

La relazione terapeutica con i pazienti con disturbi fobici, ossessivo-compulsivi, alimentari e depressivi: quali significati prevalgono?²

di

Valeria Ugazio*, Stella Guarnieri**, Pasquale Anselmi***, Daniele Castelli**
e Marisa Pandolfi**

*European Institute of Systemic-relational Therapies, Milano

e Dipartimento di Scienze Umane e Sociali, Università di Bergamo, Bergamo, Italia

**Dipartimento di Scienze Umane e Sociali, Università di Bergamo, Bergamo, Italia

***Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata,
Università di Padova, Padova, Italia

Traduzione a cura di
Valeria Ugazio e Stella Guarnieri

Abstract: I pazienti con disturbi fobici, ossessivo-compulsivi, alimentari e depressivi interagiscono con il loro terapeuta utilizzando modalità interattive rispettivamente riconducibili ai significati caratteristici della semantica della libertà, della bontà, del potere e dell'appartenenza? E il terapeuta a sua volta si posiziona nella semantica dominante dei clienti? Questa ricerca si propone di rispondere a queste domande per verificare l'ipotesi, sostenuta dalla teoria delle polarità semantiche familiari (TPSF; 1998, 2012, 2018), che non esiste un solo modo di costruire la relazione terapeutica, ma tanti quante sono le semantiche e i disturbi ad esse connesse. Sono state analizzate con la Semantic Grid of the Dyadic Therapeutic Relationship (SG-DTR; Ugazio & Castelli, 2015) 120 sedute video-registrate, le prime due di 60 pazienti con disturbi fobici (12), ossessivo-compulsivi (12), alimentari (12), depressivi o bipolari (12) e con clienti con problemi esistenziali (12). La SG-DTR permette di rintracciare e classificare le Polarità Semantiche Interattive (PSI), nelle quali il paziente o il terapeuta o entrambi, si discostano, principalmente non verbalmente, dai loro ruoli ascritti. I risultati confermano che la storia vissuta tra terapeuta e paziente nel qui ed ora della seduta è costruita in modi differenti a seconda del disturbo presentato dal paziente. Questo studio apre un nuovo filone di ricerca nell'ambito della relazione terapeutica e mostra l'applicazione di un metodo che può essere utilizzato anche dai clinici, soprattutto quando si trovano a fronteggiare dei momenti di impasse nel corso del processo terapeutico.

Parole chiave: relazione terapeutica, alleanza terapeutica disturbi fobici, disturbi ossessivo-compulsivi, disturbi alimentari, disturbi depressivi.

² Ringraziamo gli editori della rivista *Journal of Constructivist Psychology* per aver gentilmente concesso la traduzione dell'articolo. L'originale è disponibile al link: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10720537.2020.1828203>. Ugazio, V., Guarnieri, S., Anselmi, P., Castelli, D., & Pandolfi, M. (2020). The therapeutic relationship with clients with phobic, obsessive-compulsive, eating and depressive disorders: Which meanings prevail? *Journal of Constructivist Psychology*, doi:10.1080/10720537.2020.1828203

The therapeutic relationship with clients with phobic, obsessive-compulsive, eating and depressive disorders: Which meanings prevail?

Abstract: *Do clients with phobic, obsessive-compulsive, eating, and depressive disorders interact with their therapist using ways of relating whose respective meanings are characteristic of the semantics of freedom, goodness, power, or belonging? And does the therapist take a position in tune with clients' dominant semantic? This study aims to answer these questions to verify the hypothesis, derived from Ugazio's family semantic polarities theory: that there is no single way of building the therapeutic relationship, rather, there are as many ways as there are semantics and related disorders. We applied the Semantic Grid of Therapeutic Relationship to 120 video-recorded sessions, the first two sessions of 60 clients with phobic (12), obsessive-compulsive (12), eating (12), depressive or bipolar disorders (12) and problems with daily life (12). The SG-DTR allows the detection and classification of the Interactive Semantic Polarities (ISPs), in which client and therapist, mainly non-verbally, move away from their ascribed roles. The results confirm that the lived story between therapist and client in the here and now of the session is constructed in different ways according to the patients' disorder. This study opens a new research perspective on the therapeutic relationship and shows the application of a method which can also be used by clinicians, especially when they are facing an impasse during the therapy.*

Keywords: *therapeutic relationship, therapeutic alliance, phobic disorders, obsessive-compulsive disorders, eating disorders, depressive disorders.*

1. Ci sono tante diverse relazioni terapeutiche quante le semantiche?

La tesi conciliatoria che tutte le psicoterapie siano ugualmente efficaci perché i fattori che le accomunano sono molto più importanti delle differenze che le contraddistinguono, ha diviso gli psicologi per quasi un secolo. Per via delle sue analogie con la scomposta corsa elettorale di Alice nel Paese delle Meraviglie, solennemente chiusa dal Dodo con l'affermazione "Hanno vinto tutti, e tutti debbono ricevere un premio" (Carroll, 1865/1971, p. 51), questa tesi è stata ironicamente chiamata *il verdetto del Dodo* a partire dagli anni Trenta (Rosenzweig, 1936). Da allora è sempre stata fonte di scontro tra i clinici, propensi a rifiutarla, e i ricercatori impegnati a validarla.

Per quanto controverso, il verdetto del Dodo ha senza dubbio contribuito a far sì che pressoché tutti i modelli psicoterapeutici riconoscessero l'importanza della relazione terapeutica in tutte le sue componenti. Il fattore comune responsabile del successo delle diverse forme di psicoterapia è sicuramente la relazione terapeutica³. Negli ultimi anni la grande maggioranza delle ricerche ha concentrato l'attenzione solamente su una delle sue componenti: l'alleanza terapeutica⁴. Quest'ultima è un elemento importante della relazione terapeutica, quando manca, o si verificano rotture nell'alleanza, la terapia è infatti in pericolo⁵. Inoltre, l'alleanza si presta ad essere valutata in modo più semplice rispetto ad altre componenti più elusive della relazione terapeutica. Ad oggi ci sono più di 30 strumenti in grado di misurare l'alleanza (Horvath et al., 2011), sviluppati a partire da diversi orientamenti teorici e realizzati attraverso una varietà di metodi⁶. Tuttavia, come è stato suggerito anche dai più autorevoli ricercatori⁷ sull'alleanza terapeutica, è arrivato adesso il momento di prestare attenzione anche ad altri aspetti della relazione terapeutica.

La ricerca che presentiamo analizza ciò che consideriamo una componente fondamentale della relazione terapeutica: i significati scambiati tra paziente e terapeuta. Trascurata fino ad ora dai ricercatori, a parte rare eccezioni, come ad esempio Sutherland e Strong (2011), questa componente è stata da noi rilevata attraverso osservazioni in seduta. Ed è stata inoltre analizzata entro la cornice della Teoria delle Polarità delle Semantiche Familiari (TPSF; Ugazio, 1998, 2012, 2018), che può essere considerata uno sviluppo costruzionista della Teoria dei Costrutti Personali di Kelly (1955), con molte premesse in comune con la Psicologia dei Costrutti Familiari di Procter (1981; Procter & Ugazio, 2017).

Una delle tesi principali della TPSF è che le persone con disturbi fobici, ossessivo-compulsivi, alimentari, depressivi e bipolari organizzano il loro mondo grazie a configurazioni di significati chiamati rispettivamente semantica della libertà (disturbi fobici), della bontà (disturbi ossessivo-compulsivi), del potere (disturbi alimentari) e dell'appartenenza (disturbi depressivi e bipolari). Secondo Ugazio (1998, 2012, 2018) anche la relazione terapeutica è modellata da queste semantiche. Di conseguenza, non c'è un solo modo di costruire la relazione terapeutica, ma ce ne sono tanti quante sono le semantiche. Soprattutto nelle prime sedute, la specifica natura asimmetrica della relazione terapeutica dovrebbe far sì che siano soprattutto i clienti a modellare la relazione terapeutica secondo le proprie semantiche. A causa di questa dinamica, i terapeuti si trovano, spesso inconsapevolmente, a prendere posizione durante la terapia entro la semantica dominante del cliente.

L'ipotesi secondo cui i pazienti con i quattro disturbi menzionati descrivono se stessi, gli altri, le relazioni, i valori e le emozioni attraverso significati ascrivibili rispettivamente alla semantica della libertà (disturbi

³ Si veda per esempio: Baldwin, Wampold, & Imel (2007); Gelso & Hayes (1998); Hatcher (2010); Horvath, Del Re, Flückinger, & Symonds (2011); Norcross & Lambert (2011, 2018).

⁴ 400 su 947 meta-analisi sulla connessione tra componenti della relazione terapeutica ed esito del trattamento, i cui risultati sono discussi da Norcross & Lambert (2018); riguardano l'alleanza terapeutica (389) e la riparazione delle sue rotture (11). Si veda inoltre a titolo esemplificativo: Bedics, Atkins, Harned, & Linehan (2015); Del Re, Flückinger, Horvath, Symonds, & Wampold, (2012); Flückinger, Del Re, Wampold, Symonds, & Horvath (2012); Flückinger, Del Re, Wampold, & Horvath (2018); Graves et al. (2017); Horvath (2017); Horvath et al. (2011).

⁵ Safran (1993); Safran & Muran (1996, 2000, 2006); Safran, Muran, & Eubanks-Carter (2011); Safran, Muran, Samstag, & Stevens (2001); Samstag & Muran, (2019).

⁶ Si veda, per esempio: CALPAS (Marmar, Horowitz, Weiss, & Marziali, 1986); SOFTA (Friedlander et al., 2006); TCCS (Ribeiro, Ribeiro, Gonçalves, Horvath, & Stiles, 2013).

⁷ Safran e Muran (2006, p. 290) hanno espresso la necessità di "concentrare il focus della ricerca in una direzione più ampia per comprendere il ruolo che i fattori relazionali giocano nel processo di cambiamento e di tenere a mente il contesto relazionale nel quale tutti gli altri aspetti del processo terapeutico si verificano". Anche Norcross e Lambert (2018) hanno incoraggiato i ricercatori a valutare le altre componenti della relazione terapeutica, che possono essere rilevate tramite osservazioni delle interazioni in seduta.

fobici), della bontà (disturbi ossessivo-compulsivi), del potere (disturbi alimentari) e dell'appartenenza (disturbi depressivi e bipolari), è confermata da diverse ricerche. Alcune hanno utilizzato la Tecnica delle Griglie di Repertorio ⁸, mentre altre la Griglia delle Semantiche Familiari ⁹. L'ipotesi che la relazione terapeutica con questi pazienti sia modellata dalle semantiche appena menzionate, invece, non è ancora stata empiricamente confermata. Questo è lo scopo della ricerca che qui presentiamo.

I pazienti con disturbi fobici, ossessivo-compulsivi, alimentari, depressivi e bipolari interagiscono con il loro terapeuta utilizzando modalità di relazionarsi caratteristiche rispettivamente della semantica della libertà (disturbi fobici), della bontà (disturbi ossessivo-compulsivi), del potere (disturbi alimentari) e dell'appartenenza (disturbi depressivi e bipolari), come ipotizzato dalla TPSF? Sono i pazienti, più che il loro terapeuta, a caratterizzare maggiormente, dal punto di vista semantico, la relazione psicoterapeutica, perlomeno nel corso delle prime sedute?

Queste sono le due domande fondamentali a cui questa ricerca cerca di rispondere. Sono due interrogativi che interessano soprattutto i clinici. È chiaro, infatti, che se la relazione psicoterapeutica cambia in relazione alla semantica dominante del paziente, anche il processo terapeutico dovrà cambiare di conseguenza. Come suggerito da Norcross e Lambert (2018), "non è più sufficiente domandarsi <<La relazione [terapeutica] funziona?> ma 'Come funziona la relazione per questo disturbo e questo metodo di trattamento?>>" (p. 308). Qui di seguito illustriamo i significati, perlopiù non verbali, che, in accordo con le nostre ipotesi, modellano i quattro diversi modi di costruire la relazione terapeutica caratteristici delle quattro semantiche che prevalgono nella conversazione con i pazienti fobici, ossessivo-compulsivi, alimentari, depressivi e bipolari. Questi significati, individuati grazie alla pratica clinica da Ugazio e collaboratori, sono al centro dello strumento adottato per questa ricerca: la Semantic Grid of the Dyadic Therapeutic Relationship (SG-DTR; Ugazio & Castelli, 2015).

2. La relazione terapeutica nella semantica della libertà: una base sicura per l'esplorazione o una piattaforma di lancio?

Quando domina la semantica della libertà nella costruzione del mondo, come accade con i disturbi fobici, *coraggio* e *paura* alimentano *libertà vs indipendenza* ed *esplorazione vs attaccamento*, le due polarità principali alla base di questa costellazione di significati. Questa semantica esprime un ordine morale in cui libertà ed esplorazione sono valori fondanti. L'attaccamento e la compagnia degli altri sono invece sentiti come espressione del bisogno di protezione da un mondo percepito come pericoloso e, di conseguenza, assumono una valenza, almeno in parte negativa, perché connessi ad un certo grado di dipendenza.

La libertà e l'indipendenza, che tutti agognano entro questa semantica, sono concepite come libertà *dalle* relazioni e *dagli* impegni derivanti dalle relazioni, sentiti come costrizioni oppressive.

In virtù della rilevanza di questa semantica, la conversazione in queste famiglie si organizza preferibilmente attorno 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. (Ugazio, 2012, p. 116)

Quando questa semantica prevale, la relazione terapeutica può diventare una base sicura per l'esplorazione ma anche un pericoloso trampolino di lancio. Le persone con un disturbo fobico, quando richiedono la terapia, sono di solito spaventate dai loro sintomi, sentiti come manifestazioni fisiche terrificanti e disorientanti. Per questo generalmente si affidano al terapeuta per cercare di dare un senso a ciò che accade loro. La relazione terapeutica può diventare, di conseguenza, una base sicura per esplorare queste emozioni dirompenti e il terapeuta è visto come una guida rassicurante. Quest'ultimo può, tuttavia, trasformarsi in una guida pericolosa, in particolare se sostiene i desideri dei pazienti di indipendenza frustrati dal loro disturbo. Alcuni pazienti erano liberi e indipendenti prima dell'inizio della sintomatologia; sono proprio i

⁸ Castiglioni, Faccio, Veronese, & Bell (2013); Castiglioni, Pepe, Gandino, & Veronese (2013); Castiglioni, Veronese, Pepe, & Villegas (2014); Faccio, Belloni, & Castelnuovo (2012); Faccio et al. (2016); Veronese, Procaccia, Romaioli, Barola, & Castiglioni (2013).

⁹ Ugazio, Negri, & Fellin (2011, 2015); Ugazio & Fellin (2016); Ugazio, Negri, Zanaboni, & Fellin (2007).

sintomi ad averli consegnati ad una scomoda posizione di dipendenza. Altri, come i pazienti agorafobici, erano già, prima dell'esordio dei sintomi, in una posizione di dipendenza; lo sviluppo del disturbo li mette tuttavia in una posizione di dipendenza molto più umiliante di quella dalla quale avrebbero voluto liberarsi. Quasi tutti i pazienti all'interno dello spettro fobico chiedono al terapeuta, non solo di liberarli dai loro sintomi, ma anche di emanciparli dai legami di dipendenza creati o rafforzati dalla loro psicopatologia.

Di conseguenza i terapeuti "soprattutto all'inizio del trattamento, si troveranno collocati nel polo della *libertà*. Volente o nolente, finiranno nella posizione di chi, ad esempio, stimola il paziente a emanciparsi da legami soffocanti o a superare limiti angusti" (*ibidem*, p. 304). Ma proprio per questo, il terapeuta può stimolare la paura nei pazienti, spaventati dall'idea di trovarsi soli in un mondo pericoloso. La relazione terapeutica può diventare un'attraente, ma nello stesso tempo, pericolosa piattaforma di lancio, che mette allo sbaraglio questi pazienti, perché rischiano di finire in situazioni per le quali non sono attrezzati. Durante il processo terapeutico oscillano tra *aprirsi vs chiudersi al terapeuta*, così come tra *dipendere vs liberarsi dal terapeuta*. Quando i pazienti si sentono al sicuro, si aprono al loro terapeuta, ma se quest'ultimo li sprona troppo verso l'autonomia, si distanziano, per esempio diminuendo la frequenza delle sedute o trincerandosi dietro argomenti triti o utilizzando strategie diversive. Anche quando il terapeuta diventa troppo direttivo e proattivo, i pazienti possono tenersi a distanza da lui nel timore di diventarne dipendenti. Analogamente, se la relazione terapeutica è percepita come eccessivamente protettiva, i clienti possono allontanarsi perché sentono il comportamento del terapeuta come limitante. Le loro aspettative di guadagnare indipendenza e autostima sono deluse.

L'ansia e la paura dei pazienti spesso inducono i terapeuti a posizionarsi in entrambi i poli della polarità *incoraggiare vs limitare*. Li incoraggiano ad esplorare ma, nello stesso tempo, li limitano per prevenire incauti passi in avanti che possono produrre rovinosi ritorni al punto di partenza. Alcuni movimenti relazionali tra paziente e terapeuta sono complementari e co-costruiti, i più frequenti sono *esplorare vs proteggere*, *spaventare vs rassicurare*, *disorientare vs guidare*, *allarmare vs calmare*. Quando i clienti esplorano, i loro terapeuti li proteggono dal rischio che cadano preda della loro paura e di conseguenza facciano dei passi indietro; se sono spaventati e allarmati, come spesso accade, il terapeuta tende a rassicurarli e a calmarli, così come tende a guidarli e ad aiutarli a ritrovare la strada perduta quando sono disorientati. A volte è il terapeuta che si posiziona in entrambi i poli delle polarità *spaventare vs rassicurare*, *disorientare vs guidare*. Le interpretazioni o le esperienze che propone possono rassicurare e guidare questi pazienti ma anche confonderli o, perfino, spaventarli.

3. La relazione terapeutica nella semantica della bontà: uno spazio per la redenzione o un contesto di complicità?

La semantica della bontà, caratteristica delle famiglie dove si sviluppano i disturbi ossessivo-compulsivi, è contraddistinta da due polarità principali: *bene (astinente) vs male* e *morto vs vivo*, alimentate dall'opposizione emotiva *disgusto vs piacere*. La polarità *morto vs vivo* conferisce un pathos drammatico a questa semantica, perché la vita è dalla parte del male. La bontà che troviamo in queste famiglie è astinente perché non è altro che assenza di male. Il conflitto tra bontà e cattiveria, che domina la conversazione in queste famiglie, è estraneo alla concezione di Agostino o di Tommaso d'Aquino, secondo cui il male è soltanto mancanza di bene. Al contrario, in questa semantica "le istanze vitali - sessualità, affermazione di sé, investimenti su persone e cose - sono il luogo in cui si esplica il male, mentre sacrificio, rinuncia e ascesi vengono identificati con il bene" (*ibidem*, p. 165). Inoltre, quando questa semantica prevale all'interno di una famiglia, gli episodi che mettono in gioco la deliberata volontà di fare il male, la ricerca di piaceri colpevoli, l'egoismo o, al contrario, l'innocenza, la purezza, il sacrificio e l'astinenza acquistano un ruolo centrale. Di conseguenza, i membri di queste famiglie si sentiranno e saranno considerati cattivi, egoisti, irresponsabili e immorali o, al contrario, buoni, sacrificali, controllati e responsabili.

Lavorando con persone con un disturbo ossessivo-compulsivo, cresciute dentro questo tipo di famiglie, il terapeuta può trovarsi nella posizione di essere pastore di un'anima travagliata o, al contrario, complice di comportamenti o desideri che i clienti considerano moralmente sbagliati. Questo è quello che Ugazio e Castelli (2015) sostengono:

la percezione sociale della psicoterapia come esperienza che tende a favorire la libertà di esprimere la sessualità, porta spesso i pazienti a posizionare il loro terapeuta nel polo vitale, ma proibito, di questa semantica. Il terapeuta, se non propriamente immorale, è quindi sospettato di essere permissivo. D'altro canto, la psicoterapia è considerata un'attività pro-sociale e vocazionale, con alti valori morali, scelta da persone più interessate al loro lavoro che al guadagno che da esso possono ricavare. Il terapeuta può perciò diventare un complice dei desideri proibiti del paziente, ma anche un giudice, sebbene spesso permissivo. (pp. 143-44)

Secondo la TPSF, i pazienti con un disturbo ossessivo-compulsivo sono in una posizione mediana rispetto alla principale polarità di questa semantica: vorrebbero essere buoni ma, sentendosi mortificati dall'astinenza, finiscono per esprimere desideri e impulsi che li fanno sentire cattivi ed esperire un'angoscia che li riporta nella posizione astinente di ritiro dalla vita. Incapaci di trovare una posizione accettabile entro uno dei due poli, oscillano tra bene e male (Ugazio, 1998, 2012, 2018). Questa dinamica li porta a percepire la relazione terapeutica come uno spazio confessionale, dove possono *assumersi le proprie responsabilità* e dichiarare le loro intenzioni e azioni che giudicano biasimevoli; oppure possono *manipolare e camuffare i fatti a loro vantaggio*, in modo tale da attribuire colpe e responsabilità ad altri. Possono anche *seguire in modo scrupoloso le regole del setting* ed esigere che il terapeuta faccia altrettanto, oppure possono provare a *trasgredirle o perlomeno piegarle a loro vantaggio*. Spesso questi pazienti richiedono trattamenti di favore rispetto al prezzo, ai tempi, alla durata delle sedute, oppure possono provare a coinvolgere il terapeuta in comportamenti e atteggiamenti seduttivi. Di conseguenza, i terapeuti sono messi nella posizione di dover severamente richiamare i pazienti al rispetto delle regole, oppure rischiano di diventare a loro volta trasgressori e complici dei loro pazienti. La relazione terapeutica può diventare uno spazio entro il quale questi pazienti danno sfogo alle loro emozioni, che solitamente reprimono nella vita di tutti i giorni. Il loro linguaggio può, a volte, diventare volgare sia in presenza di un terapeuta severo, che vogliono scandalizzare, sia con uno permissivo, che presumono compiacente. Questi pazienti possono anche, al contrario, reprimere le emozioni durante le sedute e opporre resistenza al lavoro terapeutico, costringendo il terapeuta ad ascoltare elucubrazioni ben distanti dalle emozioni e dalle questioni scottanti. Di conseguenza la conversazione terapeutica rischia di diventare verbosa e priva di significato.

4. La relazione terapeutica nella semantica del potere: un allenamento per diventare vincenti oppure una competizione simmetrica?

Due polarità distinte e interconnesse caratterizzano la semantica del potere, che domina la conversazione con i pazienti con i disturbi alimentari: *vincente vs perdente, determinato vs arrendevole*, alimentate da *vanto vs vergogna*, le due emozioni fondanti questa semantica.

Si è vincenti perché si è volitivi, determinati, efficienti, mentre si è perdenti perché si è passivi arrendevoli, in balia delle sopraffazioni degli altri. La bonarietà, l'accondiscendenza, l'accettazione della definizione che l'altro dà della relazione sono costruite entro queste famiglie come passività imbecille, inettitudine. (Ugazio, 2012, pp. 218-219)

Vincente vs perdente è una polarità peculiare rispetto alle altre perché "non è percepibile, neppure nel corso dell'esperienza immediata, come un tratto individuale. Essa si riferisce esclusivamente alla relazione. È l'esito di un confronto" (*ibidem*, p. 220). Poiché questa polarità è prettamente relazionale, le conferme e l'apprezzamento degli altri hanno un ruolo fondamentale nella definizione di sé. Tutti, entro questa semantica, sono selettivamente attenti al giudizio degli altri, all'apparenza sociale e ai criteri di riuscita sociale. Poiché il significato emerge dal confronto, i conflitti competitivi sono la norma e la battaglia per la definizione della relazione non ha mai fine. Il contenuto del conflitto è generalmente irrilevante; quello che conta è chi ha la meglio.

Questa semantica rende l'accettazione delle differenze e l'esteriorizzazione delle caratteristiche individuali problematiche. Le differenze tendono ad essere immediatamente colte ma solitamente generano paura perché non sono al servizio della cooperazione. "Al contrario, servono all'affermazione della propria

superiorità di contro agli altri membri del nucleo, alla prevaricazione, o sono un indizio del proprio scacco, della propria disfatta" (*ibidem*, p. 224).

La relazione terapeutica con i pazienti che appartengono a contesti dove questa semantica prevale è caratterizzata da movimenti relazionali come *adattarsi vs opporsi*, *perdere terreno vs guadagnare terreno*, *allearsi vs competere*. Solitamente, questi pazienti, quando iniziano la terapia, pensano di aver perso potere e si sentono perdenti. Vogliono quindi che il terapeuta faccia loro da allenatore per aiutarli a guadagnarsi una posizione vincente nella lotta per la definizione delle relazioni all'interno della propria famiglia. Tuttavia, essendo abituati a competere, la relazione terapeutica può facilmente assumere le caratteristiche di un confronto competitivo. Il risultato è che i pazienti considerano il terapeuta come un rivale contro cui ingaggiare una lotta di potere, anche perché di solito si sentono umiliati dall'asimmetria presente tra paziente e terapeuta. Ciononostante, questi pazienti possono allearsi con i terapeuti se si rendono conto che questa relazione permette loro di guadagnare una posizione migliore in famiglia o in altri contesti fondamentali per la propria identità. Momenti di alleanza si alternano, quindi, ad altri in cui la competizione prevale.

L'alleanza tra paziente e terapeuta è generalmente strategica in questa semantica: l'obiettivo fondamentale del paziente è conquistare una posizione, mai raggiunta prima, di superiorità nel proprio contesto familiare o di guadagnare nuovamente il predominio perduto. Come afferma Ugazio (2012) "il paziente è anche disposto ad accettare una relazione che, in quanto asimmetrica, gli è sgradita pur di conquistare un alleato [...]. Sfortunatamente, si tratta di un'alleanza molto diversa da quella che ricerca il terapeuta, perché è un'alleanza contro qualcun altro" (p. 313).

Tuttavia, per il terapeuta, questa posizione è più promettente rispetto a quella di rivale. I pazienti possono tenere testa al terapeuta, assumendo un ruolo attivo e proattivo nell'*hic et nunc* della conversazione terapeutica. Possono essere loro a introdurre autonomamente gli argomenti da discutere, a formulare ipotesi e domande, e a proporre in modo assertivo il proprio punto di vista. Talvolta i pazienti ribaltano completamente i ruoli prestabiliti, tentando di condurre la seduta e costringendo i loro terapeuti a riprendersi in maniera decisa il proprio ruolo. Questi pazienti possono anche assumere una posizione passiva e apparentemente condiscendente quando fronteggiano le domande del terapeuta, le sue ipotesi e proposte che percepiscono come pressanti e sopraffattorie. In questi casi l'opposizione è implicita, e il rischio è che la passività dei pazienti spinga il terapeuta ad assumersi una maggior *agency* nel vano tentativo di creare una collaborazione costruttiva. Il *setting* terapeutico e le sue regole sono spesso considerati come stratagemmi per enfatizzare l'asimmetria fra i ruoli di paziente e terapeuta; possono perciò provocare fastidio, irritazione e frustrazione. I pazienti generalmente li accettano, ma raramente di buon grado, spesso contestano il terapeuta chiedendogli spiegazioni e chiarimenti, a volte rifiutano di acconsentire alla videoregistrazione, o alla presenza di colleghi dietro lo specchio unidirezionale, oppure all'utilizzo delle sedute per motivi di ricerca o di insegnamento. Anche la polarità *sfidare vs umiliare* ha un ruolo importante nella relazione terapeutica. I pazienti possono aver paura di fare brutta figura con i loro terapeuti e, per proteggersi, possono cercare di sfidarli in vari modi, specialmente se vivono la loro stessa richiesta terapeutica come umiliante.

5. La relazione terapeutica nella semantica dell'appartenenza: un'oasi dove finalmente condividere o uno spazio illusorio?

Inclusione vs esclusione e *onore vs disonore* sono le polarità centrali della semantica dell'appartenenza, alimentata dall'opposizione emotiva *gioia vs rabbia*. La gioia solitamente appare quando le persone si sentono realmente coinvolte in una relazione intima, totalizzante o incluse in un gruppo. Al contrario, la rabbia compare quando le persone si sentono defraudate, usurate, tradite oppure ostracizzate. Quando rompono una relazione considerata vitale, oppure si sentono lasciate sole o abbandonate, possono cadere in preda alla disperazione. Essere inclusi in una coppia, in una famiglia, nei legami di sangue, nel lignaggio e nella comunità più ampia è per loro essenziale. Purtroppo, si sentono spesso escluse, marginalizzate dal partner, dalla famiglia o da altri gruppi.

L'espulsione dal gruppo, la mancanza di un'appartenenza familiare sono vissute dai membri di questi nuclei come un'onta irreparabile, mentre il bene più grande è essere radicati e onorati dentro i propri

gruppi di appartenenza, dalla famiglia alla comunità. Tuttavia, è spesso in nome della dignità che avvengono fratture definitive. L'onore è, quindi, in queste famiglie un valore altrettanto fondamentale quanto l'appartenenza. (*ibidem*, pp. 268-269)

Le persone entro questa semantica possono cadere in depressione e richiedere una terapia quando si sentono esclusi dai loro contesti di appartenenza, o se soffrono per un abbandono, oppure se loro stessi hanno rotto una relazione emotivamente importante. Il loro obiettivo è, solitamente, recuperare o salvaguardare questa inclusione. Tuttavia, la richiesta terapeutica può essere motivata dal desiderio dei pazienti di preservare o riacquistare la loro dignità minacciata dalla difficoltà di rompere un legame importante. In questi casi, credono che i partner li tradiscano, li considerino un peso o che comunque non li amino più. Vogliono quindi essere aiutati a superare la depressione e ad essere in grado di fare fronte alla rottura, sentita come dolorosa, ma indispensabile al fine di salvare il loro onore.

La relazione con il terapeuta oscilla tra essere un'oasi felice, dove è finalmente possibile condividere il proprio mondo con qualcuno, oppure un miraggio, un'illusione destinata ad essere amaramente delusa. *Condividere con il terapeuta vs rivendicare la propria unicità, creare una sorta di noi con il terapeuta vs isolarsi, investire vs destituire* sono le polarità semantiche messe frequentemente in atto dalle persone in cui domina questa semantica, così come *provocare vs riparare*.

Specialmente all'inizio del processo terapeutico, il terapeuta è spesso eletto a compagno ideale, capace di comprenderli come nessuna persona è mai stata in grado di fare. I pazienti idealizzano il loro terapeuta, il merito di ogni risultato positivo è attribuito interamente alle sue capacità professionali. Questa posizione è tanto prestigiosa quanto precaria: i pazienti possono bruscamente destituire il terapeuta, che si trasforma in un incompetente o perfino in un impostore. Passano facilmente dal condividere con il terapeuta il loro mondo emotivo, i loro pensieri e sentimenti, costruendo con lui una sorta di *noi*, al distaccarsi emotivamente da lui, rimarcando la propria unicità e l'incapacità delle persone, terapeuta incluso, di comprenderli. Perfino quando non sono delusi dal terapeuta, possono, a volte, mettere in atto comportamenti provocatori nella convinzione che la delusione è dietro l'angolo e non tarderà ad arrivare. Convinti della loro intrinseca negatività, coloro che sono depressi trovano difficile credere che possano superare la depressione e conquistarsi un'appartenenza degna, di conseguenza mettono, talvolta, in atto comportamenti distruttivi nei confronti di chi, come il terapeuta, potrebbe aiutarli. Sono tuttavia capaci di riparare la relazione con il terapeuta attribuendosi la responsabilità di ciò che non funziona nella relazione terapeutica.

Quando si sentono compresi seguono in modo entusiasta il lavoro terapeutico, portando ai loro terapeuti molto materiale clinico su cui lavorare. Per contro, se sono convinti che il terapeuta li abbia illusi con speranze utopistiche, gli attacchi possono essere diretti; i pazienti possono mettere in dubbio la professionalità del terapeuta, arrivando perfino ad offenderlo e a negare i miglioramenti raggiunti. L'obiettivo è distruggere il lavoro terapeutico e le speranze in esso riposte. Comportamenti come questi sono molto infrequenti, generalmente i pazienti entro questa semantica mantengono un atteggiamento rispettoso nei confronti del terapeuta per tutto il percorso terapeutico. Inoltre, se il processo terapeutico ha effetti proficui sulle loro vite, questi sono i pazienti che più esprimono gratitudine nei confronti del terapeuta.

6. Oggetto e obiettivi della ricerca

Scopo della ricerca è verificare se pazienti con disturbi differenti costruiscano la relazione terapeutica attraverso significati ascrivibili a quelli precedentemente menzionati. In particolare, vogliamo verificare se i significati ascrivibili alle semantiche della libertà, bontà, potere e appartenenza contraddistinguono la relazione terapeutica rispettivamente con i pazienti con disturbi fobici, ossessivo-compulsivi, alimentari, depressivi e bipolari. Se questa ipotesi risultasse verificata, l'idea che "non abbiamo un unico modo di costruire la relazione terapeutica ma tanti modi diversi quante sono le semantiche" (Ugazio, 2012, p. 303) riceverebbe un'importante conferma empirica.

Oggetto di questa ricerca sono "le opposizioni semantiche, inferite da come paziente e terapeuta posizionano se stessi nel qui ed ora della loro mutua interazione" (Ugazio & Castelli, 2015, p. 138). Chiamate polarità semantiche interattive (PSI), sono rintracciabili durante la seduta soprattutto attraverso *positioning* non verbali, grazie ai quali sia il paziente che il terapeuta costruiscono e danno significato alla relazione

terapeutica. Le PSI possono essere puramente interattive, prive quindi di contenuto verbale, anche se spesso la comunicazione verbale contribuisce alla loro definizione.

In accordo con la loro definizione operativa, le PSI possono essere identificate con le modalità relazionali, che insieme alle emozioni, alle definizioni di sé/altri e ai valori, costituiscono, secondo il Costruzionismo (Cronen, Johnson, & Lannamann, 1982; Harré, 1986; Harré & Van Langenhove, 1999), una dimensione fondamentale nella costruzione della realtà sociale. Ogni PSI è alimentata da emozioni specifiche, contribuisce alla definizione di sé e degli altri partner conversazionali, e spesso implica e costruisce valori.

La ricerca che qui presentiamo circoscrive a suo oggetto quelle PSI nelle quali i protagonisti - il paziente e la terapeuta, o entrambi - spesso allontanandosi dai loro ruoli ascritti, mettono in gioco, direttamente o implicitamente, la relazione terapeutica e i sentimenti e le emozioni che questa suscita. La relazione terapeutica, benché meno rigidamente definita rispetto ad altre relazioni professionali, ha una definizione sociale che guida le aspettative sia dei pazienti che dei terapeuti e restringe il campo delle loro possibili interazioni, limitando, durante lo scambio interattivo, l'espressione dei significati idiosincratici di entrambi i protagonisti. Per questo motivo la ricerca si focalizza su quelle PSI in cui almeno uno dei due protagonisti - implicitamente o esplicitamente - fa riferimento alla relazione terapeutica, allontanandosi dal proprio ruolo, o perlomeno interpretandolo in modo personale. Queste PSI¹⁰, proprio perché si allontanano dagli aspetti più convenzionali della relazione terapeutica strettamente connessi ai ruoli, sono le più rivelatrici dei significati idiosincratici sia dei pazienti che dei terapeuti.

7. Ipotesi

Le ipotesi avanzate sono:

- a) i pazienti sono i protagonisti principali delle PSI, mentre la terapeuta ha un ruolo secondario;
- b) operando un confronto all'interno di ciascun gruppo di pazienti con la stessa diagnosi, ci aspettiamo che i pazienti appartenenti ad ognuno dei quattro disturbi presi in considerazione costruiscano la relazione terapeutica con un numero maggiore di PSI, presumibilmente coerenti con il loro disturbo, rispetto alle PSI considerate caratteristiche degli altri disturbi;
- c) i pazienti di ciascun gruppo diagnostico costruiscono la relazione con il terapeuta utilizzando maggiormente le PSI considerate caratteristiche del loro disturbo rispetto ai pazienti degli altri gruppi diagnostici. Operando un confronto tra i quattro gruppi di pazienti con quattro disturbi diversi, ci aspettiamo pertanto che i clienti con disturbi fobici costruiscano la relazione terapeutica con PSI ascrivibili alla semantica della libertà in maniera significativamente maggiore rispetto agli altri gruppi diagnostici. Ci aspettiamo inoltre che la stessa tendenza caratterizzi i gruppi di pazienti con disturbi ossessivo-compulsivi, alimentari, depressivi e bipolari, per i quali ci aspettiamo una prevalenza di PSI rispettivamente ascrivibili alle semantiche della bontà, del potere e dell'appartenenza;
- d) inoltre, ci aspettiamo che il terapeuta, entrando in relazione con i pazienti di ciascun gruppo diagnostico (confronto intra-gruppo), esprima un numero significativamente maggiore di PSI coerenti con la semantica che consideriamo caratteristica del loro disturbo piuttosto che PSI caratteristiche di altri disturbi. Ci aspettiamo dunque che la terapeuta esprima principalmente con il gruppo dei pazienti fobici PSI caratteristiche della semantica della libertà piuttosto che PSI caratteristiche di altre semantiche. La stessa tendenza dovrebbe emergere anche con gli altri gruppi di pazienti (con disturbi ossessivo-compulsivi, alimentari, depressivi e bipolari);
- e) ci aspettiamo che anche il confronto tra gruppi diagnostici (confronto inter-gruppi) mostri che la terapeuta modifica in modo significativo le PSI a seconda della semantica dominante, aumentando sistematicamente le PSI della semantica che prevale entro ciascun gruppo. Di conseguenza, ci aspettiamo, per esempio, che la terapeuta, con il gruppo dei pazienti fobici, esprima maggiormente PSI caratteristiche della semantica della libertà piuttosto che con gli altri tre gruppi diagnostici. La stessa tendenza dovrebbe caratterizzare anche la relazione terapeutica con i pazienti con disturbi ossessivo-compulsivi, alimentari, depressivi e bipolari.

¹⁰ Esempi di queste PSI sono riportati nel paragrafo relativo alla codifica.

8. Metodo

8.1 Partecipanti

Questa ricerca è stata effettuata sulle prime due sedute individuali di 60 clienti^{11, 12} ($N=120$), condotte dalla prima autrice nell'*European Institute of Systemic-Relational Therapies* di Milano¹³. I partecipanti, di età compresa tra i 17 e i 70 anni ($M = 37.6$; $SD = 10.2$), vivevano, quando hanno effettuato la terapia, per la maggior parte nel Nord Italia e avevano un livello culturale e socioeconomico medio-alto. Sono stati divisi in cinque gruppi, ciascuno composto da 12 clienti, quattro dei quali formati da pazienti con psicopatologie che soddisfano i criteri per una diagnosi secondo il DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)¹⁴. Il primo è composto da pazienti (7M e 5F; età $M = 40.1$, $SD = 13$) con disturbi da panico e/o con agorafobia¹⁵; il secondo (8M e 4F; età $M = 37.7$, $SD = 8.4$) con disturbi ossessivo-compulsivi¹⁶; il terzo (2M e 10F; età $M = 35.3$, $SD = 9.3$) con disturbi alimentari¹⁷; il quarto (4M e 8F; età $M = 36$, $SD = 6.3$) con disturbi depressivi o bipolari¹⁸. L'ultimo è un gruppo di confronto, composto da clienti (7M e 5F; età $M = 38.6$, $SD = 11.5$) che hanno richiesto una psicoterapia per problemi di vita quotidiana (infedeltà, conflitti con il partner o con i figli, problemi lavorativi, etc.) e che non soddisfano i criteri per una diagnosi secondo il DSM-5 (*ibidem*).

8.2 Procedura

Quattro codificatori indipendenti¹⁹ hanno applicato la Semantic Grid of the Dyadic Therapeutic Relationship (SG-DTR; Ugazio & Castelli, 2015) a 120 sedute videoregistrate (le prime due sedute dei 60 partecipanti a questa ricerca).

La SG-DTR (vedi Figura 1) permette di identificare e codificare una variabile osservabile in seduta (*in session variable*), costituita dalle polarità semantiche interattive (PSI), in cui paziente e terapeuta si allontanano parzialmente o completamente dai loro ruoli ascritti o li interpretano in modo personale. Ogni PSI può essere formata da un solo attore - paziente o terapeuta - oppure da entrambi. In quest'ultimo caso la terapeuta può essere la protagonista del primo polo della PSI, mentre il paziente può essere il protagonista del secondo polo della stessa PSI, o viceversa. La versione della SG-DTR utilizzata nella presente ricerca semplifica l'originale, riducendo le tipologie di PSI individuabili da sei a quattro.

Abbiamo scelto di centrare l'analisi sulle prime due sedute perché l'influenza del terapeuta nella costruzione dei significati è minore in queste sedute di quanto accade nelle fasi successive del percorso terapeutico.

¹¹ 45 dei 60 partecipanti a questa ricerca sono stati inclusi in una ricerca precedente (Ugazio et al., 2015), che aveva l'obiettivo di analizzare la storia narrata (polarità semantiche narrate) rintracciabile nei trascritti delle prime due sedute. Quindici partecipanti sono stati sostituiti con altri perché la qualità delle videoregistrazioni non era sufficiente per permettere l'analisi delle polarità semantiche interattive (14 clienti) o per migliorare l'omogeneità del campione (un cliente). Tutte le analisi di questa ricerca sono nuove.

¹² Tutti i partecipanti si sono rivolti a Valeria Ugazio, nella sede di Milano dell'*European Institute of Systemic-Relational Therapies*, per effettuare una psicoterapia, 45 di essi tra gennaio 2000 e dicembre 2014, 15 tra gennaio 2015 e dicembre 2019. I clienti sono stati selezionati in base alla loro diagnosi. Tutti i partecipanti a questo studio hanno dato il loro consenso informato ad utilizzare, per motivi di ricerca, il materiale clinico riguardante le loro sedute registrate di psicoterapia. Il consenso informato garantisce ovviamente ai pazienti la piena libertà di dare o negare il permesso e protegge il loro diritto di mantenere l'anonimato.

¹³ La terapeuta è Valeria Ugazio, che ha condotto le psicoterapie presso la sede di Milano dell'*European Institute of Systemic-Relational Therapies* (www.eist.it), dove sono custodite le videoregistrazioni.

¹⁴ Il 70% delle diagnosi dei partecipanti è stato formulato da psichiatri, psicologi o psicoterapeuti che sono stati contattati in precedenza. Le restanti sono state formulate dagli autori di questa ricerca (fatta eccezione per il terzo autore). Tutte le diagnosi sono state formulate, riviste o aggiornate secondo il DSM-5 (APA, 2013).

¹⁵ Le diagnosi dei partecipanti di questo gruppo sono: disturbo da panico e agorafobia (300.01 [F41.0], 300.22 [F40.00]), (5 clienti); agorafobia senza disturbo da panico (300.22 [F40.00]), (2 clienti); disturbo da panico (300.01 [F41.0]), (5 clienti).

¹⁶ Tutti i partecipanti di questo gruppo hanno una diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo (300.3 [F42]).

¹⁷ Le diagnosi dei partecipanti di questo gruppo sono: anoressia nervosa, tipo restrittivo (307.1 [F50.01]), (1 cliente); anoressia nervosa, con condotte di eliminazione (307.1 [F50.02]), (4 clienti); bulimia nervosa (307.51 [F50.2]), (4 clienti); disturbo da *binge eating* (307.51 [F50.8]), (3 clienti).

¹⁸ Le diagnosi dei partecipanti di questo gruppo sono: disturbo bipolare I (296.42 [F31.12]), (1 cliente); disturbo bipolare II (296.89 [F31.81]), (2 clienti); disturbo depressivo maggiore con episodi severi ricorrenti (296.33 [F33.2]), (3 clienti); disturbo depressivo maggiore con episodi moderati ricorrenti (296.32 [F33.1]), (2 clienti); disturbo depressivo maggiore con episodi lievi ricorrenti (296.31 [F33.0]), (1 cliente); disturbo depressivo maggiore con un episodio lieve (296.21 [F32.0]), (3 clienti).

¹⁹ Sono Valeria Ugazio, Stella Guarnieri, Daniele Castelli e Marisa Pandolfi.

Inoltre, durante le prime sedute la relazione terapeutica gioca un ruolo fondamentale, tanto per il paziente quanto per il terapeuta. I pazienti sono chiaramente interessati al loro nuovo interlocutore, con il quale condivideranno aspetti molto intimi della loro vita, mentre i terapeuti sono particolarmente impegnati nella costruzione dell'alleanza terapeutica, essenziale per la terapia.

Fig. 1: The Semantic of the Dyadic Therapeutic Relationship

Semantica della Libertà			
COD.	PSI		COD.
	Chiudersi al terapeuta	↔ Aprirsi al terapeuta	
130	Allontanarsi Essere cauto	↔ Avvicinarsi Fidarsi	131
132	Incoraggiare Emanciparsi Liberarsi dal terapeuta	Limitare Affidarsi Dipendere	133
134	Esplorare Avventurarsi Correre rischi	Stare nella propria nicchia protettiva Salvaguardarsi	135
136	Spaventare Disorientare Allarmare	↔ Rassicurare Guidare Calmare	137
EMOZIONI E SENTIMENTI			
140	Coraggio	Paura	141
142	Disorientamento	Costrizione	143
Semantica della Bontà			
COD.	PSI		COD.
230	Seguire scrupolosamente le regole Adempiere ai propri doveri Astenersi dal fare richieste	Trasgredire Rivendicare diritti Approfittare	231
232	Dare un giudizio morale Disgustare Incolpare	Giustificare Sedurre Richiedere trattamenti preferenziali	233
234	Confessare Assumersi le proprie responsabilità Dichiarare i propri scopi (malvagi)	Rendere complice Fregarsene Manipolare i fatti	235
236	Trattenersi Reprimere le emozioni Intellettualizzare	Dare libero sfogo Usare un linguaggio volgare Scandalizzare	237
EMOZIONI E SENTIMENTI			
240	Innocenza	Colpa	241
242	Disgusto	Godimento	243

Semantica del Potere

COD.	PSI		COD.
	Adattarsi	Opporsi	
330	Sottomettersi al setting e alle sue regole Mettersi in questione	Rifiutare il setting e le sue regole Imporre il proprio punto di vista	331
	Ritirarsi	Tenere testa	
332	Perdere terreno Arrendersi	Guadagnare terreno Prevaricare	333
	Allearsi	Competere	
334	Valorizzare Ostentare	Sminuire Criticare	335
	Sfidare	Trattare con condiscendenza	
336	Fare bella figura Vantarsi	Fare brutta figura Umiliare	337
EMOZIONI E SENTIMENTI			
340	Vanto	Vergogna	341
342	Efficacia personale	Inadeguatezza	343

Semantica dell'Appartenenza

COD.	PSI		COD.
	Condividere con il terapeuta	Esprimere la propria unicità	
430	Coinvolgere (creando un noi) Eleggere	Isolare Destituire	431
	Rispettare/Esigere rispetto	Disonorare	
432	Idealizzare Onorare	Discreditar Insultare	433
	Riparare	Provocare	
434	Illudere Essere grato	Amareggiare Attaccare	435
	Entusiasmarsi	Distruggere	
436	Divertire Fornire materiale clinico	Cancellare Ignorare	437
EMOZIONI E SENTIMENTI			
440	Gioia	Rabbia	441
442	Allegria	Disperazione	443

Nota: Le principali polarità sono in grassetto. Ripreso con alcune modifiche da "The Semantics Grid of the Dyadic Therapeutic Relationship (SG-DTR)", di V. Ugazio & D. Castelli, 2015, *TPM – Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 22, pp. 143-44, 146, 148. Copyright 2017 by Cises srl.

8.3 Codifica

La SG-DTR identifica e codifica quattro tipi di PSI sulla base: a) della natura - implicita o esplicita - dell'opposizione semantica e del suo target (paziente o terapeuta); b) dei modi in cui i target entrano in gioco, cioè nel loro ruolo oppure come persone. Le quattro categorie di PSI sono operazionalizzate come qui di seguito descritto. Gli esempi forniti sono tratti dalle sedute analizzate per questa ricerca.

1. Il paziente e/o la terapeuta - protagonisti della PSI - entrano in gioco esplicitamente come persone o in nome del loro ruolo interpretato in modo personale. Anche il target, inteso qui come il partner

conversazionale al quale l'agente si riferisce, è esplicito. Di conseguenza, identificare il significato dell'opposizione semantica richiede uno sforzo inferenziale modesto.

Esempio a

Alla fine della prima seduta:

T: Allora, quando possiamo fissare il prossimo appuntamento? Le va bene mercoledì prossimo?

Cl: Veramente, io arrivo da lontano e per via del mio lavoro viaggio parecchio. Forse è meglio se ci vediamo ogni due o tre settimane, lei cosa ne pensa? Non credo che per me sia necessaria una terapia d'urto [...]

Alla fine della seconda seduta, poco prima di fissare l'appuntamento:

Cl: Vorrei dirle una cosa... Mi sono trovato veramente a mio agio con lei, anche mio cugino si era trovato bene, aveva risolto i suoi problemi in modo eccezionale, ma sa, ogni persona è diversa da un'altra. Ad essere sincero la conoscevo già un pochino grazie alle sue interviste su YouTube... ma dopo queste due sedute... con gli altri terapeuti ero cauto, mentre sento di potermi fidare ciecamente di lei.

Questa PSI è costruita da due *positioning*: uno alla fine del primo colloquio e un secondo al termine della seconda seduta. Il cliente è il protagonista, non si allontana dal suo ruolo ascritto, ma lo metacomunica in modo personale ("Non credo che per me sia necessaria una terapia d'urto"). Il significato della PSI è esplicito e non richiede alcuno sforzo inferenziale.

PSI: paziente nei confronti della terapeuta: *tenersi distante vs aprirsi alla terapeuta*.

Questa prima categoria di PSI include anche quelle in cui la terapeuta e il cliente si scambiano metamessaggi riguardanti la loro relazione.

Esempio b

Alla fine della seconda seduta:

T: Ho l'impressione di averla irritata durante questa seduta, in particolare quando le ho chiesto di mettersi nei panni di suo marito. Ho sbagliato?

Cl: [guardando la terapeuta con un'espressione irritata del volto] Ok, la richiamerò per prendere il prossimo appuntamento.

La cliente è chiaramente irritata, prende velocemente il cappotto e la borsa ed esce sbattendo la porta, lasciando la terapeuta da sola con l'agenda in mano.

La PSI è costruita da terapeuta e cliente. La terapeuta non si allontana dal suo ruolo ascritto, mentre la cliente lo fa, perlomeno parzialmente, rifiutandosi di esprimere i suoi sentimenti e lasciando bruscamente la seduta. I target sono espliciti. La terapeuta inizia la PSI metacomunicando sulle emozioni mostrate dalla paziente attraverso il comportamento non verbale e la cliente chiude la PSI in modo quasi completamente non verbale.

PSI: (terapeuta nei confronti della paziente) *mettersi in questione vs (paziente nei confronti della terapeuta) opporsi*.

2. Il paziente e/o la terapeuta entrano in gioco esplicitamente come persone o nei loro ruoli, interpretandoli in modo personale ma, diversamente dal primo tipo di PSI, l'opposizione e il suo significato sono principalmente impliciti.

Esempio c

Cl: Anche nell'ultimo incontro le volevo raccontare i miei sogni, penso che siano un po' delle premonizioni, perché quello che sogno solitamente poi accade, sfortunatamente... [fissando negli occhi la terapeuta] ma lei mi ha detto "no, parliamo di sua madre...." e nelle scorse tre settimane anziché andare meglio le cose sono un po' peggiorate, e ora, non so... mi sento molto male, non so più ...ho perso il conto delle volte che mi sono lavata le mani, di certo sono molte e poi... [toccandosi il petto e respirando intensamente due o tre volte] questa angoscia che non smette...

Mentre si mettono d'accordo per l'appuntamento successivo:

T: Le è possibile vederci alle diciotto?

Cl: Preferirei di no, perché è un po' tardi.

T: A che ora potrebbe arrivare qui? Perché, forse non ho capito bene, ma prima mi sembrava di aver capito che lei lavora fino alle diciassette e trenta?

Cl: Sì, esatto, ma credo proprio di avere il diritto di fissare le sedute durante il mio orario lavorativo. Mi sono anche dimenticata di dirle che ho bisogno di una diagnosi scritta, in cui sottolinea la gravità del mio disturbo... Non ho più i rituali come prima, però credo che potrebbero tornare in un batter d'occhio, anche domani mattina, perciò lei li metta nella diagnosi come se li avessi ancora, e inoltre dichiarare anche quanto i miei sintomi siano invalidanti per me.

Questa PSI è costruita solamente dalla paziente ed è esplicitamente diretta alla terapeuta. Il significato dell'opposizione semantica, invece, è implicito. La cliente dichiara che durante il periodo trascorso tra la prima e la seconda seduta è stata male, e collega il suo disagio al fatto che la terapeuta non le abbia consentito di parlare di quello che avrebbe voluto. Di conseguenza incolpa implicitamente la terapeuta. L'altro polo dell'opposizione consiste nella richiesta di complicità alla terapeuta, che dovrebbe aggravare la sua diagnosi in modo tale da permetterle di usufruire di vantaggi.

PSI: la paziente nei confronti della terapeuta: *incolpare vs rendere complice*.

3. L'opposizione e il suo significato sono espliciti, o perlomeno richiedono un basso grado di inferenzialità, mentre i target - terapeuta o paziente - di almeno un polo dell'opposizione entrano implicitamente in gioco (come persone, o in virtù dei propri ruoli). Questo è quello che succede, per esempio, quando il paziente racconta dei terapeuti precedenti, o delle sue esperienze con loro, in modo tale da definire la relazione con l'attuale terapeuta, che non viene menzionata esplicitamente.

Esempio d

All'inizio della prima seduta:

T: Ecco questa è la telecamera. L'abbiamo sempre utilizzata per le sedute familiari, ma abbiamo realizzato che è molto utile anche per quelle individuali. Grazie all'ausilio della telecamera, non devo prendere appunti mentre lei parla, ma nello stesso tempo sono tranquilla di non dimenticare niente... Ma forse questo *setting* le è già familiare perché, se ben ricordo, lei mi ha parlato nella nostra telefonata di sedute familiari che aveva fatto in passato... è corretto?

Cl: Sì, ho fatto una terapia familiare ma senza strumenti di registrazione...

T: Non c'era la videocamera?

Cl: [con un'enfasi esagerata] No, la dottoressa X non ne aveva bisogno, perché ricordava tutto alla perfezione, aveva una memoria eccezionale [con un mezzo sorriso]

T: [con tono dispiaciuto, come se non avesse colto il tono di sfida] Mi dispiace, io sfortunatamente ho proprio bisogno della telecamera. Le crea dei problemi? Se comunque le dà fastidio posso spegnerla...

Cl: No, la può usare, sono comunque a mio agio.

Entrambe, la paziente e la terapeuta, hanno costruito questa PSI, nella quale entrambe le protagoniste sono nei loro ruoli, ma la paziente mette in gioco la terapeuta come persona. Il target del primo polo dell'opposizione (la terapeuta) è implicito. Mentre il significato dell'opposizione semantica è esplicito: la terapeuta si adegua di fronte alla sfida della cliente, evitando un'interazione simmetrica.

PSI: (cliente nei confronti della terapeuta): *sfidare vs* (terapeuta nei confronti della cliente) *adeguarsi*.

4. L'opposizione semantica, così come il suo target - cliente o terapeuta - sono impliciti. Queste PSI richiedono uno sforzo inferenziale certamente più alto delle precedenti e devono essere maggiormente contestualizzate.

Esempio e

Dopo trenta minuti dall'inizio della prima seduta:

Cl: [scrutando la terapeuta, e con tono dolente] Trovo molto difficile trovare qualcuno che mi piace... sono una persona...

T: Esigente?

Cl: Non so, sono molto facile da approcciare, ma poi non sono capace di condividere... Mi piacciono le persone colte, con le quali posso discutere... ma ciò non significa che voglia la compagnia solo di persone raffinate. Non è quello che sto cercando, quello che voglio veramente è discutere e condividere con persone che mi capiscano, che abbiano interessi simili ai miei, che siano empatiche, che ti raccontino cose importanti... Persone con le quali ti senti... di essere ascoltata... non è facile trovare persone con le quali posso condividere qualcosa... forse sono io ad essere sbagliata, forse sono una persona difficile...

Alla fine della seduta:

T: Vuole fissare un altro appuntamento oppure preferisce pensarci e poi eventualmente chiamarmi?

Cl: No, voglio fissarlo adesso [sorridendo e con uno sguardo d'intesa] mi sembra proprio che ci siamo capite.

In questa PSI, che mette in gioco la relazione terapeutica, il target (la terapeuta) e l'opposizione semantica sono impliciti. Il comportamento non verbale è quello che conta, per esempio la cliente, mentre esprime la sua unicità, controlla la terapeuta per vedere la sua reazione, così come quando la elegge a sua curante, affermando: "ci siamo capite" con un caloroso sorriso e uno sguardo d'intesa.

PSI: Cliente nei confronti della terapeuta: *esprimere la propria unicità vs condividere con la terapeuta.*

Questi quattro tipi di PSI non sono esaustivi di tutte le PSI individuabili durante le sedute²⁰, ciò nonostante abbiamo deciso di codificare solo queste perché non richiedono uno sforzo inferenziale troppo alto e permettono quindi di raggiungere facilmente un accordo inter-giudice tra i codificatori.

Secondo la SG-DTR, la procedura di codifica consiste in due passaggi: il primo identifica le PSI, il secondo consiste nel codificare le PSI identificate. Qui di seguito riportiamo un esempio di una PSI codificata e classificata, così come appare nel foglio di codifica (vedi Figura 2).

Esempio f

Cl: Io vorrei tanto essere calmo; sono venuto da lei proprio per capire se è possibile... io non so proprio come, accidenti! Ma se ci fosse anche solo una possibilità... se lei potesse fare in modo che la mia mente reagisca in modo diverso. Se mi potesse insegnare a reagire in modo diverso, sarebbe meraviglioso, mi affiderei completamente a lei... non so se questo sia possibile, ma ormai mi rendo conto che non sono più nemmeno capace di godermi la mia famiglia.

Successivamente, dopo pochi turni conversazionali:

Cl: Mi sento come se le mie gambe avessero fatto uno sforzo fisico incredibile anche se non ho fatto niente, non riesco a stare fermo, a rilassarmi... mia suocera, che è una psicologa, ha provato a insegnarmi delle tecniche di rilassamento... Partendo dalla punta dei piedi salendo su... ecco io poi al massimo arrivo qui (indica le ginocchia) e non sono proprio capace di stare fermo, ho anche problemi a dormire, mi sento davvero... davvero male, e non so come uscirne.

²⁰ La GSF III (Ugazio, Guarnieri, & Sotgiu, 2018) permette un'analisi semantica interattiva dell'intera seduta terapeutica o di altre conversazioni videoregistrate, come ad esempio i film. I due strumenti possono essere usati congiuntamente. La SG-DTR identifica le PSI più significative, mentre la GSF III analizza l'intero scambio interattivo tra cliente e terapeuta. Inoltre, la GSF III può essere applicata anche a sedute di coppia e familiari.

Fig. 2: Esempio di una PSI codificata nel foglio di calcolo di Excel

Turno/ Tempo	Analisi Semantica	Agente	Target	Turno/ Tempo	Analisi Semantica	Agente	Target	Polo 1	Polo 2	Codice 1	Codice 2	Tipo di PSI
316	Il cliente posiziona la terapeuta come una possibile guida, che lo supporterà e guiderà lungo un sentiero che lo condurrà a stare meglio	1	2	332	L'eloquio del cliente è agitato, non riesce a stare fermo sulla sedia e continua a muoversi. Vuole essere rassicurato dalla terapeuta	1	2	Affidarsi al terapeuta	Allarmare	131	136	1

Nota: Agente, la persona che formula la PSI (1 = paziente, 2 = terapeuta); Target, a chi la PSI è rivolta (1 = paziente, 2 = terapeuta); Codice 1 e 2 (la prima cifra indica la semantica, 1 = libertà, 2 = bontà, 3 = potere, 4 = appartenenza, 5 = altre semantiche; la seconda cifra indica l'area semantica entro la quale paziente e terapeuta posizionano loro stessi, 1 = valori, 2 = definizioni di sé/altri/relazioni, 3 = modi di relazionarsi, 4 = emozioni e sentimenti; la terza cifra indica la connotazione del polo, se positiva (numeri pari) o negativa (numeri dispari); Tipi di PSI (1 = target esplicito e opposizione semantica esplicita, 2 = target esplicito e opposizione semantica implicita, 3 = target implicito e opposizione semantica esplicita, 4 = target implicito e opposizione semantica implicita).

8.4 Analisi dei dati

La prima ipotesi è stata verificata con un test binomiale sulle PSI formulate unicamente dai pazienti e su quelle formulate dai pazienti insieme alla loro terapeuta. La seconda e la quarta ipotesi sono state verificate attraverso il test del χ^2 ad una variabile applicato separatamente ai dati di ogni gruppo diagnostico. La seconda ipotesi è stata verificata sulle PSI espresse dai pazienti di ciascun gruppo diagnostico, mentre la quarta ipotesi sulle PSI che la terapeuta ha messo in atto in interazione con i pazienti di ciascun gruppo diagnostico. I residui standardizzati sono stati utilizzati per identificare le PSI per le quali le frequenze osservate erano significativamente diverse da quelle attese. La terza e la quinta ipotesi sono state verificate con modelli log-lineari gerarchici calcolati su tavole bivariate gruppo diagnostico x PSI riguardanti le semantiche espresse dai pazienti o dalla terapeuta. I parametri standardizzati dei modelli log-lineari gerarchici sono stati utilizzati per identificare le PSI per le quali le frequenze osservate erano significativamente diverse da quelle attese. La dimensione dell'effetto dei test del χ^2 e del test Y^2 , riguardanti i modelli log-lineari gerarchici, è stata valutata usando la V di Cramér (Cramér, 1946), $V = 0.05, 0.15, 0.25$ per dimensioni dell'effetto rispettivamente piccole, medie, e grandi (Cohen, 1988). Tutte le analisi sono state effettuate usando il software R (R Core Team, 2018).

Infine, il coefficiente di Pearson è stato utilizzato per verificare l'esistenza di una relazione tra il numero di PSI espresse dai pazienti e dalla terapeuta.

9. Risultati

Le PSI individuate nelle sedute analizzate ($N = 120$) sono in totale 1589; di queste, 1010 (63.56%) sono state formulate unicamente dai pazienti, mentre 579 (36.43%) sono state formulate congiuntamente dai pazienti e dalla loro terapeuta (i.e. un polo di queste PSI è espresso dal paziente, mentre l'altro dalla terapeuta); di queste PSI congiunte la terapeuta è protagonista del primo polo solo nel 5.21% dei casi. È, di conseguenza, chiaro che sono i clienti a mettere in atto il maggior numero di PSI (1010 vs 579; $z = 10.79, p < .001$). La prima ipotesi è quindi pienamente confermata.

I pazienti hanno prodotto, in media, 16.83 PSI per seduta ($DS = 10.37$; intervallo = 2-45), mentre le PSI congiunte paziente-terapeuta sono risultate in media 9.66 PSI per seduta ($DS = 6.07$; intervallo = 1-28). La variabilità delle PSI tra le sedute è alta, come è indicato dalla deviazione standard e dall'intervallo. Inoltre, paziente e terapeuta si influenzano reciprocamente rispetto al numero delle PSI. L'applicazione del

coefficiente di Pearson mostra una correlazione positiva ($r = .65$; $p < .01$) tra il numero delle PSI messe in atto solo dai pazienti e quelle congiunte.

Le PSI più frequenti sono quelle implicite: nel 64.31% delle PSI, l'opposizione semantica o il *target* sono impliciti (tipo 2 e 3), il 19% delle PSI sono, invece, implicite, cioè formulate a livello non verbale (tipo 4). Solo il 16.67% delle PSI sono completamente esplicite (tipo 1).

Un secondo codificatore indipendente ha codificato il 30% delle PSI di ogni seduta²¹. L'accordo inter-giudice, misurato con il K di Cohen, è risultato 0.71 ($p < 0.01$) per la fase di identificazione del primo polo delle PSI, 0.83 ($p < 0.001$) per l'identificazione del secondo polo di ogni PSI, e 0.89 ($p < 0.001$) per la classificazione delle PSI²².

9.1 La semantica dominante prevale all'interno di ciascun gruppo diagnostico?

La Tabella 1 mostra i risultati del test del χ^2 ad una variabile condotto per ogni gruppo diagnostico. Le PSI riguardanti le semantiche della libertà, bontà, potere, appartenenza e la categoria residuale *altre semantiche* non sono state utilizzate con la stessa frequenza dai quattro gruppi clinici. I pazienti hanno espresso le PSI caratteristiche del loro gruppo diagnostico in modo significativamente maggiore rispetto a quelle caratteristiche degli altri gruppi diagnostici. In particolare, le semantiche della libertà, bontà, potere e appartenenza sono risultate più frequenti, rispetto alle altre PSI, rispettivamente nei pazienti con disturbi fobici, ossessivo-compulsivi, alimentari, depressivi e bipolari. La seconda ipotesi è, quindi, pienamente verificata.

Tab. 1: Risultati del test del χ^2 ad una variabile effettuato su ogni gruppo diagnostico

Gruppo	N	χ^2	gl	V di Cramér	Residui standardizzati				
					Libertà	Bontà	Potere	Appartenenza	Altre semantiche
Fobici	192	333.157***	4	0.659	16.073***	-5.551***	-1.840	-5.551***	-3.131**
Ossessivo-c.	205	139.074***	4	0.412	-0.312	10.151***	-2.499*	-4.841***	-2.499*
Alimentari	235	572.468***	4	0.780	-4.084***	-6.272***	21.296***	-6.710***	-4.230***
Depressivi	179	205.441***	4	0.536	-3.476***	-5.315***	-1.805	12.568***	-1.972*

Nota. Gl = gradi di libertà; V di Cramér = 0.05, 0.15, 0.25, per dimensione dell'effetto rispettivamente piccolo, medio, e grande (Cohen, 1988); * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

9.2 Emergono differenze semantiche significative dal confronto dei gruppi diagnostici? La semantica dominante prevale in ogni gruppo?

La Tabella 2 mostra i risultati del modello log-lineare gerarchico calcolato su tavole bivariate gruppo diagnostico x PSI riguardanti le semantiche espresse dai pazienti. Pazienti con disturbi diversi non differiscono significativamente nel numero di PSI prodotte. La numerosità delle PSI ascrivibili a semantiche differenti risulta diversa: le più frequenti riguardano le semantiche del potere e della libertà, mentre le più infrequenti pertengono alle semantiche dell'appartenenza e della bontà. Il risultato più interessante del modello log-lineare gerarchico riguarda l'esistenza di una relazione significativa tra le PSI e i gruppi diagnostici dei pazienti. La semantica della libertà è prevalsa nei pazienti con disturbi fobici, la semantica del potere nei pazienti con disturbi alimentari e la semantica dell'appartenenza nei pazienti con disturbi depressivi e bipolari. La semantica della bontà è prevalsa nei pazienti con disturbi ossessivo-compulsivi e nel gruppo di confronto dei clienti con problemi di vita quotidiana. La terza ipotesi è pertanto verificata.

²¹ Le prime PSI di ogni seduta per metà delle sedute (60) e le ultime per la rimanente metà (60 sedute).

²² Stella Guarnieri, Daniele Castelli e Marisa Pandolfi hanno identificato il primo polo, mentre l'identificazione del secondo polo e la classificazione di ogni PSI sono state effettuate da Stella Guarnieri e Valeria Ugazio.

Tab. 2: Risultati del modello log-lineare gerarchico calcolati sulla tavola bivariata gruppo diagnostico x PSI, che riguardano le semantiche espresse dai clienti (N = 1010).

	χ^2	gl	<u>V di Cramér</u>	Parametri log-lineari standardizzati					
Gruppo	8.44	4	0.046	Fobici	Ossessivo-Compulsivi	Alimentari	Depressivi e Bipolari	Confronto	
				-1.659	4.016 ^{***}	-2.689 ^{**}	0.198	3.004 ^{**}	
PSI	200.28 ^{***}	4	0.223	Libertà	Bontà	Potere	Appartenenza	Altre semantiche	
				7.033 ^{***}	-3.677 ^{***}	9.606 ^{***}	-4.950 ^{***}	0.733	
Gruppo x PSI	904.15 ^{***}	16	0.473	Fobici	Ossessivo-Compulsivi	Alimentari	Depressivi e Bipolari	Confronto	
				Libertà	9.281 ^{***}	-2.663 ^{**}	-0.842	-4.789 ^{***}	0.765
				Bontà	-2.339 [*]	10.119 ^{***}	-1.426	-3.100 ^{**}	3.182 ^{**}
				Potere	-1.824	-6.318 ^{***}	9.292 ^{***}	-3.760 ^{***}	1.058
				<u>Appartenenza</u>	-1.011	-0.333	-2.248 [*]	11.440 ^{***}	-2.065 [*]
				Altre	0.397	-1.557	1.276	0.343	-1.112

Nota. Gl = gradi di libertà; V di Cramér = 0.05, 0.15, 0.25, per dimensione dell'effetto rispettivamente piccolo, medio, e grande (Cohen, 1988); *p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001.

9.3 La terapeuta si co-posiziona all'interno di ciascun gruppo diagnostico coerentemente con la semantica dominante di quel gruppo?

La Tabella 3 mostra i risultati del test del χ^2 ad una variabile riguardanti le PSI che la terapeuta ha espresso con i pazienti di ciascun gruppo diagnostico. Sia con i pazienti con disturbi fobici sia con quelli con disturbi ossessivo-compulsivi, la terapeuta ha espresso le semantiche riguardanti tutte e cinque le categorie (libertà, bontà, potere, appartenenza, altre semantiche). Al contrario, non ha espresso semantiche dell'appartenenza con clienti con disturbi alimentari, e non ha espresso semantiche della bontà con clienti con disturbi depressivi e bipolari. Perciò, il test del χ^2 relativo a questi due gruppi ha preso in considerazione solo le PSI riguardanti le quattro semantiche, tralasciando la categoria *altre semantiche*. La terapeuta non ha usato le PSI con la stessa frequenza né con i clienti con disturbo fobico, né con quelli con disturbo ossessivo-compulsivo, né con quelli con disturbo alimentare, né con quelli con disturbo depressivo o bipolare. La categoria *altre semantiche* è la più utilizzata dalla terapeuta con i clienti con disturbi fobici, ossessivo-compulsivi, depressivi e bipolari. La terapeuta, invece, con i clienti con disturbi alimentari ha espresso più frequentemente le *altre semantiche* e la semantica del potere, che è la semantica peculiare di questo gruppo diagnostico. La quarta ipotesi è, quindi, confermata solo per le interazioni tra la terapeuta e i pazienti con disturbi alimentari.

Tab. 3: Risultati del test del χ^2 ad una variabile riguardanti le PSI co-costruite dal terapeuta con i pazienti di ciascun gruppo diagnostico.

Gruppo	N	χ^2	gl	V di Cramér	Residui standardizzati				
					Libertà	Bontà	Potere	Appartene nza	Altre semantiche
Fobici	84	87.548***	4	0.510	1.269	-3.367***	-1.903	-3.611***	7.612***
Ossessivo-C.	131	71.787***	4	0.370	-1.602	1.915	-2.383*	-4.337***	6.408***
Alimentari	135	82.690***	3	0.452	-3.227**	-5.637***	3.658***	-	5.207***
Depressivi	95	76.495***	3	0.518	-2.821**	-	-1.180	-3.437***	7.438***

Nota. Le celle con la frequenza pari a 0 sono state cancellate; gl = gradi di libertà; V di Cramér = 0.05, 0.15, 0.25, per dimensione dell'effetto rispettivamente piccolo, medio, e grande (Cohen, 1988); *p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001.

9.4 Il confronto tra i gruppi rivela la tendenza della terapeuta ad adeguarsi alla semantica dominante del paziente?

La Tabella 4 mostra i risultati del modello log-lineare gerarchico calcolato su tavola bivariata gruppo diagnostico x PSI riguardanti le semantiche espresse dalla terapeuta. Le PSI a cui la terapeuta ha attivamente collaborato riguardano prevalentemente le semantiche della libertà, del potere e le *altre semantiche*. Inoltre, la terapeuta è stata più produttiva nell'interazione con i pazienti con disturbi ossessivo-compulsivi e con il gruppo di confronto. C'è una relazione significativa tra le PSI a cui la terapeuta ha contribuito e il gruppo diagnostico a cui i pazienti appartengono. L'analisi dei parametri log-lineari standardizzati mostra che la terapeuta contribuisce con maggior frequenza alle semantiche peculiari ai gruppi diagnostici a cui i pazienti appartengono. In particolare, la terapeuta ha espresso la semantica della libertà più frequentemente con i pazienti con disturbi fobici, la semantica del potere più frequentemente con i pazienti con disturbi alimentari, la semantica dell'appartenenza più frequentemente con i pazienti con disturbi depressivi e bipolari, e la semantica della bontà più frequentemente con i pazienti con disturbi ossessivo-compulsivi. In quest'ultimo gruppo diagnostico, oltre alla semantica della bontà, la terapeuta esprime frequentemente anche le *altre semantiche*. La quinta ipotesi è quindi confermata.

Tab. 4: Risultati del modello log-lineare gerarchico calcolati sulla tavola bivariata gruppo diagnostico x PSI, che riguardano le semantiche delle PSI a cui la terapeuta ha concorso (N = 579).

	χ^2	gl	V di Cramér	Parametri log-lineari standardizzati					
Gruppo	20.55***	4	0.093	Fobici	Ossessivo-Compulsivi	Alimentari	Depressivi e Bipolari	Confronto	
				-1.233	3.217**	-1.347	-1.412	3.626***	
PSI	363.64***	4	0.392	Libertà	Bontà	Potere	Appartenenza	Altre semantiche	
				2.657**	-3.595***	3.857***	-4.955***	14.087***	
Gruppo x PSI	121.16***	16	0.226	Fobici	Ossessivo-Compulsivi	Alimentari	Depressivi e Bipolari	Confronto	
				Libertà	2.037*	-1.820	0.788	-0.435	-0.972
				Bontà	0.022	5.242***	-1.091	-1.933	2.302*
				Potere	-1.968*	-3.485***	4.585***	0.884	-1.549
				Appartenen	0.090	-0.097	-1.513	2.999**	0.296
				Altre	0.062	-2.720**	1.559	1.392	-2.392*

Nota. Poiché c'erano due celle con la frequenza pari a 0, la costante .5 è stata aggiunta a tutte le celle della tabella (Dixon, 1992); gl = gradi di libertà; V di Cramér = 0.05, 0.15, 0.25, per dimensione dell'effetto rispettivamente piccolo, medio, e grande *p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.00.

10. Discussione e conclusione

Le ipotesi avanzate sono state complessivamente confermate.

Sono i pazienti ad essere protagonisti principali delle polarità semantiche interattive (PSI), oggetto della ricerca. La terapeuta ha un ruolo secondario, partecipa infatti al 36,43% delle PSI e di queste ne inizia soltanto il 5%. Nessuna delle PSI individuate è opera esclusiva della terapeuta. È un risultato che non sorprende visto che le PSI considerate nella ricerca sono movimenti relazionali che si discostano dagli aspetti convenzionali legati ai ruoli di paziente e terapeuta e che mettono in gioco la relazione terapeutica e le emozioni che essa suscita.

Come ipotizzato, i clienti con disturbi fobici, ossessivo-compulsivi, alimentari, depressivi e bipolari tendono a costruire la relazione terapeutica secondo PSI diverse e riconducibili rispettivamente alla semantica della libertà (clienti con disturbi dello spettro fobico), della bontà (clienti con disturbi ossessivo-compulsivi), del potere (clienti con disturbi alimentari) e dell'appartenenza (clienti con disturbi depressivi e bipolari).

Questo risultato è pienamente confermato sia dalle analisi intra-gruppo, cioè entro ciascun gruppo di pazienti con la stessa diagnosi, sia dalle analisi inter-gruppi, che confrontano i gruppi di pazienti con

differente diagnosi. Le PSI caratteristiche della semantica della libertà sono infatti significativamente più frequenti all'interno del gruppo di pazienti con disturbi fobici, rispetto alle PSI caratteristiche delle altre semantiche. Risultati del tutto analoghi sono emersi per gli altri tre gruppi diagnostici.

Inoltre, dal confronto fra i gruppi, è emerso che ciascun gruppo diagnostico presenta la semantica ritenuta caratteristica più di quanto accade negli altri gruppi diagnostici. In altre parole, la semantica della libertà è presente in misura significativamente superiore nel gruppo dei pazienti con disturbo fobico che negli altri tre gruppi diagnostici, la semantica della bontà è significativamente più presente nel gruppo dei pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo che negli altri tre gruppi diagnostici. Il medesimo *trend* caratterizza le semantiche del potere e dell'appartenenza, più frequenti, rispettivamente, nel gruppo clinico con disturbi alimentari e in quello con disturbi depressivi e bipolari che negli altri gruppi diagnostici.

Questo risultato fornisce una conferma empirica ulteriore ad una delle ipotesi centrali della Teoria delle Polarità Semantiche Familiari di Ugazio (1998, 2012, 2018). Nello stesso tempo offre un risultato empirico che convalida anche la linea di ricerca inaugurata da Guidano e collaboratori sulla connessione fra psicopatologia e significato (Guidano 1988, 1992; Guidano & Liotti, 1983). Un numero consistente di ricerche - alcune condotte da Ugazio e colleghi (2007, 2011, 2015, 2016), altre condotte da differenti ricercatori²³ - ha dimostrato che la storia narrata, cioè quella raccontata in terapia da pazienti con disturbi fobici, ossessivo-compulsivi, alimentari, depressivi e bipolari è prevalentemente ordita entro, rispettivamente, le semantiche della libertà, bontà, potere e appartenenza. Questa ricerca dimostra che anche la storia vissuta tra paziente e terapeuta nel qui ed ora della seduta - i cui significati sono costruiti prevalentemente a livello non verbale - è costruita in modo significativamente diverso dai pazienti con le quattro psicopatologie alla base di questa ricerca. La tesi della Teoria delle Polarità Semantiche Familiari, secondo cui ci sono tanti modi diversi di costruire la relazione terapeutica quanti il numero delle semantiche (Ugazio, 2012), è qui confermata. I clienti con disturbi di tipo fobico, ossessivo-compulsivo, alimentare, depressivo e bipolare costruiscono la relazione terapeutica con modalità assai diverse, coerenti rispettivamente con la semantica della libertà, della bontà, del potere e dell'appartenenza.

L'ipotesi che la terapeuta esprima (con ciascun dei quattro gruppi diagnostici) le PSI caratteristiche della semantica dominante di ciascun gruppo risulta confermata solo in parte. Dal confronto fra i gruppi diagnostici emerge che effettivamente la terapeuta esprime maggiormente la semantica della libertà con il gruppo dei soggetti con disturbo fobico rispetto agli altri tre gruppi diagnostici, la semantica della bontà con il gruppo dei clienti ossessivo-compulsivi rispetto agli altri tre gruppi diagnostici, la semantica del potere con i disturbi alimentari più che con gli altri gruppi diagnostici, e la semantica dell'appartenenza con il gruppo con i disturbi depressivi e bipolari più che con tutti gli altri tre gruppi.

Tuttavia, le analisi intra-gruppo mostrano che la terapeuta, con ciascun gruppo diagnostico, utilizza in modo significativamente più frequente le PSI classificate nella categoria residuale *altre semantiche*. Questo risultato è confermato per tre gruppi diagnostici su quattro, cioè per i gruppi dei pazienti con disturbi fobici, ossessivo-compulsivi e con disturbi depressivi e bipolari. Con il gruppo dei pazienti con disturbo alimentare la terapeuta esprime, invece, in modo prevalente la loro semantica dominante, cioè quella del potere. L'ipotesi inizialmente formulata risulta quindi pienamente confermata solo con il gruppo di pazienti con disturbo alimentare.

Se si prescinde da quest'ultimo gruppo, la terapeuta sembra con-porsi con i suoi pazienti prevalentemente attraverso PSI che non rientrano tra quelle tipiche di nessuna delle semantiche prese in esame, anche se con ciascun gruppo diagnostico usa maggiormente la semantica dominante di quel gruppo specifico rispetto alle altre semantiche caratteristiche degli altri gruppi. Questo risultato, sebbene non previsto dalle nostre ipotesi, è chiaro e plausibile. La terapeuta co-posiziona se stessa nella semantica dominante di ciascun gruppo diagnostico più frequentemente che con gli altri gruppi clinici. Introduce comunque, già nelle prime due sedute, nuove modalità interattive, i cui significati sono estranei alla semantica dominante del cliente.

La tendenza della terapeuta a introdurre modalità di con-porsi estranee alla semantica dominante in ciascun gruppo diagnostico può avere un'utilità terapeutica. Tende, infatti, ad interrompere l'eccessiva predominanza che la semantica caratteristica viene ad assumere con lo sviluppo della psicopatologia. È un processo inevitabile. Immaginate un contesto familiare dove predomina la semantica della libertà: il padre, un uomo curioso, amante dei viaggi, capace di parlare diverse lingue, sviluppa un'agorafobia accompagnata

²³ Vedere la nota numero sei.

da attacchi di panico che lo obbligano a chiedere alla moglie di accompagnarlo dovunque, persino in libreria. Una conseguenza inevitabile sarà che la semantica della libertà diventerà maggiormente dominante nella conversazione familiare. La moglie si accorgerà di quanto sia preziosa la sua capacità di guidare, di cavarsela da sola, e la disinvoltura con cui si muove nel mondo. Se non avesse queste capacità come potrebbe ora il marito appoggiarsi a lei? Si sentirà anche soffocata dalla dipendenza dell'uomo, e quindi sempre più desiderosa di riprendere la propria libertà. Il paziente, oltre a sperimentare, come non mai, paura e disorientamento, soffrirà enormemente per la sua incapacità di far fronte da solo alle sue necessità quotidiane, per la rinuncia ai viaggi e per la minaccia che la sua psicopatologia rappresenta per la sua carriera professionale. Naturalmente anche la figlia, assistendo a questo drammatico cambiamento, finirà con l'attribuire un'importanza crescente alla libertà e all'indipendenza e si posizionerà, quanto più possibile, nel polo valorizzato di questa semantica. È quanto è accaduto alla figlia di un paziente agorafobico della nostra ricerca, diventata una giornalista sempre in viaggio per il mondo. Altre volte proprio il veder vacillare un genitore, da sempre ritenuto un punto di riferimento, può innescare paure incontrollate o addirittura panico. Azzurra, un'altra partecipante della nostra ricerca, ricordava molto bene come il suo primo attacco di panico si fosse verificato in concomitanza con lo sviluppo da parte di suo padre di un'agorafobia: "ho sentito la terra mancarmi sotto i piedi, una brutta sensazione. Fino ad allora mio padre era la roccia a cui mi appoggiavo". Introducendo significati classificabili come *altre semantiche*, la terapeuta riduce il processo attraverso il quale la semantica dominante satura la conversazione. È un processo di regola amplificato dall'esordio sintomatico di un membro della famiglia ed è spesso all'origine dei processi di polarizzazione - che Bateson (1958) ha chiamato processi schismogenetici - il cui ruolo non è trascurabile nello sviluppo della psicopatologia e nel suo consolidarsi. D'altra parte, la terapeuta co-posizionandosi con ogni gruppo diagnostico nella semantica dominante in quel gruppo, con una frequenza superiore rispetto agli altri gruppi diagnostici, garantisce una sintonia interattiva che dovrebbe facilitare l'alleanza terapeutica.

Questo risultato, sebbene non previsto dalle nostre ipotesi, riflette un comportamento della terapeuta congruo con quanto suggerito dalla Teoria delle Polarità Semantiche Familiari che costituisce il *background* della ricerca. Afferma Ugazio (2018) che "una volta che l'alleanza terapeutica è costruita il terapeuta deve cercare di rendere salienti anche altre semantiche" (p. 320) sia ignorando quella critica, sia introducendo nuove emozioni e semantiche.

Il risultato inaspettato è che perfino nelle prime due sedute, quando l'obiettivo di costruire un'alleanza terapeutica dovrebbe avere la priorità, la terapeuta non si posiziona generalmente nella semantica dominante del cliente. Un comportamento di questo tipo tende a promuovere il processo di cambiamento che, secondo le psicoterapie sistemiche, è favorito dall'introduzione nella conversazione terapeutica di nuovi significati. D'altro canto, potrebbe rendere più difficile la costruzione dell'alleanza terapeutica e incrementare di conseguenza i *drop out*.

È interessante notare che, anche nella precedente ricerca di Ugazio e colleghi (2015) sulla storia narrata da paziente e terapeuta durante le prime due sedute, è emerso che la terapeuta esprime più dei pazienti la categoria residuale *altre semantiche*. In questa ricerca, tuttavia, la terapeuta risulta sintonizzarsi molto di più con la semantica dominante dei pazienti rispetto a quanto emerge da questa ricerca. Non sono emerse infatti, nella ricerca precedente, differenze significative fra pazienti e terapeuta nell'uso delle semantiche. È quindi probabile che la terapeuta affidi la costruzione dell'alleanza terapeutica maggiormente allo scambio semantico verbale. Adeguandosi in modo considerevole alla semantica dominante dei pazienti a livello di storia narrata, la terapeuta mette i clienti nella condizione di sentirsi capiti, mentre utilizza PSI che sono meno in sintonia con la loro semantica dominante.

Resta da spiegare perché la terapeuta esprima un comportamento diverso con il gruppo dei clienti con i disturbi alimentari. Le possibili interpretazioni di questo risultato sono, a nostro parere, due. La prima è che la semantica del potere, dominante nel gruppo di pazienti con disturbi alimentari, sia prevalente anche per la terapeuta. È un'ipotesi da non trascurare dal momento che questa ricerca riguarda significati espressi principalmente in modo non verbale, e quindi solo parzialmente controllabili a livello cosciente.

Una seconda ipotesi, altrettanto se non più legittima, riguarda il modo peculiare con cui i pazienti con disturbo alimentare tendono a con-porsi. Questi clienti vivono la relazione terapeutica come umiliante. Il fatto stesso di aver richiesto una terapia li fa sentire a disagio, perché si sentono sminuiti dalla loro stessa richiesta di aiuto. Per questo si sono spesso con-posti, più o meno esplicitamente, con la terapeuta in modo competitivo o oppositivo: criticando il *setting* o svalutando la professionalità della terapeuta, oppure

ribaltando i ruoli ascritti, cercando di conquistare il controllo della seduta. Dovendo, di conseguenza, fronteggiare modi di relazionarsi che mettono in questione il suo ruolo e le regole del *setting*, è difficile per la terapeuta non con-porsi nella semantica dominante di questi pazienti pur cercando di evitare ogni simmetria. Da un'analisi qualitativa di queste PSI emerge infatti che in genere la terapeuta si è con-posta con questo gruppo di clienti assumendo una posizione *one-down*. Precedentemente²⁴ abbiamo riportato un esempio di questo tipo di PSI in cui la paziente affetta da bulimia cronica dà il consenso alla videoregistrazione della seduta, ma sottolinea che la sua precedente terapeuta non ne aveva bisogno perché aveva una stupenda memoria. Il tono di voce, l'espressione con cui la paziente si rivolge alla terapeuta non lasciano dubbi: la cliente cerca di sfidare la terapeuta, che non sembra accorgersi della sfida e ribadisce in modo dimesso di aver bisogno dell'aiuto della registrazione, collocandosi così in posizione *one-down*. Sono numerose le PSI simili a questa. Ad esempio, una cliente, dopo essere arrivata alla prima seduta con un notevole ritardo, ribalta completamente i ruoli sottoponendo la terapeuta ad un tiro incrociato di domande sul *setting*, sull'orientamento della terapeuta, sulla sua esperienza e competenza. La terapeuta risponde pazientemente alle sue domande e le chiede anche se ha altri dubbi, richieste di chiarimento e così via fino a quando la paziente non sa più cosa chiederle. In altri casi, la terapeuta si è posta in posizioni meta-complementari, simili a quelle descritte da Haley (1963). Ad esempio, una paziente della nostra ricerca con un disturbo alimentare si è opposta, in modo del tutto inaspettato, alla terapeuta, che le stava facendo domande di routine sulla composizione della sua famiglia, affermando indignata che "queste sono informazioni private! Deciderò io se e quando fornirglielie". Per tutta risposta la terapeuta ha ringraziato la paziente e le ha chiesto di segnalarle subito, ogni qual volta le sembrasse che la terapeuta rischiasse inavvertitamente di diventare intrusiva. Altre volte quando queste pazienti assumevano, per lo più analogicamente, la conduzione della seduta cambiando repentinamente gli argomenti, imponendo le aree da esplorare, facendo esempi e narrazioni poco utili agli obiettivi della seduta, la terapeuta riprendeva il controllo della seduta, riaffermando per lo più non verbalmente il proprio ruolo di guida della conversazione. Questi esempi dimostrano quanto è difficile per la terapeuta non con-porsi nella semantica del potere quando le PSI dei pazienti mettono in discussione il suo ruolo, sebbene non sia tuttavia impossibile. Come è emerso dall'analisi qualitativa, spesso la terapeuta si tratteneva e si limitava a lasciar cadere le diverse proposte interattive, come se non le avesse sentite; in questi casi la PSI veniva *chiusa* dalla paziente stessa attraverso un posizionamento di segno opposto, oppure il posizionamento non dava luogo ad una PSI non trovando il proprio opposto nella conversazione.

Nonostante i risultati siano molto chiari, la ricerca presenta vari limiti. Tutte le sedute sono state condotte dalla stessa psicoterapeuta, che è anche l'autrice della Teoria delle Polarità Semantiche (Ugazio, 1998, 2012, 2018). Questo è senza dubbio il limite principale, perché mette in discussione la possibilità di generalizzare i risultati, anche se azzera la variabilità dovuta ai diversi stili di conduzione, all'esperienza e alle caratteristiche personali del terapeuta. Un altro limite è dato dal modesto numero di partecipanti. Si tratta tuttavia di casi tutti prototipici: nessuno dei pazienti aveva sintomi riconducibili ad altri disturbi psicopatologici e tutti presentavano, al momento delle sedute, una sintomatologia tipica del disturbo di ciascun gruppo diagnostico.

La scelta di analizzare le PSI in cui il paziente, o il terapeuta, o entrambi - implicitamente o esplicitamente - si riferiscono alla relazione terapeutica, allontanandosi dai loro ruoli, o perlomeno interpretandoli in modo personale, può essere considerato un altro limite: non permette infatti di catturare a pieno la complessità dell'interazione in corso. Riteniamo tuttavia che questa scelta metodologica, alla base della ricerca e dello strumento che abbiamo utilizzato (Ugazio & Castelli, 2015), presenti alcuni vantaggi rilevanti. Prima di tutto ci ha consentito di focalizzare l'attenzione soprattutto sulle modalità relazionali dei pazienti. Come abbiamo già detto, i protagonisti principali della maggior parte delle PSI sono i pazienti. La terapeuta, come per altro consono al suo ruolo, non si è allontanata, se non eccezionalmente, dalle regole predefinite del *setting*, e ha preso parte a queste PSI come attore secondario. Inoltre, questa scelta ci ha permesso di ottenere un'attendibilità soddisfacente sia nell'individuazione delle PSI che nella loro classificazione. Se non avessimo adottato un criterio di selezione restrittivo come la violazione, implicita o esplicita, delle regole del *setting*, avremmo presumibilmente raggiunto un accordo inter-giudice molto più basso di quello ottenuto, poiché le PSI sono prevalentemente non verbali, e di conseguenza altamente inferenziali. La replicabilità dei risultati

²⁴ Vedere l'esempio d.

sarebbe stata conseguentemente compromessa e l'analisi semantica avrebbe richiesto un tempo tale da scoraggiare eventuali repliche.

È auspicabile che la ricerca sia replicata con un numero maggiore di sedute, condotte da più terapeuti con approcci diversi. Esempi di applicazione di questa analisi semantica a sedute condotte da terapeuti estranei alla Teoria delle Polarità Semantiche sono già stati pubblicati, ma riguardano casi singoli (Ugazio & Fellin, 2016; Ugazio & Guarnieri, 2018). Inoltre, una più approfondita analisi dei diversi modi di costruire la relazione terapeutica dei pazienti con disturbi fobici, ossessivo-compulsivi, alimentari, depressivi e bipolari richiederebbe l'applicazione all'intero processo terapeutico del metodo qui proposto. Riteniamo che, pur con questi limiti, la ricerca apra una nuova prospettiva di indagine sulla relazione terapeutica e presenti l'applicazione di un metodo che può essere utilizzato anche dai clinici, soprattutto quando nel corso di una terapia si trovano a dover fronteggiare momenti di impasse. Applicando questo metodo, gli psicoterapeuti possono comprendere meglio la posizione dei pazienti verso di loro, ma anche la posizione che loro stessi stanno assumendo nei confronti dei pazienti. I terapeuti finiscono spesso inconsapevolmente per con-porsi nella semantica del cliente o per utilizzare modalità relazionali che derivano dalla propria esperienza, cosa che non sempre è utile al processo terapeutico. Comprendere meglio la nostra posizione, oltre che quella dei pazienti, ci offre la possibilità di risolvere possibili impasse e di evitare fratture e crisi nella relazione terapeutica.

Ringraziamenti

Ringraziamo l'European Institute of Systemic-Relational Therapies (www.eist.it) di Milano per averci concesso di accedere alle sedute videoregistrate e a tutto il materiale relativo ai casi clinici analizzati.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842-852. doi:10.1037/0022-006X.75.6.842
- Bateson, G. (1958). *Naven, a Survey of the Problems Suggested by a Composite Picture of the Culture of a New Guinea Tribe Drawn from Three Points of View* (2nd ed.). Stanford, CA: Stanford University Press.
- Bedics, J. D., Atkins, D. C., Harned, M. S., & Linehan, M. M. (2015). The therapeutic alliance as a predictor of outcome in dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy by experts for borderline personality disorder. *Psychotherapy*, 52, 67-77. doi:10.1037/a0038457
- Carroll, L. (1971). *Le avventure di Alice nel paese delle meraviglie*. (M. d'Amico, Trad.). Milano: Longanesi. (Opera originale pubblicata 1865).
- Castiglioni, M., Faccio, E., Veronese, G., & Bell, C. R. (2013). The semantics of power among people with eating disorders. *Journal of Constructivist Psychology*, 26, 62-76. doi:10.1080/10720537.2013.740263
- Castiglioni, M., Pepe, A., Gandino, G., & Veronese, G. (2013). Self-other positioning in obesity: A pilot study using repertory grid technique. *The Open Psychology Journal*, 6, 61-68. doi:10.2174/1874350101306010061
- Castiglioni, M., Veronese, G., Pepe, A., & Villegas, M. (2014). The semantics of freedom in agoraphobic patients: An empirical study. *Journal of Constructivist Psychology*, 27, 120-136. doi:10.1080/10720537.2013.806874
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cramér, H. (1946). *Mathematical methods of statistics*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Cronen, V. E., Johnson, K., & Lannamann, M. (1982). Paradoxes, double binds and reflexive loops: An alternative theoretical perspective. *Family Process*, 21, 91-112. doi:10.1111/j.1545-5300.1982.00091.x
- Del Re, A. C., Flückinger, C., Horvath, A. O., Symonds D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 642-649. doi:10.1016/j.cpr.2012.07.002
- Dixon, W. J. (1992). *BMDP Statistical software manual* (vol. 2). Berkeley, CA: University of California Press.
- Faccio, E., Belloni, E., & Castelnovo, G. (2012). The power of semantics in self and the repertory grid representations: A comparison between obese and normal-weight adult women. *Frontiers in Psychology*, 3, 1-7. doi:10.3389/fpsyg.2012.00517
- Faccio, E., Belloni, E., Cipolletta, S., Iudici, A., Castiglioni, M., & Mannarini, S. (2016). The power of weight and the weight of power in adolescence: A comparison between young and adult women. *Journal of Family Studies*, 22, 1-15. doi:10.1080/13229400.2016.118766

- Flückinger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10–17. doi:10.1037/a0025749
- Flückinger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. doi:10.1037/pst0000172
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Horvath, A. O., Heatherington, L., Cabero, A., & Martens, M. P. (2006). System for observing family therapy alliances: A tool for research and practice. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 214–225. doi.org/10.1037/0022-0167.53.2.214
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research and practice*. New York, NY: Wiley.
- Graves, T. A., Tabri, N., Thompson-Brenner, H., Franko, D. L., Eddy, K. T., Bourion-Bedes, S., & Thomas, J. J. (2017). A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50, 323–340. doi:10.1002/eat.22672
- Guidano, V. F. (1988). *La complessità del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Guidano, V. F. (1992). *Il Sé nel suo divenire. Verso una terapia cognitiva post-razionalistica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York, NY: Guilford.
- Haley, J. (1963). *Le strategie della psicoterapia*. Firenze: Sansoni 1974.
- Harré, R. (1986). *The social construction of emotions*. New York, NY: Basil Blackwell.
- Harré, R., & Van Langenhove, L. (1999). *Positioning theory: Moral context of intentional action*. Oxford, UK: Blackwell Publishers.
- Hatcher, R. L. (2010). Alliance theory and measurement. In J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance. An evidence-based guide to practice* (pp. 7–28). New York, NY: Guilford Press.
- Horvath, A. O. (2017). Research on the alliance: Knowledge in search of a theory. *Psychotherapy Research*, 28, 499–516. doi:10.1080/10503307.2017.1373204
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückinger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. doi:10.1037/a0022186
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs* (vol. 1-2). New York, NY: Norton.
- Marmar, C. R., Horowitz, M. J., Weiss, D. S., & Marziali, E. (1986). The development of the therapeutic alliance rating system. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 367–390). New York, NY: Guilford Press.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (pp. 3–21). New York, NY: Oxford University Press. doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0001
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationship that work III. *Psychotherapy*, 55, 303–315. doi:10.1037/pst0000193

- Procter, H. G. (1981). Family construct psychology. An approach to understanding and treating families. In S. Walrond-Skinner (Ed.), *Developments in family therapy* (pp. 350-356). London, UK: Routledge.
- Procter, H. G., & Ugazio, V. (2017). Family constructs and semantic polarities: a convergent perspective? In D. Winter, P. Cummins, H. G. Procter & N. Reed (Eds.), *Personal construct Psychology at 60: Papers from the 21st International Congress* (pp. 68-89). Newcastle upon Tyne, UK: Cambridge Scholars.
- R Core Team (2018). R: A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna. <https://www.R-project.org>
- Ribeiro, E., Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Horvath, A. O., & Stiles, W. B. (2013). How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86, 294-314. doi:10.1111/j.2044-8341.2012.02066.x
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415. doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x
- Safran, J. D. (1993). Breaches in the therapeutic alliance: An arena for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy*, 30, 11-24. doi:10.1037/0033-3204.30.1.11
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 447-458. doi:10.1037/0022-006X.64.3.447
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. New York, NY: Guilford.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 286-291. doi:10.1037/0033-3204.43.3.286
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87. doi:10.1037/a0022140
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 38(4), 406-412. doi:10.1037/0033-3204.38.4.406
- Samstag, L. W., & Muran, J. C. (2019). Ruptures, repairs, and reflections: Contributions of Jeremy Safran. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome* 2019, 22, 7-14. doi:10.4081/ripppo.2019.376
- Sutherland, O., & Strong, T. (2011). Therapeutic collaboration: A conversation analysis of constructionist therapy. *Journal of Family Therapy*, 33, 256-278. doi:10.1111/j.1467-6427.2010.00500.x
- Ugazio, V. (1998). *Storie permesse, storie proibite: Polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Ugazio, V. (2012). *Storie permesse, storie proibite: Polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Seconda edizione ampliata, aggiornata e rivista. Torino: Bollati Boringhieri.
- Ugazio, V. (2018). *Storie permesse, storie proibite: Polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Terza edizione ampliata, aggiornata e rivista con glossario dei termini specifici e una bibliografia ragionata 1991-2018. 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, 135-159. doi:10.4473/TPM22.1.8

Ugazio, V., & Fellin, L. (2016). Family semantic polarities and positionings. A semantic analysis. In M. Borcsa & P. Rober (Eds.), *Research perspectives in couple therapy: Discursive qualitative methods* (pp. 125-148). Cham, Switzerland: Springer International Publishing. doi:10.1007/978-3-319-23306-2_9

Ugazio, V., & Guarnieri, S. (2018). A couple in love entangled in enigmatic episodes: A semantic analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 44(3), 438-457. doi:10.1111/jmft12321

Ugazio, V., Guarnieri, S., & Sotgiu, I. (2018). The Family Semantic Grid (FSG) III. Interactive semantic polarities in couples and families. *TPM. Testing, Psychometrics and Methodology in Applied Psychology*, 25(3), 327-368. doi:10.4473/TPM25.3.2

Ugazio, V., Negri, A., & Fellin, L. (2011). Significato e psicopatologia: La semantica dei disturbi fobici, ossessivi, alimentari, e depressivi. In *Quaderni di Psicologia Clinica*, 2 (pp. 69-100). 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*, 28, 293-315. doi:10.1080/10720537.2014.951109

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*, 1 (pp. 103-133). Bergamo: Bergamo University Press.

Veronese, G., Procaccia, R., Romaioli, D., Barola, G., & Castiglioni, M. (2013). Psychopathological organizations and attachment styles in patients with fear of flying: A case study. *The Open Psychology Journal*, 6, 20-27. doi:10.2174/1874350101306010020

Note sugli autori

Valeria Ugazio

European Institute of Systemic-relational Therapies, Milano e Dipartimento di Scienze Umane e Sociali, Università di Bergamo.

valeriaugazio@eist.it

PhD, psicologa e psicoterapeuta, è direttrice scientifica dell'European Institute of Systemic-relational Therapies di Milano. Ha insegnato, come professore ordinario, in diverse università italiane, tra cui l'Università Ca' Foscari di Venezia, Bicocca di Milano, statale di Torino e di Bergamo. Ha sviluppato la teoria delle polarità semantiche familiari.

Stella Guarnieri

Dipartimento di Scienze Umane e Sociali, Università di Bergamo.

stella.guarnieri@unibg.it

PhD, psicologa e psicoterapeuta, è assegnista presso l'Università degli Studi di Bergamo e ricercatrice presso l'European Institute of Systemic-relational Therapies di Milano.

Pasquale Anselmi

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata, Università di Padova.

pasquale.anselmi@unipd.it

PhD, psicologo, è ricercatore RTD-b presso l'Università di Padova dove insegna Psicometria, Test per le Organizzazioni e Metodologia della Ricerca in ambito Clinico.

Daniele Castelli

Dipartimento di Scienze Umane e Sociali, Università di Bergamo.

daniele.castelli@studiotangram.org

PhD, psicologo e psicoterapeuta, è libero professionista. Svolge inoltre attività psicoterapeutica per il consultorio familiare e la Comunità terapeutica per minori "La Nuvola" di Orzinuovi (BS).

Marisa Pandolfi

Dipartimento di Scienze Umane e Sociali, Università di Bergamo.

marisapandolfi@me.com

PhD, psicologa e psicoterapeuta, è libera professionista. Svolge inoltre attività psicoterapeutica presso il Consultorio Familiare di Orzinuovi e Lograto "La Nuvola" (BS). Si occupa di Politiche Attive del Lavoro presso Fondazione Et Labora di Bergamo, dove svolge attività di ricerca e selezione del personale.