. *Rivista Psichiatrica*, *36*, 224–233.
- Pinsof, W. B. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 173–195). New York: Wiley.
- Pinsof, W. B., & Catherall, D. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple, and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, *12*, 137–151.
- Piper, W. E., Azim, H. F. A., Joyce, A. S., MacCallum, M., Nixon, G. V. H., & Segal, P. S. (1991). Quality of object relations *versus* interpersonal functioning as predictors of therapeutic alliance and psychotherapy outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *179*, 432–438.
- Purcell, C. E., & Arrigo, B. A. (2006). *The Psychology of Lust Murder: Paraphilia, Sexual Killing, and Serial Homicide*. New York: Academic Press.
- Rabavilas, A. D., & Boulougouris, J. C. (1974). Physiological accompaniments of ruminations, flooding and thought-stopping in obsessive patients. *Behavioral Research and Therapy*, *12*, 239–243.

- Rachman, S. (1993). Obsession, responsibility and guilt. *Behavior Research and Therapy*, 31(2), 149–154.
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behavior Research and Therapy*, 40(6), 625–639.
- Rachman, S. (2004). Fear of contamination. *Behavior Research and Therapy*, 42(11), 1227–1255.
- Rachman, S. (2006). *Fear of contamination: assessment and treatment*. New York: Oxford University Press.
- Rachman, S. J., & Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and Compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Rachman, S. J., & Wilson, G. T. (1980). *The effects of psychological therapy* (2nd ed.). New York: Pergamon Press.
- Radua, J., van den Heuvel, O. A., Surguladze, S., & Mataix-Cols, D. (2010). Meta-analytical comparison of voxel-based morphometry studies in obsessive-compulsive disorder vs. other anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67, 701–711.
- Raines, A. M., Oglesby, M. E., Capron, D. W., & Schmidt, N. B. (2014). Obsessive compulsive disorder and anxiety sensitivity: Identification of specific relations among symptom dimensions. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 71–76.
- Rauch, S. L., Phillips, K. A., Segal, E., Makris, N., Shin, L. M., Whalen, P. J., . . . Kennedy, D. N. (2003). A preliminary morphometric magnetic resonance imaging study of regional brain volumes in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research*, 122, 13–19.
- Real, T. (1990). The therapeutic use of self in constructionist/systemic therapy. *Family Process*, 29(3), 255–272.
- Reda, G. (1986). *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Reeves, J., Reynolds, S., Wilson, C., & Coker, S. (2010). An experimental manipulation of responsibility in children: A test of the inflated responsibility model of obsessive compulsive disorder. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(3), 228–233.
- Renik, O. (1998). The analyst's subjectivity and the analyst's objectivity. *International Journal*

of Psychoanalysis, 79, 487–498.

- Rhodes, R. H., Hill, C. E., Thompson, B. J., & Elliott, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 473–483.
- Richter, M. A., Summerfeldt, L. J., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2003). Obsessive–compulsive spectrum conditions in obsessive–compulsive disorder and other anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 18, 118–27.
- Robbins, M. S., Turner, C. W., Alexander, J. F., & Perez, G. A. (2003). Alliance and dropout in family therapy for adolescents with behaviour problems: Individual and systemic effects. *Journal of Family Psychology*, 17, 534–544.
- Rober, P. (2010). The single-parent family and the family therapist: About invitations and positionings. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 31(3), 221–231.
- Robinson, L. J., & Freeston, M. H. (2014). Emotion and internal experience in Obsessive Compulsive Disorder: Reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clinical Psychology Review*, 34, 256–271.
- Rogers, C. R. (1958). The characteristics of a helping relationship. *Personnel and Guidance Journal*, 37, 6–16.
- Roiphe, R., & Schuman, R. (2015). Vale la pena fare un dottorato? The Post Internazionale. Retrieved from <http://www.tpi/mondo/stati-uniti/dottorato-giovani-lavoro>
- Roper, G., & Rachman, S. (1976). Obsessional-compulsive checking: experimental replication and development. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 25–32.
- Roper, G., Rachman, S., & Hodgson, R. (1973). An experiment on obsessional checking. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 271–277.
- Rotge, J. Y., Guehl, D., Dilharreguy, B., Cuny, E., Tignol, J., Bioulac, B., . . . Aouizerate, B. (2008). Provocation of obsessive-compulsive symptoms: a quantitative voxel-based meta-analysis of functional neuroimaging studies. *Journal of Psychiatry Neuroscience*, 33, 405–412.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., & Chiu, W. T., et al. (2010). The epidemiology of obsessive-

- compulsive disorder in the -national Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15, 53–63.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2003). *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Roma-Bari: Laterza.
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Book.
- Saliani, M. S., & Mancini, F. (2012). Il paziente ossessivo: Rappresentazioni relative all'intervento di aiuto e impasse terapeutiche. *Cognitivismo Clinico*, 9(1), pp. 53–73.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessive-compulsive problems: a cognitive-behavioral analysis. *Behavior Research and Therapy*, 23(5), 571–583.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 37, 29–52.
- Salkovskis, P. M., & Forrester, E. (2002). Responsibility. In R. O. Frost & G. Steketee (Eds.) *Cognitive approaches to obsessions and compulsions* (pp. 51–61). Oxford: Elsevier Science.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N, Forrester, E., & Richards, C. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38(4), 347–372.
- Salzman, L. (1966). Therapy of obsessional states. *American Journal of Psychiatry*, 122, 1139–1146.
- Sassaroli, S., Lorenzini, R., & Ruggiero, G. M. (2005). Le fobie e il loro trattamento. In B. G. Bara (Ed.), *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva. Vol. 2: Clinica* (pp. 61–92). Torino: Bollati Boringhieri.
- Saxena, S. (2008). Neurobiology and treatment of compulsive hoarding. *CNS Spectrum*, 13, 29–36.
- Schienle, A., Schafer, A., Stark, R., Walter, B., & Vaitl, D. (2005). Relationship between disgust sensitivity, trait anxiety and brain activity during disgust induction.

Neuropsychobiology, 51, 86–92.

Schimdt-Traub, S. (2003). Therapeutische beziehung–Ein uberblick. *Psychotherapeutische Praxis*, 3, 111–129.

Schopenhauer, A. (1819) (trad. it. 1969). Il mondo come volontà e rappresentazione. Milano: Mursia.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Ipotizzazione, circolarità, neutralità: tre linee guida per la conduzione della seduta. *Terapia Familiare*, 7, 7-19.

Semerari, A. (1991). *I processi cognitivi nella relazione terapeutica*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.

Semerari, A. (2010). *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Roma-Bari: Laterza.

Shapira, N. A., Liu, Y., He, A. G., Bradley, M. M., Lessig, M. C., James, G. A., et al. (2003). Brain activation by disgust inducing pictures in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 54, 751–756.

Shapiro, L. J., & Stewart, S. E. (2011). Pathological guilt: A persistent yet overlooked treatment factor in obsessive-compulsive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 23(1), 2–9.

Shelef, K., Diamond, G. M., Diamond, G. S., & Liddle, H. H. (2005). Adolescent and parent alliance and treatment outcome in multidimensional family therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 689–698.

Sheline, Y. I., Barch, D. M., Donnelly, J. M., Ollinger, J. M., Snyder, A. Z., & Mintun, A. A. (2001). Increased amygdala response to masked emotional faces in depressed subjects resolves with antidepressant treatment: an fMRI study. *Biological Psychiatry*, 50, 651–658.

Shin, L. M., Dougherty, D. D., Orr, S. P., Pitman, R. K., Lasko, M., Macklin, M. L., et al. (2000). Activation of anterior paralimbic structures during guilt-related scriptdriven imagery. *Biological Psychiatry*, 48, 43–50.

Shirk, S. R., & Russell, R. L. (1998). Process issues in child psychotherapy. In A. Bellack, M. Hersen (Series Eds.), & T. Ollendick (Vol. Ed.), *Comprehensive clinical psychology: Vol. 5. Children and adolescents: Clinical formulations and treatment* (pp. 57–82). Oxford, England: Pergamon Press.

- Simon, D., Kaufmann, C., Musch, K., Kischkel, E., & Kathmann, N. (2010). Fronto-striato- limbic hyperactivation in obsessive-compulsive disorder during individually tailored symptom provocation. *Psychophysiology*, *47*(4), 728–38.
- Smerud, P. E., & Rosenfarb, I. S. (2008). The therapeutic alliance and family psychoeducation in the treatment of schizophrenia: a prospective change-process study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*(3), 505–510.
- Smith, J., Osman, C., & Goding, M. (1990). Reclaiming the emotional aspects of the therapist-family system. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, *11*(3), 140–146.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Soomro, G. M., Altman, D., Rajagopal, S., & Oakley-Browne, M. (2008). Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) versus placebo for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database Systematic Reviews*, *23*(1), CD001765.
- Sprengle, D. H., & Blow, A. J. (2004). Common factors and out sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, *30*, 113–129.
- Starcevic, V., & Janca, A. (2011) Obsessive–compulsive spectrum disorders: still in search of the concept-affirming boundaries. *Current Opinion in Psychiatry*, *24*, 55–60.
- Stein, D. J., Arya, M., Pietrini, P., Rapoport, J., & Swedo, S. E. (2006). Neurocircuitry of disgust and anxiety in obsessive-compulsive disorder: a positron emission tomography study. *Metabolic Brain Disease*, *21*, 267–277.
- Stein, D. J., Coetzer, R., Lee, M., Davids, B., & Bouwer, C. (1997). Magnetic resonance brain imaging in women with obsessive-compulsive disorder and trichotillomania. *Psychiatry Research*, *74*, 177–182.
- Stein, D. J., Denys, D., Gloster, A. T., Hollander, E., Leckman, J. F., Rauch, S. L., et al. (2009). Obsessive-compulsive disorder: Diagnostic and treatment issues. *Psychiatric Clinics of North America*, *32*, 665–685.
- Stein, D. J., Fineberg, N. A., Bienvenu, O. J., Denys, D., Lochner, C., Nestadt, G., . . . Phillips, K. A. (2010). Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V? *Depression and Anxiety*, *27*, 495–506.

- Storch, E. A., Abramowitz, J., & Goodman, W. K. (2008). Where does obsessive-compulsive disorder belong in DSM-V? *Depression and Anxiety, 25*, 336–347.
- Storch, E. A., Wu, M. S., Small, B. J., Crawford, E. A., Lewin, A. B., Horng, B., & Murphy, T. K. (2014). Mediators and moderators of functional impairment in adults with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry, 55*, 489–496.
- Streichenwein, S. M., & Thronby, J. I. (1995). A long-term, double-blind, placebo-controlled crossover trial of the efficacy of fluoxetine for trichotillomania. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1192–1196.
- Symonds, B. D., & Horvath, A. O. (2004). Optimizing the alliance in couple therapy. *Family Process, 43*, 443–455.
- Takahashi, H., Yahata, N., Koeda, M., Matsuda, T., Asai, K., & Okubo, Y. (2004). Brain activation associated with evaluative processes of guilt and embarrassment: an fMRI study. *Neuroimage, 23*, 967–974.
- Tasca, G. A., & McMullen, L. M. (1992). Interpersonal complementarity and antitheses within a stage model of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 29*, 525–523.
- Tolin, D. F., Woods, C. M., & Abramowitz, J. S. (2006). Disgust sensitivity and obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical sample. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 37*(1), 30–40.
- Tollefson, G. D., Rampey, A. H., Potvin, J. H., Jenike, M. A., Rush, A. J., Kominguez, R. A., . . . Genduso, L. A. (1994). A multicenter investigation of fixed-dose fluoxetine in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry 51*, 559–567.
- Torres, A. R., Ferrão, Y. A., Shavitt, R. G., Diniz, J. B., Costa, D. L. C., do Rosário, M. C., . . . Fontenelle, L. F. (2014). Panic disorder and agoraphobia in OCD patients: Clinical profile and possible treatment implications. *Comprehensive Psychiatry, 55*, 588–597.
- Treacher, A., & Carpenter, J. (1993). User-friendly family-therapy. In J. Carpenter & A. Treacher (Eds.), *Using Family Therapy in the 90s*. Oxford: Blackwell.
- Truax, C. & Carkuff, R. R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice*. Chicago: Aldine.

- Tynes, L. L., White, K., & Stekeete, G. S. (1990). Toward a new nosology of obsessive compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *31*, 465–480.
- 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. (1987). Gli indirizzi terapeutici ad orientamento sistemico: il cambiamento come obiettivo terapeutico. *Rivista di Psicologia Clinica*, *3*, 304–319.
- 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. (1998). *Storie permesse, storie proibite: Polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Ugazio, V. (1999). Organizzazioni fobiche e ossessive. Le origini delle organizzazioni fobiche e ossessive: due contesti triadici a confronto. In C. Loredi, D. Solfaroli Camillocci, & M. Micheli (Eds.), *Genitori. Individui e relazioni intergenerazionali nella famiglia*. Milano: Franco Angeli.
- Ugazio, V. (2007). Le psicoterapie sistemico-relazionali: quale specificità. In V. Ugazio, P. G. Defilippi, L. Schepisi & D. Solfaroli Camillocci (Eds.), *Famiglie, gruppi e individui. Le molteplici forme della psicoterapia sistemico-relazionale* (pp. 29–51). Milano: Angeli.
- Ugazio, V. (2010). L'appartenenza negata. Il contesto intersoggettivo delle organizzazioni depressive. *Terapia Familiare*, *94*, 41–59.
- Ugazio, V. (2012). *Storie permesse, storie proibite: Polarità semantiche familiari e psicopatologia* (2nd Rev. ed.). Torino: Bollati Boringhieri.
- Ugazio, V., & Castelli, D. (2015). The Semantics Grid of the Dyadic Therapeutic Relationship (SG-DTR). *TPM – Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, *22*(1) 135–159.
- Ugazio, V., Negri, A., & Fellin, L. (2011). Significato e psicopatologia: La semantica dei disturbi fobici, ossessivi, alimentari e depressivi. In *Quaderni di psicologia clinica* (Vol. 2, pp. 69–100). Bergamo: Bergamo University Press.

- Ugazio, V., Negri, A., & Fellin, L. (2015). Freedom, goodness, power and belonging: The semantics of phobic, obsessive-compulsive, eating, and mood disorders. *Journal of Constructivist Psychology, 0*(0), 1–23
- Ugazio, V., Negri, A., Fellin, L., & Di Pasquale, R. (2009). The Family Semantics Grid (FSG): The narrated polarities. A manual for the semantic analysis of therapeutic conversations and self narratives. *TPM – Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology, 16*, 165–192.
- Ugazio, V., Negri, A., Zanaboni, E., & Fellin, L. (2007). La conversazione con i soggetti fobici è dominata dalla semantica della libertà? In *Quaderni del dottorato in psicologia clinica* (Vol. 1, pp. 103–133). Bergamo: Bergamo University Press.
- van den Heuvel, O. A., Remijnse, P. L., Mataix-Cols, D., Vrenken, H., Groenewegen, H. J., Uylings, H. B., . . . Veltman, D. J. (2009). The major symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder are mediated by partially distinct neural systems. *Brain, 132*, 853–868.
- Van Ijzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 8–21.
- Van Minnen, A. Hoogduin, K. A., Keijers, G. P., Hellenbrand, I., & Hendriks, G. J. (2003). Treatment of trichotillomania with behavioral therapy or fluoxetine: a randomized, waiting-list controlled study. *Archives of General Psychiatry, 60*, 517–522.
- Van Oppen, P., & Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy, 32*, 79–87.
- Villegas, M. (1995). Psicopatologías de la libertad (I): La agorafobia o la constricción del espacio. *Revista de Psicoterapia, 6*(21), 17–39.
- Villegas, M. (1997). Psicopatologías de la libertad (II): La anorexia o la restricción de la corporalidad. *Revista de Psicoterapia, 8*(30–31), 19–91.
- Villegas, M. (2000). Psicopatologías de la libertad (III): La obsesión o la constricción de la espontaneidad. *Revista de Psicoterapia, 11*(42–43), 49–133.
- Villegas, M. (2004). Psicopatologías de la libertad (IV): Anorexia purgativa y bulimia o el

descontrol de la corporalidad. *Revista de Psicoterapia*, 15(58–59), 93–143.

- Viswanath, B., Narayanaswamy, J. C., Rajkumar, R. P., Cherian, A. V., Kandavel, T., Math, S. B., & Reddy, Y. C. J. (2012). Impact of depressive and anxiety disorder comorbidity on the clinical expression of obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 775–782.
- Vogel, P. A., Hansen, B., Stiles, T. C., & Gotestam, K. G. (2006). Treatment motivation, treatment expectancy, and helping alliance as predictors of outcome in cognitive behavioral treatment of OCD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 247–255.
- Vos, S. P. F., Huibers, M. J. H., & Arntz, A. (2012). Experimental investigation of targeting responsibility versus danger in cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 29(7), 629–637.
- Warren, S. L., Huston, L., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 637–644.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: Norton (trad. it. *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*, Astrolabio, Roma, 1971).
- Weingarten, K. (1991). The discourses of intimacy: adding a social constructionist and feminist view. *Family Process*, 30(3), 285–305.
- Weingarten, K. (1992). A consideration of intimate and non-intimate interactions in therapy. *Family Process*, 31(1), 45–59.
- Weiss, M., Kivity, Y., & Huppert, J. D. (2014). How does the therapeutic alliance develop throughout cognitive behavioral therapy for panic disorder? Sawtooth patterns, sudden gains, and stabilization. *Psychotherapy Research*, 24(3), 407–418.
- Westra, H. A., Constantino, M. J., & Aviram, A. (2011). The impact of alliance ruptures on client outcome expectations in cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 21, 472–481.

- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic end*. New York: W. W. Norton.
- Whiteside, S. P., Port, J. D., & Abramowitz, J. S. (2004). A meta-analysis of functional neuroimaging in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, *132*, 69–79.
- Wilkinson, M. (1992). How do we understand empathy systemically? *Journal of Family Therapy*, *14*(2), 193-206.
- Wolf, A. W., & Goldfried, M. R. (2014). Clinical experiences in using cognitive-behavior therapy to treat panic disorder. *Behavior Therapy*, *45*, 36–46.
- World Health Organization (2007). *International Classification of Diseases (10th Rev)*. Germany: WHO.
- Wortham, S. (2000). Interactional positioning and narrative self-construction. *Narrative Inquiry*, *10*(1), 157–184.
- Zandberg, L. J., Skriner, L. C., & Chu, B. C. (2015). Client-therapist alliance discrepancies and outcome in cognitive-behavioral therapy for youth anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, *71*(4), 313–322.
- Zohar, J., Hollander, E., Stein, D. J., Westenberg, H. G. M., Baldwin, D. S., Bandelow, B., . . . Pallanti, S. (2007). Consensus statement. *CNS Spectrums*, *12*(S3), 59–63.