

AVVISO DELLA REDAZIONE AGLI AUTORI

EDITORIALE

Cosa valutare? come? e perché?
What to evaluate? How? And Why?
di Santo Di Nuovo

SEGNAVIA

L'antinomia relazione/procedure e l'integrazione tra le psicoterapie
The antinomia Relationship/Procedures and psychotherapy integration
di Giorgio G. Alberti

RICERCA EURISTICA

Una metodologia di analisi del processo psicoterapeutico: RIFLUD (Rilevatore dei flussi discorsivi)
A method for analyzing the psychotherapy process: RIFLUD (discourse flow detector)
di Massimo Grasso, Sergio Salvatore, Antonella Guido

PSICOTERAPIA NELLE ISTITUZIONI

Quali strumenti di valutazione su misura per le psicosi? potenzialità e limiti del modello di W. Bucci
Which evaluation tools tailored for psychoses? Potential and limitations of the W.Bucci model
di Marta Vigorelli, Riccardo M. Scognamiglio, Mariangela Villa, Danilo Corona, Sergio Traini, Elisa Fogliato, Hans Schadee

LAVORI IN CORSO

La trasmissione intergenerazionale del trauma della shoà: uno studio condotto con l'adult attachment interview
Intergenerational transmission of the trauma of Shoà: a study conducted by the Adult Attachment Interview
di Giorgio Caviglia, Barbara Fiocco, Nino Dazzi

ISSN



RICERCA IN PSICOTERAPIA

Rivista della Sezione Italiana della
Society for Psychotherapy Research

Cited in PsycINFO and EMBASE Database

RICERCA IN PSICOTERAPIA - Volume 7 Numero 1 Gennaio - Aprile 2004

Volume 7 Numero 1 Gennaio - Aprile 2004

S^PR
Italia

RICERCA IN PSICOTERAPIA

Rivista quadrimestrale della SPR-Italia Sezione italiana della
Society for Psychotherapy Research

Direttore responsabile:

Salvatore Freni

Comitato scientifico:

Gherardo Amadei (Milano)
Massimo Ammaniti (Roma)
Antonio Andreoli (Ginevra)
Alessandro Antonietti (Milano)
Paolo Azzone (Milano)
Wilma Bucci (New York)
Antonio Carcione (Roma)
Italo Carta (Monza)
Giorgio Caviglia (Roma)
John F. Clarkin (New York)
Reiner W. Dahlbender (Ulm)
Nino Dazzi (Roma)
Alessandra De Coro (Roma)
Enrico De Vito (Milano)
Santo Di Nuovo (Catania)
Rita Fioravanzo (Milano)
Horst Kächele (Ulm)

Hans Kordy (Stoccarda)
Giovanni Liotti (Roma)
Adriana Lis (Padova)
Lester Luborsky (Filadelfia)
Cinzia Masserini (Milano)
Erhard Mergenthaler (Ulm)
Paolo Migone (Parma)
Sergio Muscetta (Roma)
Corrado Pontalti (Roma)
Marco Sambin (Padova)
Carlo Saraceni (Roma)
Sandra Sassaroli (Milano)
Andrea Seganti (Roma)
Antonio Semerari (Roma)
Roberta Siani (Verona)
Orazio Siciliani (Verona)
Silvio Stella (Milano)
Michael Stigler (Losanna)

Comitato di Redazione:

Paolo Azzone
Etrusca Centenero
Antonello Colli
Emilio Fava (coordinatore)
Enzo Leone

Cinzia Masserini
Veronica Meletti
Chiara Morandi
Giuseppe Niccolò
Francesco Noseda
Igor Pontalti

Indirizzo per corrispondenza:

Prof. Salvatore Freni
"Unità di Psichiatria Dinamica e Psico-
terapia"
Via Ippocrate 45 – 20161 Milano
Tel. 02 6444. 5194/5196 – fax 02
6444.5222
E-mail: Psicoterapia@unimi.it

SOMMARIO

AVVISO DELLA REDAZIONE AGLI AUTORI

EDITORIALE

Cosa valutare? come? e perché?

What to evaluate? How? And Why?

di Santo Di Nuovo

SEGNAVIA

L'antinomia relazione/procedure e l'integrazione tra le psicoterapie

The antinomia Relationship/Procedures and psychotherapy integration

di Giorgio G. Alberti

RICERCA EURISTICA

Una metodologia di analisi del processo psicoterapeutico: RIFLUD (Rilevatore dei flussi discorsivi)

A method for analyzing the psychotherapy process: RIFLUD (discourse flow detector)

di Massimo Grasso, Sergio Salvatore, Antonella Guido

PSICOTERAPIA NELLE ISTITUZIONI

Quali strumenti di valutazione su misura per le psicosi? potenzialità e limiti del modello di W. Bucci

Which evaluation tools tailored for psychoses? Potential and limitations of the W.Bucci model

di Marta Vigorelli, Riccardo M. Scognamiglio, Mariangela Villa, Danilo Corona, Sergio Traini, Elisa Fogliato, Hans Schadee

LAVORI IN CORSO

La trasmissione intergenerazionale del trauma della shoà: uno studio condotto con l'adult attachment interview

Intergenerational transmission of the trauma of Shoà: a study conducted by the Adult Attachment Interview

di Giorgio Caviglia, Barbara Fiocco, Nino Dazzi



AVVISO DELLA REDAZIONE AGLI AUTORI

Dal presente numero, le norme redazionali sono state modificate:
gli articoli devono possedere il titolo in Italiano ed il **titolo** in Inglese, le parole chiave in Italiano e le **key words** in Inglese.

Le suddette modifiche sono state richieste dai due database internazionali che citano la Rivista.

Per gli articoli già pervenuti in Redazione entro luglio 2004, la traduzione del titolo verrà effettuata dalla Redazione della Rivista.



COSA VALUTARE? COME? E PERCHÉ?

WHAT TO EVALUATE? HOW? AND WHY?

*di Santo Di Nuovo
Università di Catania*

Le tre domande che costituiscono il titolo del contributo riassumono gli aspetti critici della valutazione in generale, e in particolare della valutazione della psicoterapia, che è oggetto centrale della nostra Rivista e della Società scientifica di cui essa è espressione.

Cosa valutare: si può mirare all'*outcome* del trattamento, quindi alla sua efficacia, oppure al modo di funzionare e all'efficienza del *processo* terapeutico. Nel primo caso oggetto della valutazione saranno i tratti di personalità, i 'problemi' di cui il cliente (individuo, famiglia, gruppo) è portatore, da osservare prima e dopo il trattamento; nel secondo il monitoraggio continuo o periodico di ciò che avviene durante la terapia, nell'interazione fra cliente e terapeuta.

Lo specifico oggetto della valutazione è correlato alle domande che il ricercatore si pone, che derivano a sua volta da modo di intendere la terapia sia sul piano teorico che su quello tecnico-metodologico. A secondo della sua estrazione, egli centerà l'attenzione su sintomi o ideazioni disfunzionali o approcci alla soluzione dei problemi, modalità di attaccamento, contenuti conflittuali, manifestazioni corporee delle emozioni, dimensioni della relazione familiare o di gruppo, e così via.

È indubbio che ogni strumento di valutazione fa parte di una opzione metodologica del ricercatore, e che il metodo è a sua volta legato al modello teorico di riferimento ed all'epistemologia ad esso connessa. Dimenticare questo vuol dire limitarsi all'ottica dichiaratamente ateoretica di strumenti quali il *Diagnostic Statistic Manual*, molto utile per fini nosografici ma poco per la comprensione del significato esistenziale del malessere, che è l'oggetto essenziale della psicoterapia e della ricerca su di essa¹.

Come valutare: gli strumenti disponibili per l'assessment sono tanti e tutti utili all'interno dei loro specifici criteri, che ne costituiscono però anche i limiti.

Esistono strumenti *self-report* oppure *rating* compilati da altri valutatori; schede per l'osservazione interna al trattamento (da parte del terapeuta o di un co-

¹ Beutler L.E., Malik A. *Rethinking the DSM. A psychological perspective*. American Psychological Association, Washington, 2002.

terapista), oppure esterna. Ad esempio la valutazione di alcuni aspetti può essere affidata all'infermiere o ad altro operatore a frequente contatto con il paziente in un setting di ricovero.

Alcuni costrutti – come l'attaccamento, l'alleanza terapeutica, l'empatia – possono essere valutati direttamente mediante strumenti ad essi specificamente dedicati, oppure in modo indiretto: per evitare risposte di acquiescenza o altri *bias* metodologici, gli indicatori per la valutazione del costrutto vengono rilevati con strumenti e metodi più 'coperti' e meno 'intrusivi'. Alcuni ricercatori nutrono poca fiducia nel chiedere al soggetto direttamente, mediante un questionario strutturato, valutazioni e opinioni su costrutti quali il legame terapeutico o la soddisfazione in terapia. Preferiscono ricostruire l'oggetto di ricerca valutando, senza suggestioni dirette, indicatori che rappresentano le variabili che compongono il costrutto: nel caso del legame terapeutico, gli atteggiamenti positivi del paziente verso il trattamento; la discussione di sentimenti ed emozioni del paziente rispetto alla terapia; il coinvolgimento emotivo del terapeuta e la manifestazione di aspetti di sé; e così via.

Metodi qualitativi di indagine delle variabili sono sempre più diffusi. L'"intervista ermeneutica sul cambiamento terapeutico" di Elliott, tradotta e presentata tempo fa sulle pagine di questa rivista (2003, n. 2-3), è utile per raccogliere al termine del trattamento delle informazioni su ciò che è avvenuto durante il trattamento stesso, rispetto a variabili quali la relazione con il terapeuta, la sensazione di efficacia della terapia, la soddisfazione rispetto alle aspettative. Parallelamente, lo stesso resoconto retrospettivo può essere chiesto anche al terapeuta in modo da confrontare le due valutazioni per far emergere in modo più articolato e completo il 'senso' (più o meno condiviso) del trattamento concluso.

La complessità dei problemi di valutazione – qui solo accennati – obbliga a superare le antiche dicotomie riduttive: usare o no i test psicometrici nella ricerca di valutazione della psicoterapia? preferire strumenti normativi come gli inventari o piuttosto strumenti 'dinamici' come i test proiettivi? Ho discusso in altra sede la incongruità di questa dicotomia che fa equivalere i questionari strutturati all'obiettività e alla nomoteticità, e i test dinamici alla pura espressione della soggettività e dell'idiografico².

Un inventario può avere proprietà psicometriche ottime ma non adatte alla popolazione clinica in esame; uno strumento relativamente poco strutturato può essere tarato in modo da renderlo strumento psicometrico efficace; un metodo qualitativo può prestarsi a riepiloghi quantitativi di alcuni indicatori utili per confronti intra-soggetto e fra soggetti diversi.

² Di Nuovo, S. 'Normale' e 'patologico' in psicologia della personalità: problemi di definizione e valutazione. In: *Psicologia e personalità* (a cura di L. Matteo Lorenzetti). F. Angeli, Milano, 1995, 221-235.

Diversi terapeuti usano il Rorschach e il Thematic Apperception Test, o altri strumenti analoghi, per cogliere aspetti di stile cognitivo ed emotivo, ideazioni prevalenti, formazioni complessuali, meccanismi di difesa che difficilmente emergerebbero in un assessment psicométrico quantitativo; esistono, come è noto, metodi di scoring e di interpretazioni rigorosamente standardizzate di queste tecniche, utili anche per la ricerca sulla psicoterapia³.

Per questo complesso tipo di ricerca non ci sono strumenti 'buoni' in assoluto, ma tecniche specificamente utili purché scelte in modo appropriato per gli scopi dello studio.

Ed eccoci alla domanda centrale: *perché* valutare?

Lo scopo può essere programmare e indirizzare il trattamento in base alle esigenze (non sempre consapevoli) del cliente, quindi per comprendere meglio, ed eventualmente aggiustare o riformulare, la domanda di trattamento.

L'obiettivo può consistere invece nel monitorare e controllare l'andamento del trattamento, al fine di realizzare *in itinere* cambiamenti di rotta utili a non prolungare interventi che possono non risultare efficaci, ed è bene saperlo per tempo mediante un assessment ripetuto periodicamente.

Il fine della ricerca può essere infine la verifica dei risultati al termine dell'intervento, o in un periodo di *follow-up* che consenta di valutare la persistenza degli effetti ottenuti.

Ovvio che per ciascuno di questi scopi occorrono strumenti diversi.

Per valutare la struttura della personalità e dei punti di forza e di debolezza, al fine di programmare l'intervento, risulta utile una batteria di test psicométrici; per comprendere le ragioni del malessere occorrono strumenti capaci di cogliere le dinamiche (test proiettivi, intervista strutturata). Per confrontare il prima e il dopo del trattamento sono necessari strumenti completi e di solide proprietà psicométriche, mentre per un assessment frequente bisogna avvalersi di strumenti ripetibili e di semplice e rapida somministrazione. Per lo studio dei singoli casi sono necessari strumenti appropriati, capaci di analizzare in profondità ed efficacemente il senso di ciò che avviene in terapia. E proprio sulla ricerca del *senso* – più che del dato quantitativo - sono centrati gli strumenti della ricerca qualitativa: colloquio narrativo, osservazione partecipante, gioco e *role-playing* per bambini e adolescenti, uso di produzioni basate sul-

³ Sull'uso del test di Rorschach per la valutazione della psicoterapia: Weiner. I. B., Exner, J. E. Rorschach changes in long-term and short-term psychotherapy. *Journal of Personality Assessment*, 1991, 56, 453-465; Lis A., Zennaro A., Calvo V. Il metodo Rorschach nella ricerca in psicoterapia. *Rassegna di Psicologia*, 2002, 3, 83- 113. Sul Thematic Apperception Test: Cuffaro M. *Il TAT nella diagnosi psicologica e clinica*. Franco Angeli, Milano 1998.

l'immaginazione o sul disegno, analisi di storie di vita, diari, narrazioni autobiografiche.

Tanti aspetti da valutare, per tanti obiettivi, quindi tanti strumenti. Basta frequentare congressi come quelli della SPR, o scorrere le pagine delle riviste specializzate, per avere idea della vastissima gamma di strumenti di ricerca, che qualcuno reputa persino eccessiva⁴.

È bene usare comunque strumenti standardizzati e dotati di verificate caratteristiche di attendibilità e validità? ma possono questi strumenti essere adattati a tutte le molteplici esigenze di cui si è detto? e allora è meglio che ognuno si costruisca uno strumento per la sua specifica ricerca, verificandone in proprio le caratteristiche psicometriche, o rinunciandovi del tutto se si tratta di ricerca qualitativa? Usare nella stessa ricerca strumenti diversi per struttura e approccio metodologico (per esempio, *self-report*, test proiettivi e osservazione) è compatibile con la ricerca di indicatori molteplici capaci di cogliere meglio la complessità dell'oggetto, oppure rischia di mescolare 'mele e arance', come dicevano i detrattori della *meta-analisi* che valuta insieme cumulativamente gli effetti ottenuti in ricerche diverse?

Per rispondere in modo articolato a queste domande propongo un dibattito sulle pagine della Rivista, e/o in una giornata di studio che il direttivo della sezione italiana della SPR potrebbe promuovere sullo specifico tema degli strumenti di assessment per la ricerca in psicoterapia. Un tentativo di ricomporre un puzzle i cui pezzi sono ancora troppo sparsi, anche se ognuno ha in sé forme e colori utili a dare una forma e un colore all'insieme.

⁴ Per una panoramica che dà idea dell'estrema complessità, si veda la recente rassegna di Cone J. D. *Evaluating outcomes. Empirical tools for effective practice* American Psychological Association, Washington 2003.

L'ANTINOMIA RELAZIONE/PROCEDURE
E L'INTEGRAZIONE TRA LE PSICOTERAPIE

THE ANTINOMIA RELATIONSHIP/PROCEDURES
AND PSYCHOTHERAPY INTEGRATION

Giorgio G. Alberti¹

- 1 -

Riassunto

La ricerca sull'alleanza terapeutica ha dimostrato che una buona alleanza si crea oltre che sulla base di caratteristiche di paziente e terapeuta anche attraverso atteggiamenti e comportamenti che il terapeuta mette in atto nelle fasi iniziali. Queste procedure sono così classificabili:

- a) interventi supportivi aventi lo scopo di ridurre l'ansia del paziente e di motivarlo;
- b) procedure non supportive che alimentano altri aspetti del vissuto di alleanza, come la sensazione di essere capito o di essere concretamente aiutato;
- c) combinazioni in cui procedure supportive e non proteggono l'alleanza dall'ansia evocata dagli interventi specifici sui processi patogenetici;
- d) combinazioni di procedure a lungo termine volte a modulare la complementarità paziente/terapeuta in funzione della costruzione dell'alleanza e della creazione di esperienze correttive e di cambiamento di pattern patogeni.

Procedure pro-alleanza rientrano nei principali repertori tecnici delle più diffuse psicoterapie. Tuttavia esistono differenze tra le terapie nell'uso delle diverse procedure pro-alleanza, per cui le diverse terapie tendono a creare alleanze di diversa intensità e stabilità.

- 2 -

L'alleanza, se adeguatamente promossa, resta un importante fattore di esito, sebbene non la si possa ritenere l'unica determinante dell'esito. Piuttosto, è verosimile che essa svolga il ruolo di condizione necessaria ma non sufficiente, con una funzione permissiva nei confronti di altre procedure più specificamente dirette a influire sui meccanismi patogenetici.

Parole chiave: alleanza terapeutica, relazione terapeutica, integrazione delle psicoterapie

¹ A.O. San Carlo Borromeo, Milano – SEPI-Italia

Summary

Research on therapeutic alliance has shown that a good alliance is determined by *a priori* characteristics of therapist and patient, as well as by the therapist's attitudes and behaviours at the beginning of therapy.

These pro-alliance procedures can be so classified:

- 1) supportive interventions aiming at reducing anxiety and motivating the patient;
- 2) non-supportive interventions, promoting other aspects of the alliance experience, like the feeling of being understood and concretely helped by the therapist;
- 3) combinations where supportive and non-supportive interventions reduce the patient's anxiety when exposed to anxiety-evoking specific procedures;

- 3 -

4) long-term combinations of procedures aimed at modulating the patient-therapist complementarity in order to facilitate initial alliance and then promoting corrective experiences and pattern changes.

Although pro-alliance procedures are found in the mostly practiced psychotherapies, there are relevant differences between them as regards the utilization of the different pro-alliance procedures. This implies that different therapies tend to create alliances different in intensity and stability.

If adequately fostered, alliance remains an important outcome factor, although not an absolute one. It probably has the role of a necessary but not sufficient condition for good outcome, being a pre-requisite for the action of other more specific procedures aimed at modifying pathogenetic processes.

Key Words: therapeutic alliance, therapeutic relationship, psychotherapy integration.

Introduzione

Il pensiero sul cambiamento psicoterapeutico oscilla da decenni tra spiegazioni fondate sulle procedure tecniche e spiegazioni fondate sulla relazione tra paziente e terapeuta.

Una radice storica di questa alternativa è rintracciabile nelle teorizzazioni

- 4 -

sul meccanismo d'azione della psicoanalisi, le quali, come ha dimostrato Thomae (1983), tendono a divaricarsi in due campi contrapposti, a seconda che riconoscano come fattore mutativo l'insight, e i relativi interventi atti a promuoverlo, o l'esperienza attuale del paziente col terapeuta, e quindi la relazione reale che tra loro si crea.

Negli ultimi anni sembrano prevalere tesi riconducibili alla decisiva rilevanza dei fattori relazionali del cambiamento, intesi, come si è visto anche nel

vivace dibattito sviluppatosi in occasione del primo congresso della SEPI-Italia (Alberti e Carere-Comes, 2003), come fattori aspecifici e comuni, attivi in ogni psicoterapia.

A questo spostamento verso spiegazioni dell'esito fondate su fattori aspecifici e relazionali hanno contribuito anche diversi risultati della ricerca empirica: dalle conclusioni di J. Frank sulla "restoration of morale" (Frank, 1974a) alle meta-analisi che hanno ripetutamente dimostrato un'efficacia sostanzialmente uguale delle diverse psicoterapie (Luborsky, Singer e Luborsky, 1975; Smith, Glass e Miller, 1980). Evidenze di questo genere sembrano spiegabili solo con l'azione di identici fattori presenti in tutte le diverse terapie, cioè comuni ad esse. E la relazione tra paziente e terapeuta, un ovvio attributo di ogni psicoterapia individuale, è certamente il candidato più accreditato al ruolo di fattore di efficacia per così dire universale.

- 5 -

In questa stessa linea, Wampold (2001) ha recentemente affermato che nelle varie ricerche sull'efficacia della psicoterapia l'impatto dell'alleanza terapeutica, il costrutto empiricamente fondato che meglio rappresenta il concetto clinico di relazione terapeuta-paziente, spiega la varianza dell'outcome molto più di quanto non la spieghino le diverse tecniche impiegate dai terapeuti.

Emerge da queste reiterate prese di posizione l'assunto tacito che non solo le tecniche e procedure specifiche sono terapeuticamente meno efficaci della relazione, ma anche che questa è un fattore di esito che si crea in modo autonomo, del tutto slegato da ogni atto terapeutico.

In realtà, la ricerca empirica sulla relazione, e in particolare sul costrutto empiricamente validato che più le si avvicina, l'alleanza terapeutica o di lavoro (cfr. Lingiardi, 2002, per una ampia introduzione al tema), sta portando crescenti evidenze a favore del fatto che l'alleanza non nasce solo sulla base di caratteristiche preesistenti in paziente e terapeuta, ma viene promossa, o almeno facilitata, da atteggiamenti e da interventi del terapeuta, che qui per concisione chiameremo 'procedure'.

Su queste evidenze ci soffermeremo, valutandone poi le implicazioni riguardo alle diverse psicoterapie, e in particolare riguardo al ruolo di fattore comune di efficacia attribuito alla relazione e quindi all'alleanza terapeutica.

- 6 -

Determinanti a priori dell'alleanza

Ora però è opportuno arretrare di qualche passo per considerare, prima delle specifiche procedure pro-alleanza, l'attuale quadro d'insieme relativo ai

fattori che concorrono alla formazione di una buona alleanza terapeutica, quadro che si è fortemente modificato nel corso degli ultimi anni, se è vero che ancora pochi anni fa era opinione diffusa che solo il paziente potesse influenzare l'alleanza (Frieswijk et al., 1986).

La più recente ricerca sulla genesi dell'alleanza, fortemente aiutata dall'introduzione di strumenti rigorosi di misura quali il WAI, la CALPAS e altri, ha permesso di accertare che essa dipende da tre gruppi di fattori: a) le caratteristiche del paziente, b) le caratteristiche del terapeuta e c) gli interventi e gli atteggiamenti che il terapeuta mette in atto nel corso della terapia.

1. La personalità del paziente

Un dato ormai certo è che gli atteggiamenti di ostilità o dominanza ostile dei pazienti interferiscono negativamente, oltre che col buon esito finale, anche con l'alleanza terapeutica in terapie dinamiche, cognitive ed esperienziali (Kiesler e Watkins, 1989; Gerstler et al., 1989; Beutler et al., 1991; Horowitz et al., 1993; Muran et al., 1994).

- 7 -

Anche in pazienti non apertamente ostili la qualità del funzionamento interpersonale riveste un ruolo importante nel determinarsi dell'alleanza, ed appare oggi accertato che le personalità dotate di capacità di relazione più mature e stabili costruiscono, in terapie anche diverse – dinamiche, interpersonali, esperienziali, cognitive – alleanze terapeutiche migliori (Luborsky et al., 1979; Moras e Strupp, 1982; Piper, Decarufel e Szkrumelak, 1985; Mallinckrodt, Coble e Gantt, 1995; Raue, Castonguay e Goldfried, 1993; Paivio e Bahr, 1998; Joyce e Piper, 1998; Hardy et al., 2001).

L'iposocialità dei pazienti connessa a scadente alleanza può essere descritta come tendenza all'evitamento sociale, carente assertività, freddezza nei rapporti.

Per converso, la propensione all'apertura relazionale, come la competitività e l'intrusività, ma anche come tendenza a lasciarsi sfruttare, ad essere sottomesso e accudente, facilitano l'alleanza (Paivio e Bahr, 1998; Muran et al., 1994) e il miglior esito (Horowitz et al., 1993).

Ad oggi solo uno studio (Gaston et al., 1988) non ha trovato alcun rapporto tra il funzionamento interpersonale del paziente e l'alleanza, ma è possibile che questo dato divergente possa spiegarsi con le difformità nel metodo di misura dell'alleanza (Paivio e Bahr, 1998).

Un recente studio su pazienti depressi in terapia cognitiva ha dimostrato

- 8 -

che la buona alleanza, creata ovviamente dal terapeuta, può annullare anche le determinazioni preesistenti al cattivo esito terapeutico in soggetti depressi tendenti ad autoisolarsi (Hardy et al., 2001).

Alcuni studi hanno dimostrato che lo stile di attaccamento sicuro correla positivamente con la buona alleanza, mentre lo stile pauroso correla negativamente (Satterfield e Lyddon, 1998; Eames e Roth, 2000). Questi effetti dei due stili si manifestano precocemente e si accentuano nel corso del tempo, per cui l'alleanza positiva si sviluppa intorno alla seconda seduta e migliora progressivamente nel corso della terapia, mentre la negativa evolve verso un progressivo peggioramento (Eames e Roth, 2000).

Più complessa è l'alleanza dei pazienti con attaccamento preoccupato e distaccato. I primi sviluppano inizialmente una scadente alleanza che tende poi però a migliorare con l'emergere dei loro bisogni latenti di intimità. I secondi hanno un andamento simile, con un'alleanza iniziale scadente che poi migliora, ma per motivi diversi, e cioè in quanto negando le proprie difficoltà relazionali essi depurano l'atteggiamento verso il terapeuta dalle sue componenti negative (Eames e Roth, 2000).

Quasi a controprova, si è visto che i terapeuti tendevano a fare interventi più affettivi con pazienti ad attaccamento preoccupato, e invece interventi più cognitivi con pazienti con attaccamento distaccato, una

- 9 -

diversità d'atteggiamento interpretabile come conseguenza di un adattamento del terapeuta al singolo paziente, volto a facilitarne l'alleanza (Hardy et al., 1998).

2. Altre caratteristiche del paziente

Già Jerome Frank (1974b) riteneva che le aspettative del paziente, circa durata, processo ed esito, influissero sul processo e sull'esito della psicoterapia, tanto che raccomandò e studiò l'effetto di una tecnica di preparazione preliminare alla vera e propria terapia.

Vi sono alcune indicazioni del fatto che l'aspettativa del paziente circa l'esito della terapia e gradevolezza, utilità, profondità e valore delle sedute correlano positivamente con esito e alleanza (Luborsky et al., 1988; Joyce e Piper, 1998). Secondo Joyce e Piper l'aspettativa era predittore d'alleanza migliore anche rispetto alla capacità relazionale dei pazienti.

Entro certi limiti, la gravità della sintomatologia dei pazienti, in genere depressivo-ansiosa, non influenza che molto modestamente l'alleanza iniziale (Gaston et al., 1988; Horvath e Luborsky, 1993; Paivio e Bahr, 1998; Joyce e

Piper, 1998). Tuttavia quando il quadro sintomatologico supera un certo grado di gravità è possibile che influenzi negativamente la formazione dell'alleanza (Eaton, Abeles e Gutfreund, 1988; Raue, Castonguay e Goldfried, 1993).

- 10 -

3. La personalità del terapeuta

Anche l'ostilità del terapeuta si associa a peggiori esiti e a maggior frequenza di drop-out, e quindi, ci sembra lecito dedurre, a peggiori alleanze (Henry, Schacht e Strupp, 1986; Henry, Schacht e Strupp, 1990; Najavits e Strupp, 1994; Samstag et al., 1998).

In particolare i pazienti che faranno drop-out, in terapie dinamiche, cognitive-comportamentali, supportive ed interpersonali-esperienziali, hanno peggiori punteggi WAI rispetto a quelli che resteranno in terapia, e percepiscono i terapeuti come meno amichevoli e le sedute meno profonde (Samstag et al., 1998).

Altri aspetti della personalità del terapeuta nella costruzione dell'alleanza sono stati poco studiati.

Maggiore percezione del sostegno sociale, maggior agio nelle condizioni di vicinanza e intimità interpersonale, propensione all'accudimento (contrapposta alla freddezza interpersonale), l'esperienza di una madre accudente e affettuosa, minore autocontrollo, si associano ad alleanze buone (Roth e Fonagy, 1996; Hersoug et al., 2001)

Quanto allo stile di attaccamento del terapeuta Mallinckrodt (2000) ritiene che i terapeuti più idonei a stabilire e poi a gestire terapeuticamente una buona alleanza siano quelli che hanno avuto

- 11 -

esperienze personali di attaccamento sicuro, mentre chi ha uno stile d'attaccamento non sicuro è esposto al rischio di gratificare collusivamente il paziente per soddisfare propri bisogni.

4. L'esperienza del terapeuta

Le evidenze sul rapporto tra esperienza professionale e clinica del terapeuta e qualità della relazione sono complessivamente poco coerenti.

Nel 1977, una rassegna di 12 studi volti a stabilire il rapporto tra esperienza dei terapeuti e qualità della relazione terapeutica in inizio terapia ha concluso che sussisteva un debole rapporto positivo (Auerbach e Johnson, 1977)

Successivamente altre ricerche hanno escluso un rapporto tra esperienze del terapeuta e punteggio di alleanza (Dunkle e Friedlander, 1966) o hanno dimostrato un relazione addirittura negativa tra alleanza, esperienza clinica e lunghezza del training dei terapeuti (Hersoug et al., 2001).

Secondo Hersoug la correlazione negativa tra l'alleanza valutata dai pazienti e il maggior livello di professionalizzazione è che questo si esprime attraverso una più coerente posizione analitica di neutralità con, in certi casi, anche un troppo precoce ricorso alla sfida alle difese, e, per contro, attraverso un minor uso di sostegno, rassicurazione, educazione.

- 12 -

I pazienti sembrano quindi preferire lo stile dei terapeuti meno formati e meno esperti, caratterizzato da maggior attività e supportività, da spiegazioni, ad esempio sul loro disturbo, da una più estesa preparazione del paziente al suo ruolo in terapia, e da un suo coinvolgimento nella programmazione del trattamento.

Atteggiamenti e interventi del terapeuta che promuovono l'alleanza

1. Alcune ricerche precorritrici

È utile prendere in esame alcuni studi relativamente datati, fatti cioè prima che si disponesse del concetto di alleanza e delle sue misure, in quanto, oltre che in se stessi interessanti, essi attestano della precocità dell'attenzione dei ricercatori per l'idea che il terapeuta potesse influire sulla cura tentando di influenzare la relazione col paziente.

In una serie di ricerche risalenti agli anni '60 Truax ha studiato empiricamente le tesi di Carl Rogers sul ruolo di certi atteggiamenti del terapeuta nel prodursi di un buon esito: empatia accurata, calore non possessivo, genuinità, considerazione positiva incondizionata (Rogers, 1957).

- 13 -

L'intensità di questi atteggiamenti correlava con il miglioramento clinico dei pazienti, e i terapeuti che li manifestavano con intensità maggiore ottenevano un miglioramento medio del 90%, rispetto al 50% ottenuto da quelli che li manifestavano meno intensamente.

Fu inoltre dimostrato che gli atteggiamenti rogersiani erano avviati e mantenuti dai terapeuti, e non indotti dai pazienti, e che vi era un loro effetto diretto, specie dell'empatia e della considerazione positiva, nel promuovere la profondità dell'autoesplorazione da parte dei pazienti, che variava inoltre in

rapporto al mutare di questi atteggiamenti dei terapeuti, quando esso era prescritto dal disegno sperimentale (Truax, 1963; Truax et al., 1966a; Truax et al., 1966b; Truax e Carkhuff, 1965).

Successive ricerche hanno dimostrato gli effetti dei comportamenti del terapeuta non tanto sull'esito finale quanto sul processo terapeutico.

A maggior empatia, accettazione e genuinità i pazienti rispondono più prontamente, parlano di più e per tempi più lunghi, aspetti dell'eloquio che correlano con migliori esiti della psicoterapia (Staples e Sloane, 1976). Quindi l'atteggiamento del curante agisce indirettamente sull'esito, facilitando il processo terapeutico.

Certi suoi comportamenti possono invece danneggiarlo: i cosiddetti errori di commissione del terapeuta, cioè sondare troppo il paziente, interromperlo, fargli troppe domande, dargli interpretazioni inaccurate o

- 14 -

intempestive, dare consigli inutili, essere provocatorio, determinano nei pazienti neurotici un aumento delle resistenze e dell'ostilità verso il terapeuta (Tourney et al., 1966).

L'identificazione di temi negli aspetti ricorrenti dell'esperienza e dei comportamenti del paziente (si veda anche Jones, 2000) ne promuove l'attività riflessiva e autoesplorativa, e ne aumenta le libere associazioni (Spence, Dahl e Jones, 1993).

L'adozione e il mantenimento, in inizio terapia, di un atteggiamento complementare, che rispetta il ruolo relazionale assegnato dal paziente al terapeuta, in termini di affiliazione o di potere (Carson, 1982; Kiesler, 1979; Kiesler, 1983), correla con un miglior esito finale se nella seconda fase della terapia il terapeuta riesce a diventare meno complementare (Dietzel e Abeles, 1975). In questo caso possiamo parlare di una metaprocedura, nel senso che atteggiamenti e comportamenti del terapeuta vengono variati nel tempo, e precisamente in due fasi, una iniziale di costruzione dell'alleanza, attraverso la maggior complementarietà, e una successiva in cui, disattendendo le aspettative del paziente, ed essendo meno complementare, il terapeuta lo porta a fare esperienze correttive.

- 15 -

2. Procedure interpretative e alleanza

Diversi studi hanno cercato di focalizzare il rapporto tra le più tradizionali procedure, specie delle terapie ad orientamento psicoanalitico, e l'alleanza terapeutica, evidenziando un quadro di complesse multideterminazioni.

È opportuno qui fare una digressione sul rapporto tra interpretazioni di transfert (di seguito: IT) ed esito della psicoterapia, in quanto è in seguito ai contraddittori risultati delle relative ricerche che si è pervenuti a riconoscere l'importanza del ruolo dell'alleanza in quanto modulatore dell'efficacia delle procedure, e quindi in quanto fattore da influenzare simultaneamente.

È noto che le prime ricerche evidenziarono un rapporto positivo tra IT ed esito (Orlinsky et al., 1994; Beck e Strong 1982; Buckley et al., 1981).

Tuttavia successivi studi smentirono questi primi risultati (Marziali e Sullivan, 1980; Marziali, 1984; Piper et al., 1986).

Di fronte a questa contraddizione la risposta fu di ampliare il campo e di cercare variabili che a loro volta influenzassero l'effetto che le interpretazioni, in particolare quelle del transfert, hanno sull'esito. In parte tali variabili sono state trovate tra le caratteristiche individuali del paziente e del terapeuta, in parte invece nella loro relazione.

I diversi interventi, tra cui le interpretazioni del transfert, delle difese, del

- 16 -

tema conflittuale, ma anche le chiarificazioni ed altri interventi più cognitivi, evocano infatti nei pazienti diverse reazioni emotive, che si ripercuotono sull'alleanza, come è percepita dal paziente.

Le IT tendono a indurre reazioni sfavorevoli con frequenza doppia rispetto ad altri tipi d'interpretazione (McCullough et al., 1991), in particolare determinano una crescita dell'ansia e delle difese, anche se non vi è col paziente un transfert negativo (Milbrath et al., 1999; Bond et al., 1998; Banon et al., 2001) ed influenzano negativamente l'alleanza percepita dal paziente, se superano una certa frequenza, che sembra collocarsi tra il 6% e il 12% del totale degli interventi del terapeuta (Piper et al., 1991; Ogrodniczuk et al., 1999; Connolly et al., 1999).

Tuttavia la risposta del paziente all'IT dipende anche da altri fattori, tra cui la sua personalità, intesa come tendenza maggiore o minore a chiudersi difensivamente (McCullough et al., 1991) oppure come capacità di instaurare relazioni interpersonali mature piuttosto che "primitive". Una personalità più solida si associa cioè a una maggiore tolleranza e a una migliore utilizzazione delle IT, e si riflette in una migliore alleanza terapeutica (Piper et al., 1991; Ogrodniczuk et al., 1999).

Con pazienti dalla personalità più solida l'IT ha quindi un effetto terapeuticamente utile, anche se non va dimenticata la soglia di frequenza,

- 17 -

al disopra della quale le IT sono controproducenti anche per i pazienti dalla personalità più matura.

A differenza delle IT, altri tipi d'interpretazione non hanno di per sé ripercussioni sfavorevoli all'alleanza. Ad esempio quelle del tema conflittuale centrale, soprattutto se accurate, favoriscono addirittura la nascita di una buona alleanza (Crits-Christoph et al., 1993). Le interpretazioni delle difese e più in generale quelle dei conflitti sono seguite da maggior espressione di emozioni e poi da attribuzioni di significati e dalla comprensione di nessi che creano maggior consapevolezza. Ciò che le distingue dalle IT non sono questi aspetti positivi, che sono presenti anche con le IT, ma il fatto che ad esse non si aggiungono quegli incrementi d'ansia e difensività che interferendo con la collaborazione del paziente ne disturbano l'utilizzazione (Milbrath et al., 1999).

In sintesi, ciò che sembra emergere dalla ricerca su IT e alleanza è che in generale le IT generano esperienze emotivamente gravose che sono più sopportabili se il paziente ha una personalità matura e solida, e se egli ha una forte alleanza col suo terapeuta.

3. Le procedure supportive

Nella visione psicoanalitica tradizionale l'interpretazione di transfert è

- 18 -

anche lo strumento principale di mutazione della personalità (Strachey, 1934). Il fatto che essa sia una procedura emozionalmente impegnativa ed anche aversiva per la generalità dei pazienti, specie se con problemi psicopatologici clinicamente rilevanti, pone il problema di come sia possibile avvalersene senza che l'alleanza e poi la terapia ne siano soverchiamente disturbate. Analogo problema si pone per tutte le altre procedure che evocano ansia, come ad esempio la prescrizione di esposizione, o certe prescrizioni paradossali, che quindi inducono il paziente a sfuggire dalla relazione rompendo l'alleanza.

Certamente tra le procedure che promuovono l'alleanza le più importanti per utilizzabilità e frequenza di uso sono quelle definite supportive.

Da un paio di decenni non solo si è affermata la rilevanza teorica delle tecniche supportive in quanto procedure terapeutiche, ma si sono venute accumulando diverse evidenze empiriche a favore della loro efficacia sia come procedure terapeutiche a se stanti, sia come elementi facilitanti l'alleanza e quindi l'accettazione, da parte del paziente, di altre procedure.

Diversi autori, tra cui Lubosky (1984) e Hellerstein et al. (1998) hanno fornito elenchi e descrizioni, sostanzialmente sovrapponibili, delle procedure supportive come anche delle loro indicazioni specifiche (Jones, 2000)

In estrema sintesi, possiamo riconoscere alla supportività due diversi

- 19 -

effetti sul paziente: da un lato la riduzione diretta o indiretta dell'ansia, dall'altro un aiuto diretto che il terapeuta dà al paziente perché percepisca e gestisca meglio la sua realtà esterna ed interna.

Diverse ricerche hanno dimostrato che gli interventi supportivi, intesi sia come espressione durevole di un atteggiamento di benevolo aiuto, sia come singoli interventi staccati l'uno dall'altro, sono strumenti terapeutici efficaci agli effetti sia dell'esito che dell'alleanza.

Alla supportività come successione di singoli interventi sembra essersi riferito Wallerstein (1989) nell'affermare, in base ai risultati del Psychotherapy Research Project della Menninger Foundation su psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica, che sono gli interventi supportivi, e non quelli propriamente analitici, a rendere conto della maggior parte degli esiti positivi.

A una supportività come atteggiamento diffuso e protratto si riferiscono invece altri studi in cui gli esiti migliori sono ricondotti a comportamenti terapeutici improntati a calore, comprensione e aiuto (Buckley et al., 1994; Najavits e Strupp, 1994).

Più recentemente Hellerstein et al. (1998) hanno confrontato 25 terapie di sostegno e 25 terapie dinamiche brevi secondo Davanloo con pazienti affetti da disturbo di personalità, trovando esiti sostanzialmente sovrapponibili. Non solo essi hanno così dimostrato che anche di per sé

- 20 -

le sole procedure supportive sono sufficienti a produrre miglioramenti clinici rilevanti, ma anche che inducono nei pazienti forti e stabili alleanze, diverse da quelle dei pazienti in terapia dinamica che, con i suoi interventi interpretativi e confrontativi, tende a creare alleanze più deboli e variabili.

4. Interazioni delle tecniche supportive con altre procedure

Oltre che in se stesse, le tecniche supportive si sono dimostrate utili in interazione con altre procedure, di cui facilitano o permettono l'azione terapeutica, principalmente in quanto attenuano l'ansia che esse evocano.

Gabbard et al. (1994) hanno esaminato l'uso delle IT nella terapia di pazienti borderline, trovando che le interpretazioni dovevano essere precedute da diversi interventi supportivi per poter esplicitare la propria azione terapeutica. Sottolineano inoltre che questi due tipi di procedure, le interpretative e le supportive, andrebbero utilizzati, per così dire, in tandem piuttosto che come se fossero due modalità rigidamente alternative l'una all'altra.

Il gruppo di Bond, Banon e Grenier (Bond, Banon e Grenier, 1998; Banon, Evan-Grenier e Bond, 2001) ha condotto due importanti ricerche, rispettivamente su 5 donne e 7 uomini, con disturbi di

- 21 -

personalità, in trattamento a lungo termine, esaminandone 5 sedute, secondo criteri quali-quantitativi volti a individuare gli interventi seguiti da aumento o diminuzione del lavoro terapeutico.

Essi ne hanno tratto indicazioni importanti sull'uso di procedure supportive in funzione di altre procedure terapeutiche, in particolare le IT: in primo luogo, le IT risultavano ben tollerate in un contesto di alleanza forte e positiva, ma mal tollerate in assenza di tale alleanza, per cui venivano facilmente percepite come interventi malevoli, e comportavano un alto rischio di distruggere l'atteggiamento idealizzante o fusionale necessario a pazienti fragili per poter costruire un'alleanza (Bond et al., 1998).

In secondo luogo, essi hanno individuato atteggiamenti e comportamenti del terapeuta capaci di contrastare le reazioni negative dei pazienti alle IT. Tra questi un modo di fare caldo e supportivo, un'empatia accurata, l'adeguamento dello stile degli interventi alle aspettative del paziente circa la terapia, la considerazione del proprio controtransfert.

5. Procedure non supportive che promuovono l'alleanza

È opinione diffusa non solo che le procedure supportive promuovano e ristabiliscano l'alleanza terapeutica quando è minacciata, ma anche che esse siano il principale o l'unico strumento utile a questo scopo. Tuttavia

- 22 -

appare sempre più chiaro che ciò non è vero, e che altre procedure, intrinsecamente non supportive, contribuiscono all'alleanza in misura significativa (Barber et al., 2001). Alcune procedure latamente definibili come interpretative, si sono dimostrate in grado di promuovere l'alleanza tra paziente e terapeuta attraverso un doppio effetto, che è in parte di riduzione dell'ansia e in parte invece di altra natura.

Una di queste è la metacomunicazione, una procedura sviluppata nell'ambito della terapia cognitiva, e volta a promuovere nel paziente e nel terapeuta la consapevolezza sul processo interattivo in atto al momento, al fine di permettere loro di uscire dalla ripetitività del ciclo interpersonale. Sebbene anch'essa si rivolga, come l'interpretazione del transfert, alla relazione attuale tra paziente e terapeuta, la metacomunicazione presenta caratteristiche – l'esploratività, la cosiddetta “noità” di paziente e terapeuta, la mancanza di un riferimento ad

altre relazioni, la non-confrontatività, ed altre - che ne fanno un potente strumento pro-alleanza (Lansford e Bordin, 1983; Lansford, 1986; Safran et al., 1990; Safran e Muran, 1996; Safran, Muran e Samstag, 1994; Safran e Muran, 2000).

È curioso constatare come anche altri abbiano notato l'efficacia della capacità del terapeuta di fare "marcia indietro" alle prime manifestazioni negative del paziente, chiarendo poi le proprie intenzioni circa

- 23 -

l'intervento avviato e poi ritirato (Bond et al., 1998; Banon et al., 2001). Diversi esempi della casistica di Bond e Banon mostrano come i terapeuti si allontanassero dal focus transferale per fare interventi volti a riparare l'alleanza danneggiata, con domande, spiegazioni, interventi di sostegno e interpretazioni delle difese.

Altri interventi non supportivi che si sono rivelati utili ai fini dell'alleanza sono le interpretazioni delle difese, riferite a sentimenti attuali, specie se rivolti al terapeuta (Foreman e Marmar, 1985), e se associate alle interpretazioni di transfert (Bond et al., 1998; Banon et al., 2001).

Esse hanno secondo Bond e Banon una funzione ansiolitica simile a quella delle procedure supportive, ma con il vantaggio, rispetto a queste, di mantenere il discorso a un livello affettivo e di continuare a promuovere così la consapevolezza del paziente (Bond et al., 1998). Questa loro funzione ansiolitica si produrrebbe attraverso lo spostamento del focus su pattern funzionali messi in atto dal paziente anche al di fuori della diade terapeutica, nei rapporti con altre figure significative (Banon et al., 2001).

Secondo Crits-Christoph et al. (1993) anche un altro tipo di intervento non supportivo, l'interpretazione del tema relazionale conflittuale centrale, specie se accurata, ha una rilevante funzione pro-alleanza, e ciò dimostrerebbe che interventi certamente non supportivi, ma

- 24 -

interpretativi, facilitano l'alleanza (Barber et al., 2001).

È lecito a questo punto domandarsi con quale meccanismo questi interventi non supportivi, e quindi non primariamente ansiolitici, influiscano positivamente sull'alleanza.

A questo proposito è utile ricordare che l'alleanza non è soltanto una risposta alla benevolenza del terapeuta, ma richiede che questi convinca il paziente che capisce cosa gli sta accadendo e che ha la volontà di aiutarlo (Alberti, 1989). Questi vissuti sono parti rilevanti del vissuto più globale di alleanza e sono esplicitamente toccati da molti degli item che costituiscono i principali strumenti di misura (Morgan et al., 1982; Luborsky et al. 1983; Luborsky et al. 1985; Persson et al., 1984).

È quindi plausibile che questi interventi non supportivi promuovano l'alleanza oltre che attraverso un'azione ansiolitica, anche in quanto inducono nel paziente quegli altri aspetti del vissuto di alleanza, come la sensazione di sentirsi capito e accettato, o quella di sentire concretamente l'impegno del terapeuta a dargli aiuto e ad attivarsi per lui.

Forse in una fase iniziale la funzione ansiolitica degli interventi pro-alleanza è preponderante, soprattutto con pazienti affetti da disturbi della personalità, come quelli studiati in gran parte delle ricerche citate. Tuttavia è verosimile che dopo le primissime fasi con questi pazienti, e fin dall'inizio con i pazienti meno disturbati, gli effetti pro-alleanza non

- 25 -

prettamente ansiolitici trovino una più ampia e decisiva utilizzazione.

6. La complementarietà

Si è visto fin qui che le procedure supportive, per quanto importanti, non sono l'unico strumento che permette la creazione e il mantenimento di un'alleanza proficua; non solo, in molti casi le procedure pro-alleanza, supportive e non-supportive, devono essere associate sincreticamente e diacronicamente alle procedure specifiche, a comporre delle configurazioni di procedure che nel caso più semplice, visto pocanzi, veicolano gli interventi specifici diretti ai processi patogenetici e insieme conservano l'alleanza.

Una configurazione più complessa è quella che è stata definita complementarietà, cioè una modulazione degli interventi e degli atteggiamenti del terapeuta tale per cui egli si adatta alle aspettative che il paziente esprime sul suo ruolo e sui suoi comportamenti, assecondandolo, ed evitando di imporgli rigidamente una posizione e dei compiti prestabiliti (Kiesler, 1979; Kiesler, 1983; Carson, 1982).

Il concetto di complementarietà di Carson e Kiesler è strettamente collegato all'idea di induzione reciproca dei ruoli, articolata in due dimensioni relazionali, quella della affiliazione e quella del potere. In quest'ultima, ad esempio, se il paziente si pone in modo sottomesso,

- 26 -

inducendo il terapeuta nel ruolo complementare di dominante, questi dovrà accettare di dominarlo, cioè guidarlo, dirigerlo e così proteggerlo; se il paziente si pone invece come dominante, non dovrà contrastare troppo tale suo bisogno di dominio, ed entro certi limiti sottomettersi alle sue richieste. Nella dimensione affiliativa, invece, se il paziente sarà ostile, non dovrà reagire simmetricamente, ma certo essere sobrio e oggettivo.

Sul piano della ricerca empirica è stato dimostrato che se nella fase iniziale del rapporto gli psicoterapeuti adottano comportamenti e atteggiamenti più complementari ai modi di porsi del paziente, essi conseguono migliori risultati, grazie al fatto che con una posizione complementare riescono a promuovere una migliore alleanza (Dietzel e Abeles, 1975; Kiesler e Watkins, 1989).

Il concetto di complementarità si è poi venuto estendendo ad altri aspetti del rapporto terapeuta-paziente. Uno di essi è quello dello stile di attaccamento del paziente che, ai fini di una buona alleanza, impone atteggiamenti e comportamenti di volta in volta diversi.

Alcuni studi, già menzionati sopra, hanno mostrato come certi pazienti, dallo stile distaccato, abbiano bisogno di interventi più cognitivi e di minor tenore affettivo (Hardy et al., 1998), migliorando la propria alleanza, inizialmente scadente, a misura che riescono a negare, con la collaborazione del terapeuta, le proprie difficoltà emotive, (Eames e

- 27 -

Roth, 2000).

I pazienti dallo stile d'attaccamento preoccupato, che evocano dai terapeuti reazioni più affettive (Hardy et al., 1998), modificano invece la loro iniziale resistenza alla collaborazione a misura che l'atteggiamento accogliente e protettivo del terapeuta li induce a manifestare i propri bisogni di accudimento (Eames e Roth, 2000).

Ecco quindi che per rispondere ottimalmente, sotto il profilo dell'alleanza, il terapeuta dovrà saper variare i propri atteggiamenti e comportamenti secondo le esigenze di complementarità, da posizioni affettivamente intense a posizioni dominanti e in una certa misura anche fredde.

Un altro aspetto della complementarità del terapeuta verso le aspettative e i bisogni del paziente è quello della proporzione tra esploratività e supportività che è opportuno dare al singolo paziente al fine di ottenere una buona alleanza iniziale.

Despland et al. (2001) ha sottoposto questa nozione intuitiva a una verifica empirica, ed è emerso che quanto più elementare è il funzionamento difensivo del paziente tanto maggiore deve essere la componente supportiva dell'intervento. Da ciò consegue che quanto più "primitive" sono le difese del paziente, tanto più supportivi dovranno essere gli interventi, ma anche che se a pazienti difensivamente evoluti vengono

- 28 -

offerti interventi troppo supportivi essi sviluppano un'alleanza meno buona.

Un'altra versione della complementarità si riferisce al "coping style" del paziente, teso tra un polo cosiddetto "esternalizzante", in cui prevalgono gli agiti, la proiezione e l'evitamento attivo, ed uno con prevalenza di coping resistente e difeso. Adeguando le procedure d'intervento ai diversi stili di coping si ottengono i migliori risultati terapeutici: i pazienti "esternalizzanti" migliorano di più se trattati con tecniche cognitive, e meno con tecniche esperienziali o supportive, mentre i soggetti più resistenti e difesi traggono maggiori benefici da tecniche supportive, comprendenti la riflessione dei sentimenti, la chiarificazione, le richieste di informazioni (Beutler et al., 1991).

Abbiamo quindi numerose indicazioni del fatto che, perché si sviluppi una buona alleanza, e si ottenga un miglior risultato, il terapeuta deve assumere su diverse dimensioni il modo di porsi e di agire più adatto al modo di porsi, di agire e di funzionare del singolo paziente. Egli così mette in atto una strategia complessa in cui più procedure vengono reclutate e modulate per un unico scopo, che qui è ovviamente di non allontanare il paziente, di portarlo a una buona alleanza e, attraverso questa, a un migliore esito terapeutico.

Per quanto resti ancora poco chiaro quale versione della

- 29 -

complementarità sia la più utile agli affetti della costruzione della migliore alleanza, ciò che ad oggi appare chiaro è che vi sono diverse procedure pro-alleanza potenzialmente utili ed efficaci, che in ogni singolo caso vanno combinate e modulate secondo un disegno trasversale e longitudinale complesso che realizza il massimo adeguamento alle aspettative del paziente.

Insieme alle associazioni sincroniche più semplici, volte a facilitare l'accettazione di procedure ansiogene, possiamo definire anche questo disegno come una *metaprocedura*, cioè una procedura complessiva, composta di altre procedure più semplici, la cui essenza è il modo in cui queste ultime vengono composte in un unico disegno volto a creare e incrementare l'alleanza.

La natura metaprocedurale della modulazione della complementarità generalmente intesa si esprime con particolare evidenza nelle fasi più avanzate della terapia, quando il terapeuta, promossa una buona alleanza, può ridurre la propria complementarità allo scopo mutativo di confrontare il paziente con i pattern maladattativi che ha messo in atto nel rapporto col terapeuta, al fine di renderlo consapevole e di portarlo a un'esperienza correttiva ed a cambiamenti di pattern, soprattutto relazionali, disfunzionali e patogeni (Dietzel e Abeles, 1975; Carpy, 1989; Safran e Segal, 1990; Feldman, 1997; Mallinckrodt, 2000).

- 30 -

L'alleanza e le psicoterapie

1. Le procedure pro-alleanza

È ormai definitivamente dimostrato che l'alleanza terapeutica correla significativamente, anche se debolmente, con l'esito delle principali psicoterapie.

Nella meta-analisi di Horvath e Symonds, del 1991, sulle 20 ricerche esaminate 9 riguardavano terapie dinamiche, 2 terapie cognitive, 1 terapie gestaltiche e 12 terapie miste o eclettiche. In quella di Martin, Garske e Davis (2000), 9 anni dopo, sono stati esaminate 79 successive ricerche relative a terapie dinamiche, cognitive, esperienziali, interpersonali, eclettiche, anxiety-provoking (Sifneous).

Questi dati ci dicono che l'alleanza terapeutica è un fenomeno riscontrabile in tutte le principali psicoterapie, oltre che misurabile con i principali strumenti con risultati simili (Horvath e Symonds, 1991). Essa appare quindi indipendente dalle diverse teorie patogenetico-terapeutiche e può essere a buon diritto considerata un fattore di esito trasversale e comune ai principali metodi di cura psicologica, potendone quindi spiegare la pari efficacia.

Quanto fin qui riportato dimostra tuttavia anche che l'alleanza terapeutica non è soltanto un fenomeno generato dall'incontro tra paziente e terapeuta, sulla base della combinazione di loro preesistenti

- 31 -

caratteristiche. Al contrario, essa può essere creata e incrementata dal terapeuta mediante modi di fare, atteggiamenti, specifici interventi verbali e non, sinteticamente "procedure", che non si rivolgono tanto ai processi patogenetici quanto alle difficoltà del paziente a fidarsi, a collaborare, a investire nella comune impresa.

Queste procedure sono ad oggi classificabili in quattro categorie:

a) la supportività, che si esprime sia in un atteggiamento di base del terapeuta verso il paziente, sia in singoli interventi, e il cui effetto principale in favore dell'alleanza è quello di ridurre l'ansia, oltre a fornire strumenti di gestione della realtà esterna e interna.

b) Le procedure che promuovono l'alleanza senza necessariamente ridurre l'ansia, ma comunicando al paziente la sensazione di essere capito e autenticamente aiutato: interventi cognitivi, interpretazioni non di transfert ma di difese, di temi conflittuali, di emozioni, ed anche interventi riparativi delle rotture di alleanza, come la metacomunicazione.

c) Combinazioni procedurali semplici, consistenti nell'associare procedure pro-alleanza dei due tipi precedenti a procedure ansiogene dirette ai meccanismi patogenetici, con lo scopo di facilitarne l'accettazione ed elaborazione.

d) Metaprocedure di lungo periodo, consistenti nella modulazione della complementarietà nelle sue diverse accezioni su tutto l'arco della terapia,

- 32 -

e volte in una prima fase a promuovere l'alleanza attraverso l'alta complementarietà, e nelle successive a creare una dissonanza tra realtà relazionale terapeutica e aspettative del paziente, sì da promuovere esperienze correttive e cambiamenti nei pattern funzionali patogeni.

2. Le procedure pro-alleanza nelle diverse psicoterapie

Considerando questa classificazione delle procedure pro-alleanza salta immediatamente all'occhio che le psicoterapie non sono uguali nell'uso che ne fanno. Anche considerando la discrepanza tra le procedure ufficialmente dichiarate e quelle realmente praticate, che induce a ritenere molte terapie più simili tra loro nelle prassi concrete di quanto non sia ufficialmente riconosciuto (Alberti, 2003), vi sono certamente diversità nel ricorso che esse fanno, ad esempio, agli interventi interpretativi piuttosto che a quelli di sostegno, o a quelli direttivi piuttosto che a quelli riflessivi. Ora, visto il diverso ruolo che le diverse procedure svolgono nella promozione dell'alleanza appare logico pensare che le diverse terapie tendano a sviluppare diversi gradi di alleanza.

Una prima grande divaricazione riguarda la supportività: diverse ricerche hanno evidenziato differenze tra le diverse psicoterapie nel ricorso a tali interventi.

In particolare si è constatato maggior uso di supportività nelle terapie

- 33 -

cognitivo-comportamentali rispetto alle terapie di orientamento analitico.

Questa differenza si riferisce alla supportività sia come atteggiamento globale del terapeuta sia come singoli atti comunicazionali: infatti i terapeuti cognitivo-comportamentali si caratterizzano come più empatici, autentici e capaci di contatto interpersonale (Sloane et al., 1975), e nel contempo ricorrono più spesso a interventi di sostegno (Brunink e Schroeder, 1979).

A conferma indiretta, si è visto che l'alleanza è migliore quando più frequenti sono procedure più tipicamente associate alle terapie cognitivo-comportamentali, come gli interventi rassicuranti, educativi e di sostegno (Hersoug et al., 2001), o quando il terapeuta è più attivo e supportivo (Hardy e Shapiro, 1985).

Una conferma più diretta è venuta da uno studio di Raue, Castonguay e Goldfried (1993), da cui è emerso che i punteggi WAI sia totali che parziali erano significativamente più alti e stabili nelle terapie cognitivo-comportamentali che nelle psicodinamico-interpersonali. Bassa intensità, instabilità e mutevolezza dell'alleanza nella terapia dinamica breve ha trovato anche Hellerstein et al. (1998), che l'ha confrontata con l'alleanza nella pura terapia di sostegno.

Appare quindi molto probabile che la maggior supportività delle terapie CC, ma anche di altre terapie che vi ricorrono in misura analoga, svolga

- 34 -

un ruolo rilevante nella creazione di un'alleanza intensa e stabile, che si distingue nettamente dall'alleanza più esigua e labile delle terapie dinamiche.

Raue et al. (1993) ritiene che i terapeuti CC si impegnino particolarmente nel creare e mantenere una relazione buona e collaborativa in quanto essa non deve diventare oggetto di esame e intervento, ma serve per motivare il paziente a impegnarsi in attività, svolte in seduta e fuori, non riguardanti il rapporto col terapeuta. Nelle terapie dinamiche invece gli interventi specifici toccano più facilmente la stessa relazione terapeutica, con reazioni emotive anche negative del paziente, e danno all'alleanza.

Essi rilevano inoltre che se per le terapie dinamiche vi è spesso una peggiore alleanza con i pazienti più disturbati, ciò non si evidenzia nella stessa misura nelle terapie CC, in quanto l'orientamento al sintomo di queste ultime permette di accoglierlo e di rinunciare alla richiesta di distogliersene tipica delle terapie dinamiche.

Ciò concorda, ovviamente, con tutto quanto si è già visto a proposito della gravosità emotiva della procedura centrale delle terapie analitiche più tradizionali, l'interpretazione del transfert, e spiega soprattutto la necessità, empiricamente dimostrata, che essa sia accompagnata da procedure ansiolitiche facilitanti a sostegno dell'alleanza.

Questa generale tendenza presenta peraltro delle eccezioni, rappresentate

- 35 -

dalle terapie brevi di ispirazione analitica messe a punto negli ultimi decenni. Esse prestano infatti particolare attenzione alla riduzione dell'ansia del paziente, che si attua mediante un ricorso intenso ad atteggiamenti e interventi di sostegno, e assegnando all'interpretazione del transfert un ruolo meno centrale ed esclusivo (Luborsky, 1984; Fosha, 2000; Osimo, 2001).

Questo ampliamento verso la supportività del repertorio procedurale delle terapie dinamiche brevi, con quindi un loro avvicinarsi alle modalità di gestione della relazione proprie delle terapie cognitive, ha trovato recentemente delle conferme empiriche. Barber et al. (2001) ad esempio non hanno trovato diffe-

renze nell'uso di procedure supportive tra le terapie cognitivo-comportamentali e cognitive e la terapia supportivo-espressiva di Luborsky, che ricorreva ampiamente alla supportività.

Se uno strumento fondamentale nella costruzione dell'alleanza è la riduzione dell'ansia, ottenuta principalmente con procedure supportive, ve sono però anche altri che facilitano una buona relazione in modo diverso. Tra questi, come si è già visto, l'accuratezza dell'interpretazione del tema conflittuale (Crits-Christoph et al. 1993), le interpretazioni delle difese, delle motivazioni inconscie, delle pulsioni (Bond et al., 1998; Banon et al., 2001), e le cosiddette azioni riparative delle rotture d'alleanza (Safran e Muran, 2000).

- 36 -

Queste procedure agiscono verosimilmente su altri aspetti del vissuto di alleanza, come la sensazione del paziente di sentirsi capito e accettato, o quella di sentire concretamente l'impegno del terapeuta a dargli aiuto e ad attivarsi per lui.

Ora, alcune tra queste procedure tendono a ricorrere maggiormente in certe psicoterapie che in altre. Si pensi alle interpretazioni delle difese, ampiamente praticate in tutte le terapie dinamiche, e praticamente ignorate in quelle cognitive e comportamentali.

Ciò permette di ipotizzare che nelle terapie dinamiche esistano dei modi per promuovere l'alleanza, consistenti ad esempio nelle interpretazioni delle difese o dei temi relazionali, che sono diversi dalla supportività e i quali, a seconda del repertorio procedurale in cui si inseriscono, o si affiancano alla supportività rafforzandone l'azione, oppure attenuano l'impatto ansiogeno di procedure come le interpretazioni del transfert, le confrontazioni o le prescrizioni fino a renderle compatibili con il mantenimento dell'alleanza.

Un discorso a parte richiede la modulazione della complementarità, in quanto non esistono studi empirici che confrontino diverse terapie rispetto a questa metaprocedura pro-alleanza

È però possibile ipotizzare delle differenze sulla base delle nostre conoscenze circa l'uso di altre procedure pro-alleanza.

- 37 -

Il fatto, ad esempio, che certe terapie, come le cognitive-comportamentali, adottano procedure supportive più sistematicamente di altre, induce a pensare che in queste terapie la modulazione della complementarità, sull'asse supportività/non supportività, abbia minor possibilità di esplicarsi, e che quindi la promozione dell'alleanza venga fatta principalmente con interventi supportivi.

Per contro, la modulazione della complementarità dovrebbe trovare maggiore applicazione nelle terapie a orientamento dinamico e nelle terapie cogni-

tive più attente agli aspetti relazionali, ove il processo mutativo si impernia sulla relazione terapeuta-paziente e, appunto, sul calo della sua complementarietà nel corso della terapia (Alberti, 2000).

Un'ultima considerazione sulle differenze tra psicoterapie rispetto alle procedure pro-alleanza riguarda la possibilità che certe terapie tendano a indurre, per lo scarso uso delle necessarie procedure, livelli di alleanza bassi o comunque nettamente minori rispetto a quelli delle altre.

Su tale fenomeno teoricamente possibile non sembrano esservi ricerche empiriche, ma ciò non va interpretato come indice dell'inesistenza di tali terapie. Un esempio di tale tipo potrebbe essere quello di trattamenti analitici protratti, in cui poco si ricorra alle procedure supportive e alla modulazione dell'ansia, e in cui l'adesione prolungata del paziente al

- 38 -

trattamento si fondi, più che su un'alleanza vera e propria, su una personalità ben strutturata e solida, e su aspirazioni formative o professionali.

3. L'alleanza come fattore comune di efficacia delle psicoterapie

La correlazione positiva, ormai ampiamente dimostrata (Horvath e Symonds, 1991; Martin et al. 2000), tra l'alleanza e l'esito delle più diffuse psicoterapie, induce ad assegnare alla relazione terapeutica il ruolo di un fattore di efficacia certamente rilevante.

Il fatto che l'alleanza si stia rivelando non come determinata a priori, ma come il prodotto anche di specifiche azioni, atteggiamenti, interventi del terapeuta, non ne può diminuire la rilevanza agli effetti del risultato clinico. Ove vi sia buona alleanza, sembrerebbe di poter dire, vi dovrebbe essere buon esito terapeutico.

Tuttavia, considerando la dipendenza dell'alleanza dalle procedure idonee a promuoverla, è anche lecito ritenere che ove tali procedure manchino non dovrebbe svilupparsi una buona alleanza, e di conseguenza nemmeno un buon esito terapeutico.

Ciò però non è stato messo in evidenza da particolari ricerche, per cui questa evenienza resta ad oggi più teorica che dimostrata. Una spiegazione di questa mancata evidenziazione risiede probabilmente nel

- 39 -

fatto che le ricerche su certe forme di psicoterapia caratterizzate da scarse procedure pro-alleanza, quale ad esempio la psicoanalisi più tradizionale, sono estremamente scarse e non si sono quindi potute esaminare in numero sufficiente negli studi meta-analitici.

Ma il fatto che l'alleanza svolga il ruolo di predittore e fattore di efficacia non dice ancora nulla sull'estensione di tale suo ruolo. Sorge infatti spontanea la domanda se la sola buona alleanza possa essere sufficiente a determinare il risultato finale della psicoterapia, cioè se la buona alleanza tra terapeuta e paziente possa essere esaustivamente terapeutica, a prescindere da altri interventi psicologici (Henry et al., 1994; Martin et al., 2000).

Martin et al. (2000) ritiene che l'associazione diretta tra alleanza ed esito emersa dalla sua meta-analisi sia compatibile anche con un ruolo dell'alleanza come causa sufficiente del cambiamento clinico positivo. Tuttavia egli ritiene che quanto evidenziatosi nella meta-analisi non permetta di escludere spiegazioni alternative sul rapporto tra alleanza ed esito, ad esempio che l'alleanza possa interagire con altri interventi terapeutici, ed influire sull'esito finale, in via mediata, attraverso altri interventi contestualmente messi in atto.

L'entità quantitativa della correlazione alleanza-esito non permette di assegnare all'azione dell'alleanza sull'esito una preminenza rispetto

- 40 -

all'azione svolta da altre procedure. Non solo la correlazione tra alleanza ed esito è risultata bassa in ambedue le meta-analisi, di Horvath e Symonds (1991) ed di Martin et al. (2000), ma il suo ordine di grandezza non è diverso da quello di molte correlazioni tra esito e altre variabili di processo (Matt e Navarro, 1997, cit. da Martin et al., 2000).

Di conseguenza, appare necessario cercare una definizione dell'azione della buona alleanza nella direzione di meccanismi complessi, in cui essa interagisca con altre procedure.

In questa prospettiva è opportuno tornare ad alcune evidenze empiriche, già citate a proposito delle prime ricerche sulla relazione e riferibili all'azione di atteggiamenti e interventi pro-alleanza di ispirazione rogeriana sui processi cognitivo-emotivi dei pazienti: atteggiamenti genuinamente empatici, caldi e di accettazione del paziente e delle sue manifestazioni inducono in questi un'autoesplorazione più profonda e una maggior facilità dell'espressione verbale, mentre atteggiamenti opposti, intrusivi e troppo direttivi, elevano le resistenze del paziente.

Dati di questo genere indicano che la buona alleanza sembra esercitare un'azione diretta su attività mentali e comportamenti del paziente che sono utili alla sua evoluzione terapeutica. Tuttavia è lecito domandarsi se questa azione dell'alleanza sul processo terapeutico potrebbe

- 41 -

esplicitarsi in assenza di altri interventi, dalle domande esplorative alle interpretazioni, chiarificazioni ed anche prescrizioni, che indirizzano gli sforzi di comprendersi e cambiarsi del paziente.

Altre evidenze, relative alle combinazioni procedurali che favoriscono l'azione terapeutica delle interpretazioni di transfert, dimostrano ancora più chiaramente che il ruolo della buona alleanza è quello di permettere ad altre procedure, più specifiche, di agire mutativamente: l'alleanza, rafforzata o ristabilita con tecniche diverse, permette che si esplichino, anche con pazienti meno idonei dal punto di vista della loro personalità, l'efficacia terapeutica delle interpretazioni.

Un'altra indicazione sul ruolo permissivo dell'alleanza rispetto all'azione mutativa viene dagli studi sulla complementarità, la quale è efficace soltanto se, oltre a favorire l'alleanza, attraverso suoi alti livelli iniziali, poi si riduce, trasformando la relazione terapeuta-paziente in un campo relazionale che facilita le esperienze correttive.

Da più parti vengono quindi indicazioni empiricamente fondate che la sola alleanza non è sufficiente a far cambiare il paziente, ma che insieme a questa, promossa con le tecniche relazionali delineate, sono necessari interventi specifici indirizzati ai processi psichici che sostengono la problematica del singolo paziente.

Appare perciò necessario dedurre da tutto ciò che l'alleanza ha un ruolo

- 42 -

decisivo ma parziale nella determinazione dell'esito, e cioè quello di una condizione necessaria ma non sufficiente, da sola, a determinare il risultato terapeutico.

Anche in questo suo ruolo parziale, tuttavia, è ovvio che essa sia decisiva agli effetti dell'esito. In assenza di una buona alleanza è infatti impossibile ottenere un buon risultato terapeutico, specialmente con i pazienti più problematici.

Analogamente, anche il suo ruolo di fattore di efficacia comune alle più diffuse psicoterapie resta possibile, anche se con qualche riserva derivante dal non ubiquitario ricorso alle procedure pro-alleanza. Ciò significa che in terapie povere di tali procedure il buon esito non potrà attribuirsi al fattore comune "alleanza" ma ad altri fattori.

Bibliografia

- ALBERTI G.G. (1989), *La relazione terapeutica tra ricerca e clinica*, in A.MENEGHELLI, D. SACCHI (a cura di), *Terapia e modificazione del comportamento negli anni '80*, Ghedini, Milano, pp. 7-18.
- ALBERTI G.G. (2000), *Ciclo interpersonale e identificazione proiettiva. Una convergenza teorica e tecnica*, in G.G. ALBERTI, *Le psicoterapie. Dall'eclittismo all'integrazione*, Franco Angeli, Milano, pp. 125-217.

- ALBERTI G.G. (2003), *Per un approccio procedurale all'integrazione delle psicoterapie*, in G.G. ALBERTI e T. CARERE-COMES (a cura di), *Il futuro della psicoterapia tra integrità e integrazione*, Franco Angeli, Milano, pp. 77-94.
- ALBERTI G.G., CARERE-COMES T. (a cura di) (2003), *Il futuro della psicoterapia tra integrità e integrazione*, Franco Angeli, Milano.
- AUERBACH H., JOHNSON M. (1977), *Research on the therapist's level of experience*, in A.S.GURMAN A e A.M.RAZIN (a cura di), *Effective Psychotherapy*, Pergamon, New York, pp. 84-102.
- BANON E., EVAN-GRENIER M., BOND M. (2001), *Early transference interventions with male patients in psychotherapy*, in "Journal of Psychotherapy and Practice Research", 10, pp. 79-92.
- BARBER J., STRATT R., HALPERING G., CONNOLLY M.B. (2001), *Supportive techniques. Are they found in different therapies?*, in "Journal of Psychotherapy Practice Research", 10, pp. 165-172.
- BECK J.T., STONGS S.R. (1982), *Stimulating therapeutic change with interpretations: a comparison of positive and negative connotation*, in "Journal of Counseling Psychology", 29, pp. 551-559.
- BEUTLER L.E., ENGLE D., MOHR D., DALDRUP R.J., BERGAN J., MEREDITH K., MERRY W. (1991), *Predictors of differential response to cognitive, experiential and self-directed psychotherapy procedures*, in "Journal of Consulting Clinical Psychology", 59, pp. 333-340.
- BOND M. BANON E., GRENIER M. (1998), *Differential effects of interventions on the therapeutic alliance with patients with personality disorders*, in "Psychotherapy Practice and Research", 7, pp. 301-318.
- BRUNINK S.A., SCHROEDER H.E. (1979) *Verbal therapeutic behavior of expert psychoanalytically oriented, gestalt, and behaviour therapists*, in "Journal of Consulting Clinical Psychology", 47, pp. 567-574.
- BUCKLEY P., KARASU T.B., CHARLES E. (1981), *Psychotherapists view their personal therapy*, in "Psychotherapy: Theory, Research and Practice", 18, pp. 299-305.
- BUCKLEY P., CONTE H.R., PLUTCHIK R. et al. (1994) *Psychodynamic variables as predictors of psychotherapy*, in "American Journal of Psychiatry", 141, pp. 742-747.
- CARPY D.V. (1989), *Tolerating the countertransference: a mutative process*, in "International Journal of Psychoanalysis", 70, pp. 287-294.
- CARSON, R.C. (1982), *Self-fulfilling prophecy, maladaptive behaviour, and psychotherapy*, in J.C.ANCHIN e D.J.KIESLER (a cura di), *Handbook of Interpersonal Psychotherapy*, Pergamon, New York.
- CONNOLLY M.B., CRITS-CHRISTOPH P., SHAPPELL S., BARBER J.P., LUBORSKY L., SHAFFER C. (1999), *Relation of transference interpretations to outcome in the early sessions of brief supportive-expressive psychotherapy*, in "Psychotherapy Research", 9, pp. 485-495.
- CRITS-CHRISTOPH P., BARBER J.P., KURCIAS J.S. (1993), *The accuracy of therapists' interpretations and the development of the therapeutic alliance*, in "Psychotherapy Research", 3, pp. 25-35.
- DESPLAND J.N., DEROTEN Y., DESPARS J., STIGLER M., PERRY J.C. (2001), *Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation*, in "Journal of Psychotherapy and Practice Research", 10, pp. 155-164.

- DIETZEL C.S., ABELES N. (1975), *Client-therapist complementarity and therapeutic outcome*, in "Journal of Counseling Psychology", 22, pp. 264-272.
- DUNKLE J.H., FRIEDLANDER M.L. (1996), *Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance*, in "Journal of Counseling Psychology", 43, pp. 456-460.
- EAMES V., ROTH A. (2000), *Patient attachment orientation and the early working alliance*, in "Psychotherapy Research", 10, pp. 421-434.
- EATON T.T., ABELES N., GUTFREUND M.J. (1988), *Therapeutic alliance and outcome: impact of treatment length and pretreatment symptomatology*, in "Psychotherapy", 25, pp. 536-542.
- FELDMAN M. (1997), *Projective identification: the analyst's involvement*, in "International Journal of Psychoanalysis", 78, pp. 227-241.
- FOREMAN S.A., MARMAR C.R. (1985), *Therapist actions that address initially poor therapeutic alliances in psychotherapy*, in "American Journal of Psychiatry", 142, pp. 922-926.
- FOSHA D. (2000), *The transforming power of affect*, Basic Books, New York
- FRANK J.D. (1974a), *Psychotherapy: The restoration of morale*, in "American Journal of Psychiatry", 131, pp. 271-274.
- FRANK J.D. (1974b), *Therapeutic components of psychotherapy*, in "Journal of Nervous and Mental Disease", 159, pp. 325-342.
- FRIESWIJK S., ALLEN J.G., COLON D.B. et al. (1986), *Therapeutic alliance: its place as a process and outcome variable in dynamic psychotherapy research*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 54, pp. 32-38.
- GABBARD G.O., HORWITZ L., ALLEN J.G. et al. (1994), *Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients: a high-risk, high-gain phenomenon*, in "Harvard Review of Psychiatry", 4, pp. 59-69.
- GASTON L., MARMAR C.R., THOMPSON I.W., GALLAGHER D. (1988), *Relation of patient pretreatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 56, pp. 483-489.
- GERSTLEY L., MCCLELLAN A., ALTERMAN A., WOODY G., LUBORSKY L., PROUT (1989), *Ability to form an alliance with the therapist: a possible marker of prognosis for patients with antisocial personality disorder*, in "American Journal of Psychiatry", 146, pp. 508-512.
- HARDY G.E., SHAPIRO D.A. (1985), *Therapist response modes in prescriptive vs. exploratory psychotherapy*, in "British Journal of Clinical Psychology", 24, pp. 235-245.
- HARDY G.E., STILES W.B., BARKHAM M., STARTUP M. (1998), *Therapist responsiveness to client interpersonal styles during time-limited treatments for depression*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 66, pp. 304-314.
- HARDY G.E., CAHILL J., SHAPIRO D.A., BARKHAM M., REES A., MACASKILL N. (2001), *Client interpersonal and cognitive styles as predictors of response to time-limited cognitive therapy for depression*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 69, pp. 841-845.
- HELLERSTEIN D.J., ROSENTHAL R., PINSKER H., SAMSTAG W.L., MURAN J.C., WINSTON A. (1998), *A randomized prospective study comparing supportive and dynamic thera-*

- pies: outcome and alliance*, in "Journal of Psychotherapy and Practice Research", 7, pp. 261-271.
- HENRY W.P., SCHACHT T.E., STRUPP H.H. (1986), *Structural analysis of social behavior: application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 54, pp. 27-31.
- HENRY W.P., SCHACHT T.E., STRUPP H.H. (1990), *Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 58, pp. 768-774.
- HENRY W.P., STRUPP H.H., SCHACHT T.E., GASTON L. (1994), *Psychodynamic approaches*, in E.BERGIN e S.L.GARFIELD (a cura di) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Wiley, New York, pp. 467-508.
- HERSOUG A.G., HOGLEND P., MONSEN J.T., HAVIK O.E. (2001), *Quality of working alliance in psychotherapy. Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors*, in "Journal of Psychotherapy and Practice Research", 10, pp. 205-216.
- HOROWITZ L.M., ROSENBERG S.E., BARTHOLOMEW K. (1993), *Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 61, pp. 549-560.
- HORVATH A.O., LUBORSKY L. (1993), *The role of the therapeutic alliance in psychotherapy*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 61, pp. 561-573.
- HORVATH A.O., SYMONDS B.D. (1991), *Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis*, in "Journal of Counseling Psychology", 38, pp. 139-149.
- JONES E.E., 2000, *Therapeutic Action*, Jason Aronson, LONDRA
- JONES E.E., PRICE P.B. (1998), *Interaction structure and change in psychoanalytic therapy*, in R.F.BORNSTEIN e J.M. MASLING (a cura di), *Empirical studies of the therapeutic hour*, pp. 27-62.
- JOYCE A.S., PIPER W.E. (1998), *Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy*, in "Journal of Psychotherapy and Practice Research", 7, pp. 236-248.
- KIESLER, D.J. (1979), *An interpersonal communication analysis of relationship in psychotherapy*, in "Psychiatry", 42, pp. 299-311.
- KIESLER D.J. (1983), *The 1982 interpersonal circle. A taxonomy for complementarity in human transactions*, in "Psychological Review", 90, pp. 185-214.
- KIESLER D.J., WATKINS L.M. (1989), *Interpersonal complementarity and the therapeutic alliance: a study of relationship in psychotherapy*, in "Psychotherapy", 26, pp. 183-194.
- LANSFORD E. (1986), *Weakenings and repairs of the working alliance in short-term psychotherapy*, in "Professional Psychology, Research and Practice", 17, pp. 364-366.
- LANSFORD E., BORDIN E.S. (1983), *A research note on the relation between the free association and experiencing scales*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 51, pp. 367-369.
- LINGIARDI V. (2002), *L'alleanza terapeutica. Teoria, clinica e ricerca*, Raffaello Cortina, Milano
- LUBORSKY L. (1984) *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy*. Basic Books, New York

- LUBORSKY L., SINGER B., LUBORSKY L. (1975), *Comparative studies of psychotherapies*, in "Archives of General Psychiatry, 32, pp. 995-1008.
- LUBORSKY L., BACHRACH H., GRAFF H., PULVER S., CHRISTOPH P. (1979), *Preconditions and consequences of transference interpretations*, in «Journal of Nervous and Mental Disease», 167, pp. 391-401.
- LUBORSKY L., CRITS-CHRISTOPH P., ALEXANDER L., MARGOLIS M., COHEN M. (1983), *Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy*, in "Journal of Nervous and Mental Disease", 171, pp. 480-491.
- LUBORSKY L., MCLELLAN A.T., WOODY G.E., O'BRIEN C.P., AUERBACH A. (1985), *Therapist success and its determinants*, in "Archives of General Psychiatry, 42, pp. 602-611.
- LUBORSKY L., CRITS-CHRISTOPH P., MINTZ J., et al. (1988), *Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes*, Basic Books, New York,
- MALLINCKRODT B. (2000), *Attachment, social competencies, and therapy process*, in "Psychotherapy Research", 10, pp. 239-266.
- MALLINCKRODT B., COBLE H.M., GANTT D.L. (1995), *Working alliance, attachment memories, and social competencies of women in brief therapy*, in "Journal of Counseling Psychology", 42, pp. 79-84.
- MARTIN D., GARSKE J.P., DAVIS M.K. (2000), *Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, pp. 438-450.
- MARZIALI E.A. (1984), *Prediction of outcome of brief psychotherapy from therapist interpretive interventions*, in "Archives of General Psychiatry, 41, pp. 301-304.
- MARZIALI E.A., SULLIVAN J.H. (1980), *Methodological issues in the context analyses of brief psychotherapy*, in "British Journal of Medical Psychology, 53, pp. 19-27.
- MATT G.E., NAVARRO A.M. (1997), *What meta-analyses have and have not taught us about psychotherapy effects: a review and future directions*, in "Clinical Psychology Review", 17, pp. 1-32.
- MCCULLOUGH L., WINSTON A., FARBER B. A., et al. (1991), *The relationship of patient-therapist interaction to outcome in brief psychotherapy*, in "Psychotherapy", 28, pp. 525-533.
- MILBRATH C., BOND M., COOPER S., ZNOJ H.J., HOROWITZ M.J., PERRY J.C. (1999), *Sequential consequences of therapists' interventions*, in "Journal of Psychotherapy and Practice Research", 8, pp. 40-54.
- MORAS K., STRUPP H. (1982), *Pretherapy interpersonal relations, patient's alliance and outcome in brief therapy*, in "Archives of General Psychiatry", 39, pp. 409-409.
- MORGAN R., LUBORSKY L., CRITS-CHRISTOPH P., CURTIS H., SOLOMON J. (1982), *Predicting the outcome of psychotherapy by the Penn helping alliance rating method*, in "Archives of General Psychiatry", 39, pp. 397-402 .
- MURAN C., SEGAL Z.V., SAMSTAG L.W., CRAWFORD C.E. (1994), *Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 62, pp. 185-190.
- NAJAVITS L.M., STRUPP H.H. (1994), *Differences in the effectiveness of psycho-dynamic therapists: a process-outcome study*, in "Psychotherapy", 31, pp. 114-123.
- OSIMO F. (2001), *Parole, emozioni e videotape*, Franco Angeli, Milano,
- OGRONICZUK J.S., PIPER W.E., JOYCE A.S., MCCALLUM M. (1999), *Transference inter-*

- pretations in short-term dynamic psychotherapy*, in "Journal of Nervous and Mental Disease", 187, pp. 572-579.
- ORLINSKY D.E., GRAW E., PARKS B.K. (1994), *Process and outcome in psychotherapy: noch einmal*, in A.E.BERGIN e S.L.GARFIELD (a cura di), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Wiley, New York, pp. 270-376.
- PAIVIO S.C., BAHR L.M. (1998), *Interpersonal problems, working alliance, and outcome in short-term experiential therapy*, in "Psychotherapy Research", 8, pp. 392-407.
- PERSSON G., ALSTROM J.E., NORDLUND C.L. (1984), *Relation between outcome and the patient's initial experience of the therapist and therapeutic conditions in four treatment methods for phobic disorders*, in "Acta Psychiatrica Scandinavica", 69, pp.296-306.
- PIPER W.E., DE CARUFEL F.L., SZKRUMELAK N. (1985), *Patient predictors of process and outcome in short term individual psychotherapy*, in "Journal of Nervous and Mental Disease", 173, pp. 726-733.
- PIPER W.E., DEBBANE E.G., DE CARUFEL F. et al. (1986), *Relationships between the object focus of therapist interpretations and outcome in short-term individual psychotherapy*, in "British Journal of Medical Psychology", 59, pp. 1-11.
- PIPER W.E., AZIM H.F.A., JOYCE A.S., MCCALLUM M. (1991), *Transference interpretations, therapeutic alliance, and outcome in short-term individual psychotherapy*, in "Archives of General Psychiatry", 48, pp. 946-953.
- RAUE P.J., CASTONGUAY L.G., GOLDFRIED M.R., (1993), *The working alliance: a comparison of two therapies*, in "Psychotherapy Research", 3, pp. 197-207.
- ROGERS C. (1957), *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change*, in "Journal of Consulting Psychology", 21, pp. 95-103.
- ROTH A., FONAGY P. (1996), *The relationship between outcome and therapist training, experience, and technique*, in *What works for whom?*, Guilford, New York, pp. 341-357.
- SAFRAN J.D., CROCKER P., MCMAN S. et al. (1990), *The therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation*, in "Psychotherapy", 27, pp. 154-165.
- SAFRAN J.D., MURAN J.C. (1996), *The resolution of ruptures in the therapeutic alliance*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 64, pp. 447-458.
- SAFRAN J.D., MURAN J.C. (2001) (a cura di), *L'alleanza in psicoterapia a breve termine*, ASPIC, Edizioni Scientifiche, Roma.
- SAFRAN J.D., MURAN J.C. (2000), *Negotiating the therapeutic alliance*, Guilford, New York.
- SAFRAN J.D., MURAN J.C., SAMSTAG L.W. (1994), *Resolving therapeutic alliance ruptures: a task analytic investigation*, in A.O.HORVATH e L.S. GREENBERG (a cura di), *The working alliance: Theory, research and practice*, Wiley, New York.
- SAFRAN J.D., SEGAL Z.V. (1990), *Interpersonal process in cognitive therapy*, Basic Books, New York.
- SAMSTAG L.W., BATSCHOLDER S.T., MURAN J.C., SAFRAN J.D., WINSTON A. (1998), *Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy: an assessment of therapeutic alliance and interpersonal behavior*, in "Journal of Psychotherapy and Practice Research", 7, pp. 126-143.
- SATTERFIELD W.A., LYDDON W.J. (1998), *Client attachment and the working alliance*, in "Counseling Psychology Quarterly", 11, pp. 407-415.

- SLOANE R.B., STAPLES F.R., CRISTOL A.H., YORKSTON N., WHIPPLE K. (1975), *Psychotherapy versus behavior therapy*, Harvard University Press, Cambridge.
- SMITH M.L., GLASS G.V., MILLER T.I. (1980), *The benefits of psychotherapy*, Johns Hopkins University Press, Baltimore
- SPENCE D., DAHL H., JONES E.E. (1993), *Impact of interpretation on associative freedom*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 61, pp. 395-402.
- STAPLES F.R., SLOANE R.B. (1976), *Truax factors, speech characteristics, and therapeutic outcome*, in "Journal of Nervous and Mental Disease", 163, pp. 135-140.
- STRACHEY J. (1934), *The nature of the therapeutic action of psychoanalysis*, in "International Journal of Psychoanalysis", 15, pp. 127-159.
- THOMAE H. (1983), *Erleben und Einsicht im Stammbaum psychoanalytischer Techniken und der „Neubeginn“ als Synthese im „Hier und Jetzt“*, in S.O. HOFFMANN (a cura di) *Kritische Beitrage zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse*, Fischer, Frankfurt.
- TOURNEY G., BLOOM V., LOWINGER P.L., SCHORER C., AULD F., GRISSELL J. (1966), *A study of psychotherapeutic process variables in psychoneurotic and schizophrenic patients*, in "American Journal of Psychotherapy", 20, pp. 112-124.
- TRUAX C.B. (1963), *Effective ingredients in psychotherapy: an approach to unravelling the patient-therapist interaction*, in "Journal of Counseling Psychology", 10, pp. 256-263. - 56 -
- TRUAX C.B., CARKHUFF R.R. (1965), *Experimental manipulation of therapeutic conditions*, in "Journal of Consulting Psychology", 29, pp. 119-124.
- TRUAX C.B., WARGO D.G., FRANK J.D., IMBER S.D., BATTLE C.C., HOEHNSARIC R., NASH E.H., STONE A.R. (1966a), *Therapist empathy, genuineness, and warmth and patient therapeutic outcome*, in "Journal of Consulting Psychology", 30, pp. 395-401.
- TRUAX C.B., WARGO D.G., FRANK J.D., IMBER S.D., BATTLE C.C., HOEHNSARIC R., NASH E.H., STONE A.R. (1966b), *The therapist's contribution to accurate empathy, non-possessive warmth, and genuineness in psychotherapy*, in "Journal of Clinical Psychology", 22, pp. 331-334.
- WALLERSTEIN R.S. (1989), *The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation: an Overview*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 57, pp. 195-205.
- WAMPOLD B.E. (2001), *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*, Erlbaum, Mahwah

Dr. Giorgio G. Alberti, Dipartimento Salute Mentale, Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo, via Pio II, 3, 20153 Milano. Tel. e Fax: 02-40222359. E-mail: gg.alberti@tiscalinet.it



UNA METODOLOGIA DI ANALISI DEL PROCESSO PSICOTERAPEUTICO: RIFLUD (RILEVATORE DEI FLUSSI DISCORSIVI)

A METHOD FOR ANALYSING THE PSYCHOTHERAPY PROCESS: RIFLUD (DISCOURSE FLOW DETECTOR)

M. Grasso¹, S. Salvatore², A. Guido²

Riassunto

Obiettivo del presente contributo è presentare i lineamenti generali di un metodo di analisi empirica del processo clinico – attualmente in fase di sviluppo - progettato per produrre descrizioni della relazione terapeutica coerenti con il suo carattere costitutivamente dinamico.

Il metodo RIFLUD (*Rilevatore dei Flussi Discorsivi*) si basa su una concezione psicodinamica, interazionale e semiotica del setting. Secondo tale concezione, lo scambio discorsivo tra gli attori è il luogo e insieme il vettore della costruzione intersoggettiva dei significati affettivi del rapporto; costruzione regolata dalla sintassi propria del modo di essere inconscio della mente.

In ragione della prospettiva teorica ora richiamata, RIFLUD si focalizza *sulla costruzione temporale del discorso*; in altri termini, sul processo di sedimentazione del *sensu* che si realizza non solo e non tanto al livello del dispiegarsi logico dell'argomentazione, quanto sul piano simbolico della connessione tra ciò che si dice, chi lo dice, quando lo dice.

Il funzionamento di RIFLUD viene esemplificato attraverso una sua applicazione pilota al trascritto della registrazione di momenti di processo clinico.

Pur nella loro limitata portata, le evidenze empiriche presentate mettono in evidenza la possibilità di RIFLUD di produrre descrizioni non banali del processo clinico e della sua evoluzione.

Parole chiave ricerca di processo, psicoterapia, analisi dei flussi discorsivi

Summary

The goal of the present work is to display a broad frame of an empirical analysis method, attaining the clinical process, designed to elicit descriptions, coherent with

¹ Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università degli Studi "La Sapienza", Roma

² Dipartimento di Scienze Pedagogiche, Psicologiche e Didattiche, Università degli Studi, Lecce

its dynamic nature, of the therapeutic relation. A goal that is in its work-in-progress stage at the moment.

The RIFLUD methodology (*Rilevatore dei Flussi Discorsivi / Communicational flows analyzer*) is based on a psychodynamic, interactional and semiotic clinical setting model. According to this model, the communicational speech exchange between subjects is, at the same time, space and directional energy of the common construction of specific emotional meanings running within the clinical relation; a construction shaped by the syntax rules of the “way of being unconscious” of the mind.

Grounding in this theoretical frame, RIFLUD focuses on the *sequential construction of the communicational flow*; in other terms, on *significance* attribution, not made only on a rational unfolding level of the conversation, but more on a symbolic level of the links between what it is said, who says it, when it is said.

How RIFLUD works is here exemplified by a trial use on the audio recorded text transcription of clinical process segments.

Even taking into account its limits, the empirical evidences here displayed highlight the RIFLUD potentialities to produce non-ordinary descriptions of the clinical process and of its progress.

Key words process research, psychotherapy, communicational flow analysis

Introduzione

La *process research* è chiamata a tenere conto, nella definizione dei modelli di descrizione/interpretazione degli eventi clinici, di due fondamentali valenze della relazione clinica.

1. Il carattere dinamico della relazione clinica, che ha nel tempo un suo elemento costitutivo.

Una strategia metodologica adottata da diversi ricercatori (ad es. Seganti, 1995; Bucci, 1997) è di concentrarsi sull'andamento temporale di un determinato indicatore (o sistema di indicatori). Questa soluzione costituisce tuttavia solo in prima approssimazione una soluzione al problema. Essa, infatti, tratta il fattore temporale come una dimensione in ultima istanza *estrinseca* al fenomeno. In ultima istanza, la descrizione del processo rimane comunque affidata a operazioni puntuali, dunque “statiche”; la *dinamica del processo* viene ricostruita successivamente, entro il discorso dell'osservatore, come sequenza di descrizioni discrete. Il carattere intrinsecamente dinamico del processo terapeutico costituisce d'altra parte un aspetto concettuale rilevante, in particolare nel campo della ricerca di orientamento psicodinamico. È sufficiente in questo senso il richiamo al principio euristico delle sequenze associative per cogliere

come nell'ottica psicoanalitica la modalità temporale del discorso e più in generale della relazione terapeutica, si configuri come *forma simbolica*: significante di significati emozionali.

2. Il carattere situato dello scambio discorsivo che anima la relazione clinica

La psicologia di ispirazione socio-costruttivista (cornice concettuale che raccoglie approcci tra loro anche marcatamente differenziati: psicologia culturale, socio-costruttivismo; psicologia discorsiva) ha evidenziato la *contestualità* degli scambi linguistici e dei processi di costruzione del senso. Alla concezione classica del significato - secondo la quale i contenuti semantici (concetti, idee, pensieri; stati della mente) sono entità dotate di vita propria, sostanzialmente indipendenti dalle forme linguistiche che li esprimono - è stata contrapposta una visione basata sulla lezione del secondo Wittgenstein, che riconosce come i significati non siano un presupposto dello scambio discorsivo, ma si costruiscano entro e per mezzo di esso. Il che in altri termini significa che ogni espressione linguistica, ogni testo definisce il proprio significato in ragione del contesto discorsivo (intenzioni dei locutori, forme retoriche utilizzate, forme dello scambio, modalità di simbolizzazione del rapporto...) in cui viene implementato (De Grada, Bonaiuto, 2003; Salvatore, 2003; Smorti, 2003).

La tesi della situatività del linguaggio ha evidenti implicazioni metodologiche sulla *process research*, in particolare sul piano delle condizioni di validità delle analisi basate su materiale linguistico. Infatti, se declinata nelle sue coerenti conseguenze, la tesi della situatività porta a riconoscere come problematici quei metodi di analisi testuale (in senso lato) che per la decodifica del materiale linguistico (parole, frasi, parti del testo...) adottano criteri "universali", propri del sistema di coordinate del giudice/osservatore, piuttosto che "locali" - elaborati, cioè, in funzione dello stesso contesto discorsivo che si intende analizzare

Obiettivi

Il presente contributo illustra un metodo di analisi empirica del processo psicoterapeutico - attualmente in fase di sviluppo - da noi pensato per produrre descrizioni della relazione terapeutica coerenti con il suo carattere dinamico e situato

RIFLUD (*Rilevatore dei Flussi Discorsivi*) si basa su una concezione interazionale e semiotica del setting. Secondo tale concezione, lo scambio discorsivo è il luogo e insieme il vettore della costruzione collusiva dei significati affettivi sostanziando il senso del rapporto (Carli, 1987; Grasso, Salvatore, 1997). In ragione della prospettiva teorica ora richiamata, RIFLUD si focalizza *sulla co-*

struzione temporale del discorso; in altri termini, sul processo di sedimentazione del *sensu* che si realizza non solo e non tanto al livello del dispiegarsi logico dell'argomentazione, quanto sul piano simbolico della connessione tra ciò che si dice, chi lo dice, quando (prima e dopo che cosa) lo dice.

Lo scopo di RIFLUD è lo studio della struttura delle connessioni associative tra i segmenti del discorso che configura lo scambio clinico. In questo senso, RIFLUD può essere inteso come un sistema di analisi della struttura metonimica del discorso che ha luogo entro il processo.

Il metodo RIFLUD

La procedura RIFLUD di mappatura del discorso

RIFLUD utilizza *T-LAB.XLI*, un software predisposto *ad hoc* per implementare le fasi di analisi multidimensionale su dati testuali richieste:

La procedura segue le seguenti fasi

Fase 0. Costruzione della matrice segmenti x lemmi

In fase preliminare (Lancia, 2002), si procede a segmentare il testo in unità lessicali, tendenzialmente coincidenti con singole - o gruppi - di frasi. Allo stesso modo si procede alla disambiguazione e lemmatizzazione del testo, in modo da ridurre la variabilità lessicale, in particolare quella connessa alle dimensioni sintattiche (singolare/plurale, declinazione dei verbi...). La matrice descrive ciascun segmento/riga in termini di presenza/assenza di ciascun lemma/colonna.

Fase 1. Costruzione del repertorio delle categorie semantiche.

Una fondamentale specificità di RIFLUD è l'adozione - in conformità all'ipotesi del carattere situato dei processi simbolici - di criteri di categorizzazione del testo *intrinseci* al testo stesso. Infatti, il metodo non utilizza una griglia di analisi del contenuto indipendente dal testo, ma la costruisce *ad hoc*, tramite una procedura di analisi multidimensionale (Analisi delle Corrispondenze Multiple, ACM) applicata alla matrice segmenti x lemmi generata nella fase 0. In altri termini, RIFLUD tratta l'insieme dei fattori estratti dall'ACM³ come la griglia di categorie semantiche utilizzata (nella fase successiva) per classificare il contenuto del testo.

Fase 2. Categorizzazione dei segmenti del testo

In questa fase RIFLUD applica al testo la griglia delle categorie semantiche/fattori definita nella fase precedente: ciascun segmento viene attribuito al fat-

³ Val la pena di precisare che ciascun fattore è interpretato attraverso l'analisi dei lemmi che risultano maggiormente associati al fattore stesso)

tore/categoria semantica (estratto nella fase precedente) che, tra quelli della griglia, presenta il maggior indice di associazione (V-test) con il segmento stesso.

In questo modo ogni segmento del testo viene marcato da una categoria semantica. Di seguito utilizzeremo il termine *unità discorsiva* per indicare la connessione tra una data categoria semantica ed un determinato segmento. La fase 2 dà dunque come output la traduzione del testo in una sequenza di unità discorsive⁴.

Fase 3. Analisi delle sequenze

La sequenza di unità discorsive viene sottoposta ad un'analisi basata sulla logica markoviana, finalizzata alla individuazione delle probabilità con cui ciascuna unità precede/succede ad un'altra.

L'output

La procedura di mappatura dinamica del discorso genera due principali risultati.

- a) la *rappresentazione a rete del discorso*
- b) la *qualificazione della funzione discorsiva dei nodi di rete*

a) La rete del discorso

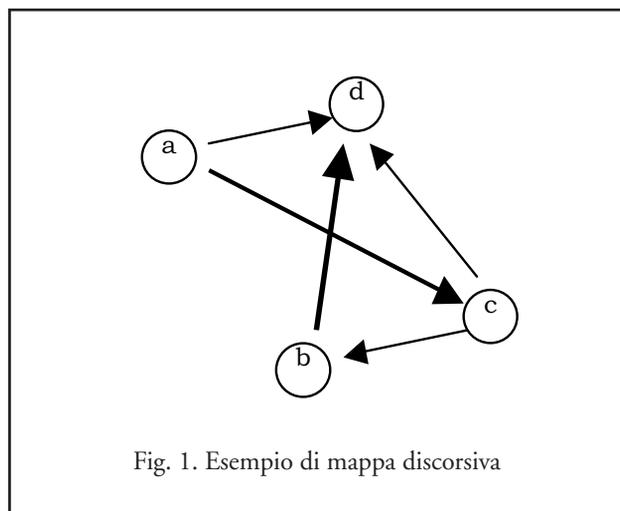
L'intento è concettualizzare le connessioni tra le unità discorsive, intese come gli elementi semantici attivi del testo⁵.

La rappresentazione del discorso in termini di rete permette in primo luogo di evidenziare la forza e la direzione delle sequenze associative tra le unità discorsive. Le unità discorsive corrispondono ai *nodi* della rete; le relazioni di

⁴ I criteri di scelta alla base della segmentazione del testo e le modalità di categorizzazione che portano alla definizione delle unità discorsive sono parti integranti di RIFLUD; sono presentati più avanti nel testo.

⁵ È opportuna una precisazione. La prima fase di RIFLUD è dedicata ad articolare il testo in segmenti ed a classificare ciascun segmento in ragione di un insieme di categorie di significato. Ovviamente, il numero di categorie semantiche è inferiore al numero di segmenti (se ci fosse una corrispondenza 1-1 tra segmenti e categorie semantiche le uniche connessioni rilevabili sarebbero evidentemente quelle già presenti nel testo, derivanti dalla segmentazione dello stesso). In altri termini: la struttura delle connessioni riguarda non i segmenti del testo, ma il loro significato (in altri termini: le categorie semantiche a cui i segmenti si associano). È per evidenziare questo aspetto che abbiamo ritenuto opportuno introdurre il termine "**unità discorsiva**", denotante la connessione tra un determinato segmento e la corrispondente categoria semantica che lo interpreta.

connessione vengono analizzate in termini stocastici: come probabilità di ciascun segmento di discorso di essere preceduto (di essere seguito) da un altro elemento.



La figura 1 illustra una possibile mappa del discorso. La forza della relazione tra due unità discorsive “a” e “b” è segnalata dallo spessore della linea di connessione. Essa può variare da 0 – quando l’unità “a” non è mai seguita da “b” - ad 1, quando ad “a” segue sempre “b”. L’unità discorsiva “a” tende ad essere seguita con alta probabilità da “c” e con una certa probabilità da “d”, ma non mantiene connessioni con “b”. A sua volta “b” tende ad essere preceduta da “c” con una qualche probabilità e ad essere seguita con grande probabilità da “d” (che segue, ma non precede – tutti gli altri nodi). In questo esempio, dunque, le sequenze “a”-“c” e “b”-“d” si mostrano come quelle maggiormente pregnanti.

RIFLUD tratta le sequenze ridondanti (le sequenze cioè che si propongono più volte nel corso del discorso) come i fondamentali vettori/regolatori della costruzione discorsiva del senso; in altri termini, le associazioni tra unità discorsive che tendono a ripresentarsi nel testo, per tale ragione sono considerate il veicolo del significato affettivo della conversazione. Alla base del metodo vi è dunque il riconoscimento della capacità semiopoietica della dimensione metonimica del discorso⁶.

⁶Per una discussione su questo punto ci sia permesso di rimandare a: Grasso, Salvatore, 1997; Amara, et al 2001; Salvatore, in stampa.

b) La qualificazione della funzione discorsiva dei nodi

RIFLUD descrive ciascun nodo in ragione della sua funzione/posizione entro la rete.

RIFLUD distingue tra tre diversi tipi di nodi, a ciascuno dei quali corrisponde una funzione entro il flusso discorsivo:

- nodo *generatore*;
- nodo *attrattore*;
- nodo *relay*.

Questa tipologia si basa sul rapporto tra connessioni in ingresso e connessioni in uscita che caratterizza il nodo. Tre sono le possibilità. Il nodo *generatore* presenta in uscita una variabilità discorsiva superiore a quella in entrata. Il nodo attrattore è, all'inverso, il nodo che ha in ingresso una quantità superiore di significati rispetto a quelle che presenta in uscita. Il nodo *relay* presenta equilibrio tra ingresso ed uscita.

In termini analogici, i nodi attrattori possono essere concepiti come dei nuclei discorsivi che limitano l'espansione del senso: dei riduttori della variabilità discorsiva; se si vuole, dei coaguli simbolici che esercitano una forza gravitazionale limitante le linee di sviluppo del discorso. I nodi generatori sono invece dei moltiplicatori semantici. Una volta attivati ampliano il ventaglio dei significati in gioco, "aprendo" in questo modo il discorso ad ulteriori spazi di significazione. I nodi relay sono unità discorsive che riflettono lo stato di equilibrio del flusso discorsivo. Quando compare un nodo relay la variabilità semantica del discorso rimane inalterata⁷: un relay non consuma né produce senso; ne permette piuttosto il passaggio da un luogo all'altro del discorso.

La funzione discorsiva di un nodo si calcola attraverso uno specifico algoritmo, che permette di rilevare il rapporto tra l'ampiezza degli spettri semantici costituiti rispettivamente dalle unità discorsive che precedono e che succedono il nodo. Se il rapporto è a favore del primo spettro, allora il nodo è attrattore: assorbe la variabilità semantica del flusso discorsivo; se il rapporto è a favore dello spettro semantico in uscita, allora il nodo è generatore, in quanto produce più ricchezza semantica di quanta ne assorba dai nodi che lo precedono. È relay il nodo caratterizzato da equilibrio tra ingresso ed uscita.

⁷La descrizione che abbiamo dato della tipologia dei nodi richiama una visione del discorso in termini di regolazione dinamico delle potenzialità del senso: un processo di continua dialettica tra l'ampliamento potenziale dello spettro semantico (tensione all'apertura alle infinite possibili connessioni, a cui ogni significante è sottoposto) e la riduzione di tale tensione attraverso la definizione di vincoli al campo di significazione. Per un collegamento tra questa immagine e la concezione bi-logica della mente di Matte Blanco si rimanda a Salvatore (in stampa).

L'interpretazione dell'output

Riflud interpreta la mappatura del flusso discorsivo su due piani complementari:

- a) analisi strutturale della rete;
- b) analisi qualitativa del discorso.
- c)

a) Analisi strutturale della rete

RIFLUD presuppone una connessione tra le caratteristiche del processo clinico e alcune delle proprietà strutturali e funzionali della rete. Tali caratteristiche vengono dunque considerate indicatori della relazione terapeutica. In questa fase di sviluppo del metodo l'attenzione è concentrata sui seguenti parametri descrittivi della rete.

Estensione. Questo indice riguarda il numero complessivo di nodi, dunque di unità discorsive attive nel discorso. Una rete estesa è una rete con molti nodi, indicativa di una condizione di globale ricchezza semantica del testo. Al contrario, una rete a bassa estensione è una configurazione che segnala un discorso povero di significati, giocato su pochi elementi simbolici⁸.

Concentrazione. Le unità discorsive non si caratterizzano tutte per la stessa pregnanza. Al contrario, si differenziano in ragione della loro incidenza come organizzatori della variabilità discorsiva: alcuni significati sono maggiormente salienti, altri più periferici⁹.

Una rete concentrata è una configurazione dove prevalgono i nodi "pesanti"; una rete decentrata è invece una rete che vede la presenza rilevante di nodi "periferici", che segnalano un discorso caratterizzato da movimenti divergenti, da apertura a significati secondari e ulteriori rispetto al baricentro semantico.

⁸ Si deve tener conto che la definizione delle unità discorsive non viene operata a monte dell'analisi RIFLUD, ma come una delle sue fasi. Il numero di unità discorsive varia dunque da una analisi all'altra, come conseguenza della ricchezza/variabilità semantica di un determinato testo.

⁹ In termini operativi, la pregnanza dei nodi è data dalla inerzia spiegata da ciascuna categoria semantica, che, come già precisato, corrisponde ad un fattore estratto dalla ACM. Su questa base, abbiamo scelto come indice di perifericità il rango di estrazione del fattore. Conseguentemente, il livello di concentrazione della rete è calcolato in termini di media del rango di estrazione dei fattori/categorie attivi. Tale media (che abbiamo definito "perifericità") aumenta all'aumentare del rango di estrazione dei fattori, dunque all'aumentare della presenza di fattori "periferici", caratterizzati da minore capacità di spiegazione dell'inerzia. In sintesi, dunque, maggiore la media di perifericità, minore la concentrazione del flusso discorsivo.

Distributività. Mentre i parametri precedenti riguardano i nodi, questo criterio riguarda le connessioni. Una rete a alta distributività è una configurazione che presenta un numero elevato di connessioni in proporzione al numero di nodi. Nella nostra ipotesi, la distributività è un indicatore della fluidità del discorso; in altri termini, della sua capacità di muoversi con facilità nello spazio conversazionale, operando collegamenti tra i diversi significati. Un discorso fluido, per come qui viene inteso, è dunque un campo di significazione flessibile, che offre alla dinamica conversazionale spazi di movimento non vincolati. In simile contesto la conversazione può esercitarsi come attività metonimica continuamente rinnovabile, in definitiva come semiopoiesi creativa. Di contro, un discorso privo di fluidità è vincolato ad alcune connessioni che si riproducono in modo stereotipale; veicola una comunicazione fatta di sequenze cieche, tra loro non comunicanti, frammentarie, nel loro complesso tali da mantenere gli attori chiusi nell'orizzonte di senso istituito.

Assorbimento. Come osservato, i nodi attrattori restringono la variabilità discorsiva. La presenza di un numero elevato di nodi attrattori dà conto di un flusso discorsivo rigido, dove prevalgono vicoli ciechi, perdita di opportunità di connessioni metonimiche, dunque vincoli alle possibilità di generare senso. Un discorso con alto livello di assorbimento è una dinamica simbolica che si appoggia anacliticamente sul senso già istituito, piuttosto che produrne sviluppi.

Generatività. È il parametro che registra la presenza di nodi generatori. La loro presenza numerosa sta ad indicare un flusso discorsivo che, nel procedere, sviluppa (genera) ulteriori possibilità connettive, nuovi percorsi di senso.

È utile a questo punto una precisazione. I parametri che abbiamo ora illustrato sono tutti orientati a cogliere un aspetto di una dimensione generale del discorso, che fin qui abbiamo richiamato metaforicamente con termini quali: *apertura, fluidità, flessibilità*. Ciò significa che l'utilizzazione di RIFLUD come strumento di analisi del processo psicoterapeutico si basa sull'ipotesi metodologica di una connessione rilevante tra la fluidità del discorso e la qualità clinica del processo terapeutico: *maggiore è la pregnanza dell'istituto collusivo, la sua impensabilità, maggiore la rigidità del flusso discorsivo, minore la flessibilità delle connessioni metonimiche. Al contrario, maggiore la permeabilità al pensiero della situazione clinica, maggiore la fluidità dei flussi discorsivi*.

In questa sede non entreremo nel merito di questa ipotesi, che contiamo di riprendere in prossimi lavori. Ci limitiamo a segnalare l'argomento fondamentale che ci porta a ritenerla plausibile. La teoria clinica riconosce come fondamentale funzione clinica lo sviluppo del pensiero sulle emozioni, la possibilità dunque di costruire – estrarre – nuove connessioni e relazioni tra stati della mente altrimenti privi di accesso alla soggettività (Carli, 1987; Grasso, 2000). In quest'ottica, la relazione terapeutica è un processo intersoggettivo di costru-

zione di senso (Gill, 1994; Dazzi, De Coro, 2000), che si caratterizza per il suo offrirsi come opportunità/attività di continuo e ricorsivo superamento dei vincoli che le dimensioni simboliche istituite pongono alla possibilità di generare nuovo senso, dunque nuove opportunità di rapporto con l'alterità, *inter* ed *intra* soggettiva.

La fluidità del discorso starebbe, nella nostra ipotesi, per l'appunto a segnalare l'esercizio evolutivo, entro il setting clinico, di questa opportunità/attività.

b) Analisi qualitativa del discorso

A questo livello RIFLUD è un metodo di supporto all'analisi clinica, volto ad individuare le parti del testo maggiormente pertinenti ai fini dell'interpretazione simbolica. In quest'ottica, l'individuazione delle connessioni associative pregnanti e la qualificazione della funzione discorsiva dei nodi che le compongono rappresentano operazioni complementari all'interpretazione clinica, utili per focalizzare ed orientare il procedere ermeneutico.

Un esempio di applicazione di RIFLUD

A scopo esemplificativo riportiamo una applicazione di RIFLUD. Confrontiamo i trascritti di due sedute (di seguito A e B) di un intervento clinico di gruppo. Il gruppo è composto da 8 genitori di psicotici ed è condotto da una coppia di psicologi psicoterapeuti esperti, operanti presso un Servizio di Salute Mentale. Le due sedute sono distanziate tra loro da un intervallo di circa 3 mesi.

Parametri ed ipotesi

In questa sede confronteremo le due sedute sui seguenti parametri:

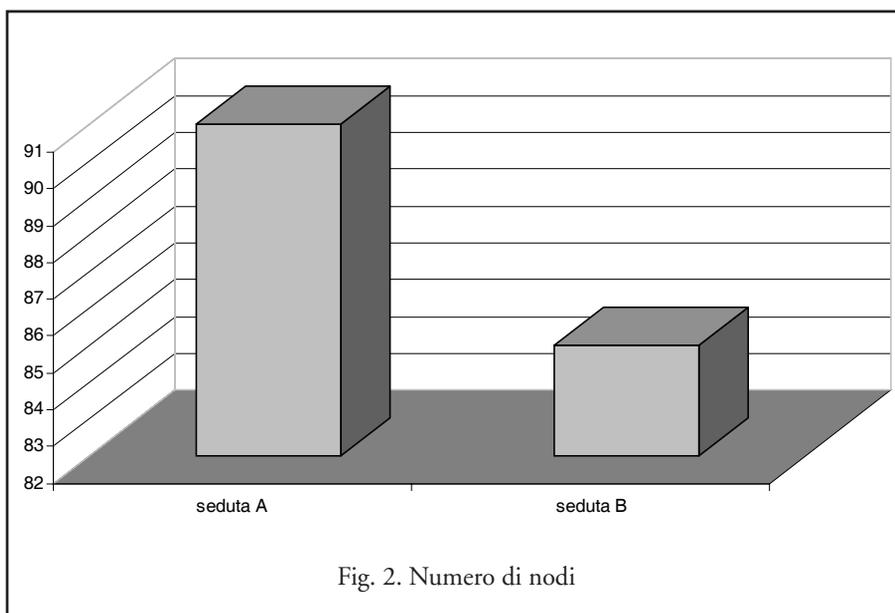
- a) Numero di nodi attrattori (indicatore dell'assorbimento)
- b) Numero di nodi (indicatore dell'estensione)
- c) Livello di pregnanza dei nodi (indicatore della concentrazione)

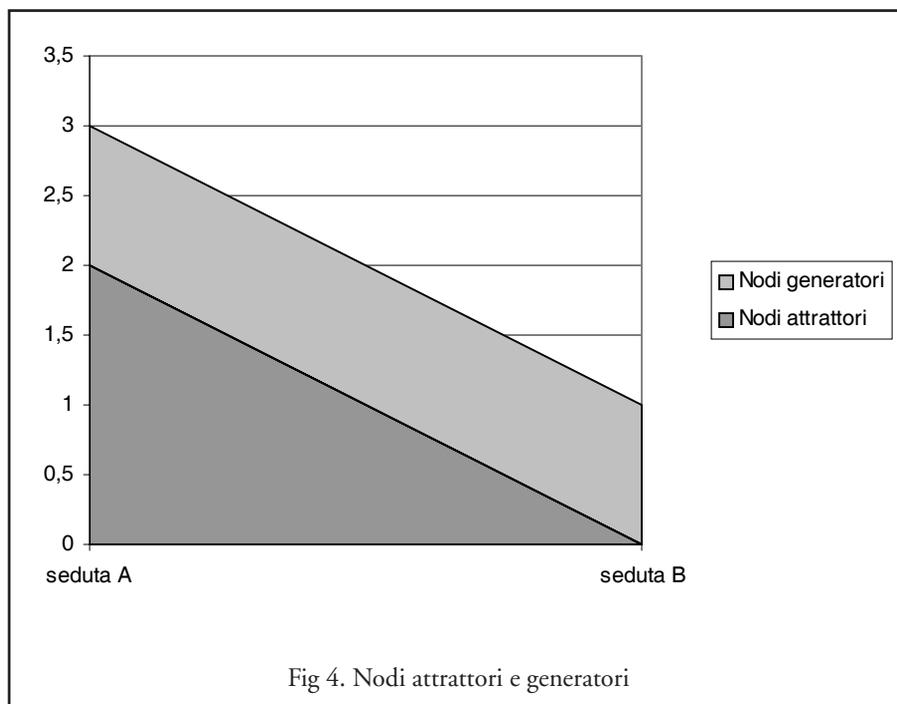
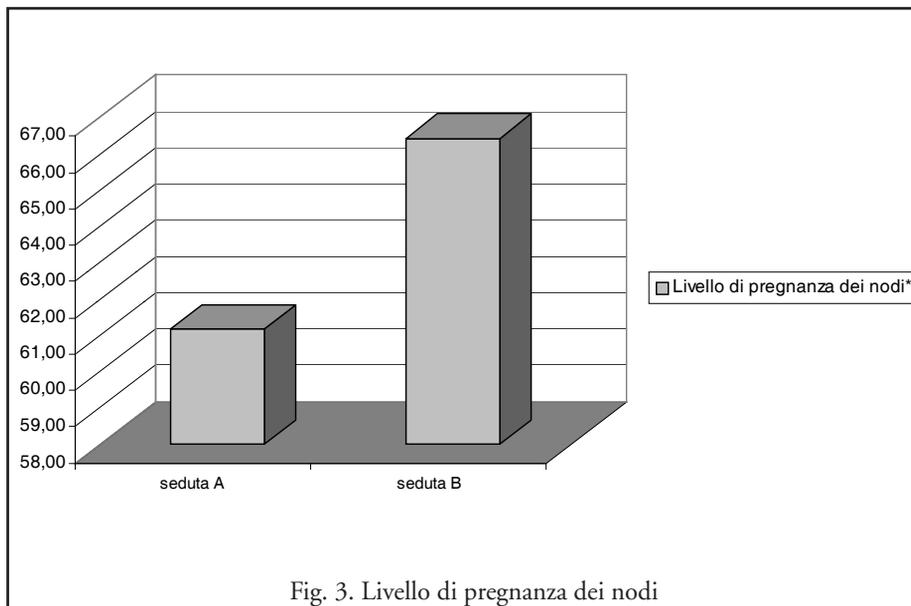
Assumendo (in virtù delle indicazioni dei terapeuti) l'evoluzione favorevole del processo clinico tra le due sedute, ci aspettiamo di trovare le seguenti differenze sui parametri, indicative di uno sviluppo della fluidità del discorso.

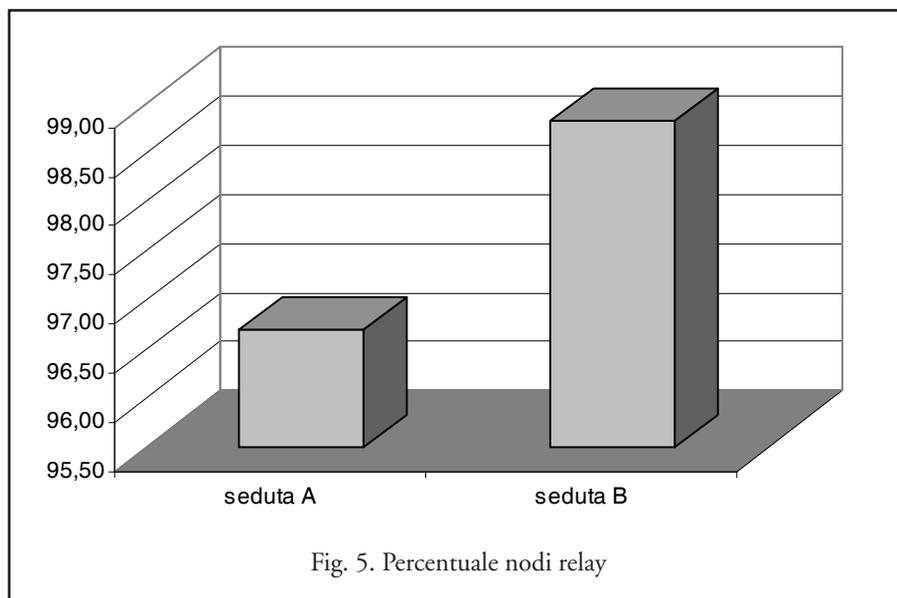
1. aumento del numero complessivo dei nodi (indicativo di aumento dell'estensione);
2. riduzione dei nodi attrattori (indicativo di riduzione di assorbimento);
3. riduzione del livello di pregnanza dei nodi (indicativo di riduzione della concentrazione della rete).

Risultati

- a) Analisi strutturale della rete
- ❑ Il numero dei nodi (fig. 2) diminuisce tra le due sedute (da 92 a 85). Ciò sta ad indicare un restringimento del repertorio di categorie semantiche attive nella seduta B, rispetto alla seduta A; in altri termini una focalizzazione del discorso, piuttosto che una sua estensione.
 - ❑ Dal punto di vista qualitativo, tuttavia, il flusso discorsivo della seduta B si caratterizza per un livello di minore concentrazione: come mostra la figura 3, il livello di perifericità dei nodi aumenta tra le due sedute (61,19 vs 66,44).
 - ❑ Tra le due sedute diminuisce anche il numero di nodi attrattori (fig. 4), che passa da 3 ad 1. Rimane invariato il numero di nodi generatori (1 vs 1). Aumenta di conseguenza la quota di unità discorsive con funzione *relay* (fig. 5; nella seduta B è superiore al 99%).







b) Analisi qualitativa del discorso

L'interpretazione delle unità discorsive con funzioni attrattive e generative permette di accedere ad un livello qualitativo di analisi.

Seduta A

I due nodi attrattori corrispondono alle seguenti unità semantiche

- *Spreco* (lemmi associati al fattore/categoria: spendere, conto, soldi, buttarre...)
- *Investimento deluso* (lemmi associati al fattore/categoria: speranza, provare, fatica, illusione...)

Il nodo generatore:

- *Uscita dal setting clinico* (lemmi associati al fattore/categoria: mancare, concludere, psicoterapia, assenza...)

Seduta B

Il nodo generatore:

- *Investimento deluso* (speranza, provare, fatica, illusione...)

Commento

I risultati ci sembrano sostanzialmente in linea con le ipotesi formulate. In particolare, trovano conferma la seconda e la terza previsione: tra le due sedute

si registra una *riduzione dell'assorbimento e della concentrazione*. Contrariamente a quanto ci si attendeva, invece, non si registra un aumento, ma bensì una diminuzione della estensione del flusso discorsivo. Tuttavia, nel quadro complessivo dei risultati, questo dato può essere inteso come comprensibile con il modello alla base di RIFLUD: la riduzione di estensione è infatti interpretabile come focalizzazione dei partecipanti all'interazione sulle categorie maggiormente connesse al gruppo. In questo senso, la focalizzazione rappresenterebbe il processo complementare alla riduzione della concentrazione del flusso discorsivo. Per dirla con una immagine, è come se l'organizzazione del discorso, avendo tra le due sedute acquistato in fluidità e flessibilità (minore assorbimento, minore concentrazione), non avesse più bisogno di ricorrere ad un repertorio esteso.

Da un punto di vista complementare, questo complesso di dati si presta ad essere letto come segnale di una evoluzione della struttura del discorso tra le due sedute nella direzione di una riduzione nell'utilizzo di categorie stereotipali (in definitiva ad alta incidenza simbolica, dunque probabilmente espressione di processi di simbolizzazione affettiva) e di un aumento di investimento su aree di significato divergenti, collocate in modo periferico entro lo spazio simbolico condiviso dai partecipanti¹⁰.

Nel complesso, il confronto tra le caratteristiche dei flussi mostra come tra le due sedute si sia realizzato il passaggio ad una forma di discorso più fluido, meno soggetto a vincoli simbolici, capace di accedere a dimensioni di significato periferiche, più focalizzato su un repertorio di categorie specifico dell'interazione.

Sul piano qualitativo, l'interpretazione delle unità discorsive con funzioni di attrattori e generatori mette in evidenza il ruolo giocato entro la seduta A dalle fantasie di frustrazione e di inutilità del lavoro clinico; un ruolo di coagulo e di vincolo alla fluidità del discorso. Esse, d'altra parte, sembrerebbero a loro volta alimentate dalla fantasia di attacco al/uscita dal setting (nodo generatore entro la seduta A). Di contro, nella seduta B il sentimento di frustrazione (*investimento deluso*) non svolge più una funzione limitante di attrazione, ma apre ad ulteriori catene associative, come a segnalare la capacità del flusso discorsivo di elaborare i significati emozionali distruttivi, inscrivendoli in una rete di connessioni, dunque in un circuito di pensabilità.

¹⁰ Alla luce di questa ipotesi, il dato che stiamo discutendo risulterebbe coerente con un riscontro che emerge da molte analisi psicodinamiche dei processi culturali, dalle quali si evince che mentre i primi fattori di organizzazione del campo simbolico riflettono processi tendenzialmente stereotipali, le dimensioni di sviluppo, le risorse di senso di una popolazione si rilevano sui fattori secondari, quelli più "leggeri" (cfr. Carli, Salvatore, 2001)

Conclusioni

Sarebbe pleonastico evidenziare il carattere preliminare ed esemplificativo dei risultati proposti. Lo scopo del presente contributo è mostrare il tipo di descrizione del processo clinico che RIFLUD è in grado di produrre e di precisare i principali parametri tecnici e interpretativi caratteristici del metodo.

Pur nella loro limitata portata, le evidenze empiriche presentate riteniamo mettano in evidenza la possibilità di RIFLUD di produrre descrizioni non banali del processo clinico e della sua evoluzione. In questo senso, ci sembra di poter concludere che i dati mettono in luce le potenzialità del metodo. Potenzialità, d'altra parte, che per esprimersi compiutamente richiederanno un ulteriore lavoro di approfondimento e di messa a punto degli aspetti tecnici, metodologici e concettuali che RIFLUD chiama in gioco.

Bibliografia

- AMARA M., DE SANTIS P., GRASSO M., SALVATORE S., SCOTTO DI CARLO M. (2001), *Domanda di psicoterapia e dimensione istituzionale: lo sviluppo di un programma di psicoterapia di gruppo all'interno di un Centro di Salute Mentale. Prime elaborazioni sulla dimensione dell'efficacia*, in "Studi e Ricerche. Rivista trimestrale del Dipartimento di Scienze Pedagogiche, Psicologiche e Didattiche dell'Università degli Studi di Lecce", Anno IV, n. 7/8, pp. 85-126.
- BUCCI W. (1997), *Psychoanalysis and Cognitive Science*, The Guilford Press, New York; trad. it. (1999) *Psicoanalisi e scienza cognitiva*, Fioriti Editore, Roma.
- CARLI R. (1987), *Psicologia clinica*, Utet, Torino.
- CARLI R., PANICCIA R. M., *Analisi Emozionale del Testo*, Franco Angeli, Milano.
- CARLI R., SALVATORE S. (2001), *L'immagine della psicologia. Una ricerca sulla popolazione del Lazio*, Edizioni Kappa, Roma.
- DAZZI N., DE CORO A. (2001), *Psicologia dinamica*, Editori Laterza, Bari.
- DE GRADA E., BONAIUTO M. (2003), *Introduzione alla psicologia sociale discorsiva*, Editori Laterza, Bari.
- GILL M. (1994), *Psychoanalysis in Transition*, The Analytic Press Inc., Hillsdale, NJ; trad. it. (1996) *Psicoanalisi in transizione*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- GRASSO M., SALVATORE S. (1997), *Pensiero e decisionalità. Contributo alla critica della prospettiva individualista in psicologia*, Franco Angeli, Milano.
- GRASSO M. (2001), *Modelli e contesti dell'intervento psicologico*, Edizioni Kappa, Roma.
- LANCIA F. (2002), *La logica di un testoscopio*, in www.tlab.it.
- MARANDA P. (1995), *DiscAn: un programma di analisi reticolare per la costruzione di carte semantiche*, in R. CIPRIANI, S. BOLASCO (a cura di), *Ricerca qualitativa e computer. Teorie, metodi e applicazioni*, Franco Angeli, Milano, pp. 171-183.
- MATTE BLANCO I. (1975), *The Unconscious as Infinite Sets. An Essays in Bi-Logic*, Gerald Duckworth & Company Ltd London; trad. it. (1981) *L'inconscio come insieme infiniti. Saggio sulla bi-logica*, Einaudi, Torino.

- SALVATORE S. (2003a), *Psicologia postmoderna e psicologia della postmodernità*, in G. Dalle Fratte (a cura di), *Postmodernità e problematiche pedagogiche. Modernità e postmodernità tra discontinuità, crisi e ipotesi di superamento*, Editore Armando, Roma, pp. 65-98.
- SALVATORE S. (in stampa), *Inconscio e discorso. Inconscio come discorso*, in M. B. LIGORIO (a cura di), *Psicologie e cultura: contesti, identità ed interventi*, Firera Publishing Group, Roma.
- SALVATORE S., FREDI M. F., LIGORIO M. B., IANNACCONE A., RUBINO, F. SCOTTO DI CARLO M., BASTIANONI P., GENTILE M. (2003), *Socioconstructivism and Theory of the Unconscious. A Gaze over a Research Horizon*, in "European Journal of School Psychology", Vol. 1, n. 1, pp. 9-36.
- SEGANTI A. (1995), *La memoria sensoriale delle relazioni. Ipotesi verificabili di psicoterapia psicoanalitica*, Boringhieri, Torino.
- SMORTI A. (2003), *La psicologia culturale. Processi di sviluppo e comprensione sociale*, Carocci, Roma.
- WITTGENSTEIN L. (1953), *Philosophische Untersuchungen*, Oxford: Basic Blackwell, Oxford; trad. it. (1999³) *Ricerche filosofiche*, Einaudi, Torino.

QUALI STRUMENTI DI VALUTAZIONE SU MISURA PER LE PSICOSI?
POTENZIALITÀ E LIMITI DEL MODELLO DI W. BUCCI
Valutazione empirica dei passaggi trasformativi
di un single case trattato con psicoterapia psicodinamica
nel contesto istituzionale.

WHICH EVALUATION TOOLS TAILORED FOR PSYCHOSES? POTENTIAL
AND LIMITATIONS OF THE W. BUCCI MODEL
Analysis of the changing passages in a single case treated by
psychodynamic psychotherapy in the public service

*M. Vigorelli, R.M. Scognamiglio, M. Villa, D. Corona, S. Traini, E. Fogliato,
H. Schadee¹*

Riassunto

Obiettivi. Il contributo evidenzia l'evoluzione della comunicazione tra psicoterapeuta e paziente, nel contesto del processo psicoterapeutico, usando come strumento di decodifica la valutazione della Attività Referenziale proposta da W.Bucci.

Metodi. La Valutazione dell'Attività Referenziale è applicata ai trascritti delle sedute di una paziente schizofrenica paranoide cronica, che ha intrapreso una psicoterapia psicodinamica a lungo termine su indicazione dell'équipe di un Centro Psico-Sociale milanese, a seguito dello scarso successo ottenuto dal solo trattamento psicosociale (psicofarmacoterapia, attività riabilitative e assistenziali).

Per valutare l'evoluzione della comunicazione, l'analisi è effettuata su 5 sedute, scelte perché indicative dei fondamentali passaggi trasformativi nella relazione psicoterapeutica e nella vita della paziente.

Risultati. La ricerca rileva come il processo psicoterapeutico possa attivare il ciclo referenziale nel paziente, permettendo la verbalizzazione e la simbolizzazione degli aspetti dell'esperienza sensoriale, emozionale e somato-viscerale dissociati dall'elaborazione cognitiva. Queste modificazioni traspaiono dalla trasformazione della comunicazione, non più rigida, stereotipata o bizzarra, ma più evocativa, chiara, precisa e immaginifica.

Conclusioni.

Attraverso una microanalisi delle singole sedute sono emersi, all'interno di un generale miglioramento della paziente (aumento degli indici di AR), dei decrementi improvvisi e momenti di stasi nel processo psicoterapeutico.

Questi dati così precisi, forniti dalla ricerca empirica, possono restituire preziose ed interessanti informazioni teorico-cliniche.

¹ Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi Milano-Bicocca

Parole chiave attività referenziale (W. Bucci), schizofrenia paranoide, single case, trattamento a lungo termine, servizio pubblico.

Summary

Objectives. This work shows the evolution of communication between therapist and patient, during the psychotherapeutic process, using the Referential Activity model proposed by Wilma Bucci as instrument of decoding.

Methodes. The model is applied to the transcripts of the sessions of a chronic paranoid schizophrenic patient, who began a long-term psychodynamic psychotherapy by indication of the équipe of a Psycho-social centre in Milan, following the poor success reached by the psychosocial treatment (psychopharmacological therapy, rehabilitation and assistential activities).

To evaluate the evolution of communication, the analysis was made on 5 sessions, choosen because they could clearly show the fundamental changing passages in the psychotherapeutic relationship and in the patient's life.

Results. The research shows how the psychotherapeutic process can activate the referential circle in patients, allowing the verbalization and symbolization of the aspects of the sensorial, emotional and somatic-visceral experience, which are usually dissociated from cognitive elaboration, so that communication can be no more rigid, stereotyped, odd, but evocative, clear, precise, imaginative.

Conclusions.

The analysis of the single sessions showed sudden decreases and stasis in the psychotherapeutical process, in the context of a general improvement of the patient (increase of RA index).

The results expressed by the empirical research can offer important teorice and clinic informations.

Key words referential activity (W. Bucci), paranoid schizophrenia, single case, long-term psychodynamic psychotherapy, and public service.

Premessa.

L'interrogativo proposto dal nostro titolo rappresenta più un orientamento prospettico della nostra ricerca in progress, che un tema che svilupperemo compiutamente e il contributo al Congresso SPR di Milano solo parzialmente darà una risposta.

Entreremo invece nel merito di come uno tra gli strumenti di valutazione che abbiamo considerato – il metodo di valutazione empirica proposto da Wilma Bucci (*Scale AR*) – possa aiutarci a comprendere i passaggi trasformativi di un processo psicoterapeutico concluso con una paziente schizofrenica trattata in un contesto psichiatrico istituzionale.

L'analisi e i risultati che proporremo alla discussione si inseriscono in un disegno di ricerca più ampio, di cui presentiamo le coordinate in modo sintetico.

Disegno di ricerca e conclusioni della prima fase

Il nostro lavoro si inserisce in quella linea di ricerca che tende a mettere a punto strategie individualizzate per definire empiricamente le condizioni di una “*psicoterapia a misura del paziente*”. (Horwitz, Gabbard et al., 1996).

L'ipotesi di fondo della ricerca è di natura esplorativa e mette a confronto l'iter clinico del trattamento (nei suoi passaggi trasformativi “cl clinicamente significativi”) e la valutazione multidimensionale del processo terapeutico, che fa riferimento ad alcuni fondamentali modelli elaborati dalle ricerche sulle psicoterapie psicodinamiche (AR, CCRT, DMRS).

Il punto di partenza è la distinzione operata da Roth e Fonagy tra l'efficacia clinica della psicoterapia come esito di una terapia nella pratica clinica di routine [*effectiveness*] e l'efficacia sperimentale nel senso dei risultati che essa ottiene nel contesto della ricerca empirica [*efficacy*].

La metodologia pilota, che abbiamo adottato, ha considerato due distinti gruppi di lavoro collegati dalla duplice appartenenza, istituzionale e universitaria, del clinico-coordinatore della ricerca.

Il caso è stato scelto come significativo di una tipologia di paziente definita da vari autori “caso test” (Main T. 1957, Racamier 1970 Correale 1991) in cui la manifestazione della psicopatologia tende ad indurre in modo isomorfo una grave preoccupazione in tutto il gruppo dei curanti, attraverso una escalation di richieste e comportamenti incongrui, che producono un senso di impotenza generalizzato.

Nel momento di inizio della ricerca, i clinici hanno suddiviso il processo in 6 fasi e selezionato dalle 383 narrative, i trascritti di 5 sedute scelte perché indicative dei fondamentali passaggi trasformativi nella relazione terapeutica e nella vita della paziente.

Dal punto di vista dell'*efficacy* data la scarsa accuratezza dell'assessment iniziale, il gruppo di ricerca ha operato una riclassificazione diagnostica secondo i criteri del DSMIV, dell'HSRS di L. Luborsky e del quadro sintomatologico attraverso la SCL90-R, in riferimento a tre fasi temporali del trattamento: all'inizio (F_0), dopo sette anni e mezzo (F_4) e alla fine (F_6) per la descrizione dell'esito. Nell'ultimo follow up, è stato applicato l'ORT.

Inoltre, sono stati applicati ai 5 trascritti (note dettagliate della psicoterapeuta durante e dopo le sedute), i seguenti modelli di decodifica: DMRS di Perry sullo stile difensivo della paziente, il CCRT di Luborsky che valuta gli schemi relazionali che compaiono con maggior frequenza nella narrazione di episodi relazionali da parte della paziente e la RA di W. Bucci, che rileva e misura la presenza di movimenti oscillatori tra l'esperienza somato-viscerale ed emozionale e l'attività riflessivo-elaborativa nel corso degli scambi verbali tra paziente e terapeuta.

Il gruppo dei giudici, composto da psicoterapeuti, psicologi clinici e laureandi in psicologia addestrati all'uso dei tre modelli, ha utilizzato questa proce-

dura: ogni valutatore ha espresso il proprio punteggio in modo indipendente che è confluito in un'approfondita discussione di gruppo pervenendo a una valutazione consensuale sotto forma di punteggio.

Conclusioni

Nella **valutazione qualitativa** della storia clinica da parte del gruppo di ricerca sono state delineate queste conclusioni:

1. all'inizio della psicoterapia l'ampliamento dell'inquadramento diagnostico (da nosografico a psicoevolutivo) ha consentito di considerare aspetti adombrati dalla pervasività dei sintomi: i tratti personologici, che hanno agito da fattori di protezione sono stati rappresentati dall'integrazione sociale e dal coping lavorativo di tipo adattativo in epoca premorboza (Ping-Nie Pao, 1979), associati ad un esordio tardivo della psicosi (31 anni). Di contro, la psicopatologia familiare (padre alcolista, una sorella borderline e un'altra con grave psicosomatosi) è stata considerata come un importante fattore di rischio e come area su cui lavorare in senso trasformativo. Nella considerazione clinica sono stati ritenuti fattori predittivi favorevoli, l'integrazione sociale premorboza della paziente, testimoniata dal raggiungimento di una affermazione professionale come pittrice e dal mantenimento di una relazione amorosa turbolenta ma continuativa insieme una capacità di buona resa tra pari.
2. Nel corso della psicoterapia, si sono rivelati fattori di efficacia, alcune caratteristiche del format e dell'abbinamento terapeuta/paziente. Soprattutto la scelta di un setting "su misura" modulato sulle variazioni dei bisogni della paziente ha favorito lo sviluppo e il mantenimento nel tempo dell'alleanza terapeutica in seguito alla valutazione fatta dalla terapeuta e dall'équipe dei frequenti drop out nei trattamenti precedenti motivati principalmente dalla rigidità del setting, a cui la paziente doveva adattarsi con scarsa possibilità di contrattazione.

Nella **valutazione quantitativa in progress** abbiamo potuto osservare che:

1. La ricerca tuttora in corso ha consentito di delineare per ora solo la corrispondenza in parallelo tra il miglioramento complessivo della paziente nel percorso clinico e il cambiamento in alcune aree valutate dagli strumenti empirici. Le correlazioni più evidenti sono tra le valutazioni delle difese, la pervasività del CCRT nelle varie fasi del processo terapeutico, l'incremento dell'Attività Referenziale e la risoluzione dei sintomi psicotici: a una scarsità di episodi e di oggetti relazionale corrisponde una prevalenza delle difese psicotiche, l'indice minimo di RA e i punteggi più bassi nell'HSRS e l'Indice di Gravità più alto nella SCL90/R in F_1 . La correlazione tra questi indici parrebbe mantenersi sincronico in tutte le fasi del processo e soprat-

tutto nelle due fasi finali, segnalando nella paziente un aumento delle capacità autoregolative, riflessive e integrative, che le hanno consentito il complessivo miglioramento sul piano sintomatico e adattativo, dovuto soprattutto alla trasformazione delle modalità relazionali esperite nella relazione duale.

2. Rimane aperta la valutazione di quale/i fattore terapeutico abbia maggiormente influito nelle differenti fasi del processo e i confronti puntuali sui singoli passaggi.
3. Per quanto concerne i modelli empirici utilizzati possiamo osservare come solo il modello RRA di Bucci consenta una rilevazione del processo sin dall'inizio, che corrisponde alla fase francamente psicotica della relazione. Il DSMR può essere utilizzato con attendibilità solo dalla F_3 ; si apre qui la discussione relativa alla mancanza di un cluster per le difese psicotiche nella Rating Scale di Perry, tema di ricerca di notevole interesse messo in campo da Lingiardi e Madeddu nel loro volume su "*I meccanismi di difesa*" e solo in parte esplorato dal gruppo di ricerca di Freni a Milano. Anche il grafico del CCRT presenta solo dalla F_4 (fase conclusiva) un sufficiente numero di episodi relazionali per la rilevazione (10 su due sedute successive) essendo prevalente nella comunicazione della paziente una modalità frammentata, iterativa, in F_1 e prevalentemente autoriferita in F_2 e F_3 , espressioni tipiche della comunicazione psicotica. Rimane quindi aperta la ricerca sull'adeguamento del CCRT e del DMRS a testi e registrazioni di sedute con queste caratteristiche.
4. Presentiamo ora, dopo il disegno della ricerca, più dettagliatamente i risultati dell'applicazione del modello di Bucci mostrando come, non solo consenta di evidenziare l'andamento del processo psicoterapeutico ma, nella microanalisi di singole sedute, costituisca una sorta di lente d'ingrandimento di un passaggio cruciale del decorso clinico.

FORMAT DELL'INTERVENTO TERAPEUTICO – SEDUTE CAMPIONE (S) - FASI DEL PROCESSO E STRUMENTI DI RILEVAZIONE						
Processo naturalistico effectiveness				Validazione empirica in progress Efficacy		
Fase della psicoterapia	Durata Fase (n. S.)	Sottofasi (n. Sedute) variazioni/adattamenti contesto terapeutico	Freq. Sett. sedute	S _c	Variabili rilevate	Strumento di valutazione
F ₀ Fase di assessment					Variabili paziente Variabili terapeuta/contexto terapeutico/diade terapeutica/ambientali	⇒ DSMIV; SCL-90-R; HSRS ⇒ Valutazione clinica-operativa
F ₁ Fase iniziale (supportiva)	2 anni (1 ^a - 72 ^a)	F ₁ ^A (1 ^a - 15 ^a) - Setting contenitivo F ₁ ^B (16 ^a - 53 ^a) - Setting contenitivo	1 Stag.le	1 ^a	Variabili paziente: - Strategie di coping e stile difensivo - Relazioni interpersonali - Motivazioni (Desideri) - Area del Sé (Modello del Sé e dell'Altro)	⇒ DMRS, HSRC ⇒ CCRT (Luborsky '90)
F ₂ Fase critico-intensiva	2 anni e mezzo (73 ^a - 241 ^a)	F ₁ ^C (54 ^a - 71 ^a) - Setting contenitivo F ₂ ^A (72 ^a - 161 ^a) - Setting supportivo- espressivo- int. psicoed. e int. sostegno fam F ₂ ^B (162 ^a - 241 ^a) - Setting supportivo- espressivo- int. psicoeducativo	1 poi 2 2 + 3 telef.+visita domicil. 2	141 ^a	- Attività integrativa dell'esperienza non verbale e verbale - Diagnosi nosografia-descrittiva	⇒ RA (Bucci et al., 1992) ⇒ SCL-90-R (in F ₄ e F ₅)
F ₃ Fase di consolidamento	1 anno (242 ^a - 297 ^a)	Setting espressivo centrato sulla relazione duale	1	270 ^a	Variabili relazione terap.	⇒ Scala Alleanza Terapeutica

FORMAT DELL'INTERVENTO TERAPEUTICO – SEDUTE CAMPIONE (S) - FASI DEL PROCESSO E STRUMENTI DI RILEVAZIONE						
Processo naturalistico effectiveness				Validazione empirica in progress Efficacy		
Fase della psicoterapia	Durata Fase (n. S.)	Sottofasi (n. Sedute) variazioni/adattamenti contesto terapeutico	Freq. Sett. sedute	S _c	Variabili rilevate	Strumento di valutazione
F ₄ Fase di conclusione	1 anno e mezzo (298' - 341')	Setting espressivo centrato sulla relazione duale	1	325	-alleanza terapeutica Variabili contesto terapeutico	(Lingardi 2002, in progress) ⇒ Valutazione clinica-operativa
INTERVALLO DI TRE ANNI						
F ₅ Fase di assestamento (342'-383')	3 anni	Setting di mantenimento	1 quindicin.	383	Strategie e tecniche del trattamento Variabili ambientali	⇒ Valutazione clinica-operativa
F ₆ Fase di mantenimento e prevenzione ricadute	5 anni	1 follow up all'anno (attualmente in corso)			Variabili paziente di tipo B e C (tab.1)	⇒ Valutazione clinica-operativa SCL-90-R (Derogatis, 1977) - ORT

Tabella 1 Impianto del disegno di ricerca

Grafico 1 SCL90/R

Applicazione del modello di W. Bucci. Teoria del codice multiplo

La teoria del codice multiplo, elaborata, da Wilma Bucci è, al contempo, sia una teoria psicologica dell'intelligenza emotiva e dell'elaborazione delle informazioni emozionali che uno strumento di indagine empirica del processo terapeutico.

Il suo modello prevede che la mente umana processi le informazioni sia in *forma proposizionale (codice verbale)* che attraverso i canali multipli del sistema non verbale, nel registro *simbolico-immaginario* e in quello *sub-simbolico (intuitivo e analogico)*. L'assunzione, nel modello, di rappresentazioni e processi nelle modalità sensoriali, motorie, cenestesiche e viscerali comporta il riferimento a rapide e complesse computazioni in un percorso continuo implicito, senza formazione di categorie discrete, il che rende i processi sub-simbolici, per quanto sistematici, non esplicitabili. Negli schemi dell'emozione, l'interfaccia fra il codice simbolico e i pattern di attivazione associati alle azioni motorie, agli stati viscerali e sensoriali, è rappresentata dalle *immagini prototipiche* di episodi relazionali con altri significativi, ripetuti con lo stesso nucleo emotivo, che si sono iscritte nelle memorie e che, secondo la Bucci, alla fine del processo evolutivo, si possono collegare al linguaggio.

L'attività referenziale è appunto il processo integrativo che fa precipitare nella parola il legame tra simbolico e subsimbolico e lo scopo di un trattamento psicoterapeutico per la Bucci, è quello di facilitare l'integrazione dei sistemi e la costruzione-ricostruzione di schemi dell'emozione dissociati, agendo così

anche in forma retroattiva e sempre più in profondità, con l'idea di fondo che la facilitazione del processo di simbolizzazione abbia un effetto "regolativo" sul sistema corpo-mente e sull'interazione relazionale con il paziente. La relazione terapeutica comporta che gli schemi emozionali stabilizzati attraverso interazioni ripetute con figure centrali del passato, arrivino a comprendere anche il terapeuta all'interno di un processo, anziché di "ripetizione", di "ricostruzione" e di trasformazione di schemi di interazione patogena in modalità più adeguate.

Le scale per la valutazione della RA consistono in 4 scale di tipo ordinale, con punteggio da 0 a 10, per misurare specifiche qualità dell'espressione verbale che risultano indicative dell'attivazione dei nessi referenziali nell'organizzazione dei processi cognitivi ed emozionali. Le dimensioni valutate sulle quattro scale sono considerate analoghe a fattori relativamente indipendenti, anche se ordinariamente altamente interconnessi, che concorrono a determinare la qualità e l'intensità della comunicazione dell'esperienza emozionale nel linguaggio.

Le quattro scale sono:

- ⇒ **CONCRETEZZA** misura il livello di qualità sensoriali e/o percettive delle parole utilizzate, includendo i riferimenti a tutte le modalità sensoriali, al movimento e all'esperienza corporea
- ⇒ **SPECIFICITÀ** si riferisce all'ammontare dei dettagli: descrizioni esplicite di persone, oggetti, luoghi ed eventi.
- ⇒ **CHIAREZZA** riflette il grado di articolazione, la focalizzazione e la qualità comunicativa. La chiarezza rispecchia la consapevolezza che il parlante ha dell'intento comunicativo del suo discorso.
- ⇒ **IMMAGINAZIONE** (intesa come "attività di produzione di immagini") misura il livello di evocatività del linguaggio usato, cioè quanto le parole e il racconto complessivo riescano a suscitare nell'interlocutore immagini cariche di esperienza e di risonanza emozionale.

Ciclo referenziale come modello di base per descrivere la seduta

Fase dell'attivazione sub-simbolica (AR bassa) - Parte iniziale delle seduta

Attivazione dei processi sensoriali, viscerali e propriocettivi ed emozionali espressi solo frammentariamente nel linguaggio. (espressioni facciali, movimento corporeo, gestualità e postura non codificati)

Fase della simbolizzazione (AR alta) - Parte centrale della seduta

Si attivano connessioni fra componenti sub-simboliche e simboliche e compaiono immagini prototipiche di episodi relazionali.

Fase della riflessione e della verifica (AR decrescente) - Parte finale della seduta

Il paziente ascolta, comprende quanto accade nella seduta con l'aiuto del terapeuta e questo porta a un nuovo punto di vista sul materiale prodotto ("decremento AR nel suo insieme" De Coro 2000, pag. 36).

Grafico 2 Il ciclo referenziale nelle cinque sedute campione

Andamento attività referenziale– considerazioni e risultati

A. Generale aumento dei punteggi AR nelle 5 sedute

Dopo una rapida crescita iniziale, i punteggi aumentano più lentamente nelle ultime due sedute (Grafico 1)

Grafico 3 Andamento globale RA

La crescita dei punteggi indica una maggiore integrazione fra i codici sub-simbolici e simbolici che permette una rielaborazione delle emozioni precedentemente disconnesse (linguaggio più evocativo, chiaro, preciso, immaginifico).

B. Zone di stasi della crescita nelle fasi *critico-intensiva* e di *consolidamento* della paziente

Guardando più approfonditamente l'andamento medio dei punteggi dei codificatori nelle 35 unità ideative compaiono, nel generale aumento dei valori, delle zone di stasi della crescita tra la 6^a e la 12^a UI (seduta 141) e tra la 16^a e la 20^a UI (seduta 270) corrispondenti alle fasi *Critico-intensiva* e di *consolidamento* della paziente (tab. 1, Impianto di ricerca).

C. Improvvisi decrementi dell'ar

Nelle sedute 325 e 383 nell'UI 5

D. Correlazioni tra scale

La Bucci trova correlazioni elevate tra Concretezza/Immaginazione e Chiarezza/Specificità, da cui ricava due indici: ? indice CONIM (qualità immaginativa e vividezza della narrazione, media tra concretezza e immaginazione) e indice CLASP (qualità organizzativa del discorso, media tra specificità e chiarezza). Nella nostra ricerca abbiamo trovato correlazioni alte tra:

- ⇒ Concretezza/Immaginazione (0,87 e 0,086) nelle prime due sedute;
- ⇒ Chiarezza/Specificità (0,7 e 0,5) nella terza e quarta seduta.
- ⇒ Specificità e Immaginazione correlazione sempre elevate (0,87 0,89 0,95 0,58 0,97)
- ⇒ Questo ultimo risultato lascia supporre che *l'immaginazione faccia da "PONTE" – nel senso di un connettivo, area transizionale - tra le dimensioni sensoriali del discorso e quelle logico-formali più strutturate. La formazione di rappresentazioni interne, schemi e prototipi portano ad una maggiore strutturazione e articolazione del discorso, aspetti clinicamente importanti per il trattamento delle psicosi.*

E. Attendibilità e confronto tra codificatori

Le scale dell'AR sono state costruite per valutare la misura in cui le emozioni vengono veicolate dalle parole: il giudice si forma un'impressione del materiale narrativo sulla base di quattro dimensioni che rispecchiano l'accesso alle rappresentazioni non verbali e la loro espressione nel linguaggio.

Nonostante la Bucci abbia definito gli indicatori necessari per valutare ciascuna scala di AR, una certa quota dell'abilità nell'attribuzione dei punteggi è affidata alla capacità intuitiva del giudice nel cogliere queste dimensioni nel testo.

La mancanza di indici specifici e standardizzati nelle diverse scale e questa componente intuitiva legata al singolo giudice, hanno reso difficile l'accordo tra i quattro codificatori.

Dall'analisi descrittiva dei punteggi medi attribuiti è emerso che i codificatori hanno un andamento simile, anche se alcuni tendono ad attribuire sempre punteggi più alti o più bassi come mette in evidenza questo grafico che confronta i punteggi tra il codificatore 1 e il codificatore 3.

Questo problema emerge ancora di più se si analizzano i punteggi di Immaginazione a causa delle differenti rappresentazioni interne dei codificatori: la narrazione non sempre trasmette immagini o esperienze emotive uguali perché vengono filtrate dall'esperienza soggettiva del singolo. Ad esempio, mentre il codificatore 1 ha un andamento variabile con dei picchi che segnano punteggi molto alti di immaginazione in alcune unità, il codificatore 2 ha un andamento piatto che non supera mai un certo valore.

Il processo di valutazione dell'affidabilità dei giudici è ancora in corso ma dai primi indici ottenuti sembra abbastanza attendibile.

È stato calcolato il Kappa di Cohen che misura l'accordo tra due stimatori entrambi stimanti lo stesso oggetto: la differenza tra la proporzione di casi osservati nella quale gli stimatori sono in accordo e la proporzione attesa casualmente, viene divisa per la differenza massima possibile tra le proporzioni osservate ed attese, dati i totali marginali. Un valore pari ad 1 indica accordo perfetto. Un valore pari a 0 indica che l'accordo può essere casuale.

Questo indice è risultato troppo "severo" per il tipo di analisi in questione, in quanto prende in considerazione solo concordanze perfette tra i punteggi, senza tener conto delle differenze minime tra essi: attribuisce valore 1 a punteggi uguali (per esempio se entrambi i codificatori hanno attribuito punteggio 4) e valore 0 a qualsiasi tipo di differenze (anche se un codificatore ha dato un punteggio di 4 e un altro un punteggio di 3). È emersa la necessità di ponderare questo indice per considerare concordanti non solo i punteggi identici ma anche quelli che differiscono per ± 1 dal punteggio medio]

Conclusioni

Quello che è emerso nella nostra ricerca è che il modello della Bucci consente di porre l'attenzione su un indice della *consistenza narrativa* del discorso del paziente, determinato dalla combinatoria delle diverse componenti discorsive definite come "concretezza", "immaginazione", "chiarezza" e "specificità" che esauriscono, secondo il costrutto, le principali categorie del linguaggio.

Per esemplificare ritorniamo ad un momento clinico del processo, specificamente alla registrazione del decremento AR nelle ultime sedute considerate la

325 e la 383 cui abbiamo accennato nel paragrafo precedente, e che tra l'altro hanno bassi indici di concretezza rispetto ai valori di altre scale.

Citando la Bucci (1997, 247): "La natura di uno schema dissociato è...il suo essere dominato da componenti somatiche e motorie senza accesso agli oggetti delle emozioni che permetterebbero la connessione ai sistemi del simbolo". Come dire che nelle ultime sedute della psicoterapia la paziente sta decisamente meglio rispetto alle prime, come è testimoniato dall'AR più elevato; ma, registrandosi contemporaneamente un decremento improvviso in due particolari unità, la V di entrambe le sedute, lì possiamo individuare un movimento dissociativo tra il subsimbolico e il simbolico, perché l'emozione e il suo oggetto non possono entrare in contatto.

Collegandoci alla clinica, la seduta 325 parla dell'anniversario del lutto per il padre, ma anche del commiato dalla terapeuta per una separazione estiva, e probabilmente entrambi questi aspetti non possono entrare nell'area del simbolico. Nel grafico di seguito si registra questo decremento improvviso nell'AR che scende da 6,5 a 5,5 (grafico 11 – UI V/24).

Grafico 4 Decremento improvviso nell'unità 5

Sempre in questa stessa unità gli indici degli altri modelli (CCRT e difese di Perry), che abbiamo considerato, confermano questa difficoltà ad integrare aspetti diversi di sé e dell'oggetto.

CCRT Unità Ideativa V seduta 325- L'episodio relazione corrispondente a questa unità (RE 29) descrive la relazione ambivalente della paziente con il suo

secondo compagno presentato con caratteristiche contrastanti, idealizzate e svalutate al contempo: W - essere protetto (13) *Cluster 3* - RO: sono empatici, stanno bene, sono divertenti (1,29) *Cluster 1*; RS: sono confuso, ambivalente (2,19) *Cluster 2*; mentre le difese prevalenti sono idealizzazione e annullamento retroattivo.

Nell'unità UI V (32) della seduta 383, l'ultima della psicoterapia, che tratta del lutto dell'oggetto idealizzato e della successiva autonomizzazione della paziente, anche riferita in termini transferali,

Grafico 5 Decrementi improvvisi nella 5 UI

possiamo rilevare come il decremento segnalato dalle scale dell'RA lasci supporre la persistenza di un nucleo dissociato (residuo psicotico, come impossibilità di elaborazione di questo lutto) in un quadro di maturazione delle difese (autoriflessione e affiliazione, scala di Perry) e delle modalità relazionali, che è evidenziato dagli indici positivi del CCRT [RE 36 - W: vorrei riconoscimento (3) *Cluster 6*; RO: ti sosteniamo nel raggiungere l'obiettivo (5) *Cluster 7*; RS: sono più autonoma (15) *Cluster 5*], che in corrispondenza di questa unità contiene un episodio relazionale che ha come oggetto gli operatori del Centro Psico-sociale, sfondo su cui la paziente può depositare questa area dissociata.

Limiti modello W. Bucci

Possiamo però constatare l'aspetto riduzionistico del modello della Bucci in una concezione della comunicazione legata ad un modo di intendere il linguaggio essenzialmente come codice verbale in cui viene sottovalutata la *funzione interattiva* della comunicazione umana e terapeutica, che è quella implicata nella costruzione, nella modulazione e nella rottura della relazione clinica e quindi nell'andamento del processo terapeutico, tenuto conto che in gioco ci sono sempre due persone che interagiscono e comunicano tra di loro su più piani.

La ricchezza del modello multidimensionale della Bucci sembra sacrificarsi all'atto pratico quando si riduce alle categorie delle quattro scale AR che vacillano costantemente fra l'ideale di oggettivismo del processo di decodificazione e il soggettivismo empirico dei codificatori (vedi tematica dei codificatori) di fronte ai processi di ostensione e inferenza.

Questa è la ragione per cui l'utilizzo del modello di valutazione AR è, al momento fondamentalmente legato, per la comprensione dell'organizzazione mentale del paziente, all'uso di altre scale che permettano di attingere alla ben più complessa dimensione inferenziale e semiotica del linguaggio, compresi i suoi tratti paraverbali, corporei e prossemici.

“La validazione convergente” (Bucci, 1997) con utilizzo di più modelli indipendenti, che la Bucci stessa applica al ciclo referenziale, cogliendo la correlazione con i picchi RA, può essere estesa alle correlazioni con i segmenti di decremento o stasi della stessa RA, che sono più sensibili a cogliere le sfaccettature della complessità della struttura del paziente nelle sue componenti basali e più arcaiche.

Ed è qui che, come abbiamo rilevato nel nostro intervento, diventa imprescindibile l'integrazione tra più modelli di valutazione empirica.

Bibliografia

- AMADEI G. (1997), Prefazione all'edizione italiana di: HORWITZ, GABBARD *et al.* (1996) *Psicoterapia su misura*, Raffaello Cortina, Milano.
- AMADEI G., DE CORO A., M. LANG, F. MADEDDU, P. RIZZI (2003) *La comprensione clinico-dinamica del colloquio*, Raffaello Cortina, Milano.
- BUCCI W., MCKAY R. (1992) *Scoring and Referential Activity*, Ulmer Textbank, Ulm,; trad. it (a cura di DE CORO A. e CAVIGLIA G.) *La Valutazione dell'attività referenziale*, Edizioni Kappa, Roma, 2000
- BUCCI W. (1997) *Psicoanalisi e scienza cognitiva*, Fioriti editore, Roma, 1999.
- BUCCI W (1997), *Lo sviluppo del significato emozionale delle libere associazioni*, in «Setting», 4, pp. 61-106.
- CORREALE A. (1991), *Il campo istituzionale*, Borla, Roma.

- DEL CORNO F., LANG M., TAIDELLI G. (1989), *Le terapie combinate in psichiatria*, Franco Angeli, Milano.
- EMDE R., FONAGY P. (1997) *An emergin culture for psbychoanalytic research?* in «International Journal of Psychoanalysis», 78, pp.643-651.
- FAVA E., MASSERINI C. (2002): *Efficacia delle psicoterapie nel servizio pubblico*, Franco Angeli, Milano.
- FEINSILVER D. (1986) *Un modello comprensivo dei disturbi psicotici*, Raffaello Cortina, Milano, 1990.
- GUNDERSON J F, FRANK A.F., & KATZ HM *et al.* (1984) *Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment*, in «Schizophrenia Bulletin», 10, 564-598.
- HORWITZ, GABBARD *et al.* (1996) *Psicoterapia su misura*, Raffaello Cortina, Milano, 1997.
- LANG M. (1993) Appendice. Il progetto di ricerca sulla psicoterapia della Menninger Foundation, in Wallerstein R.S *Psicoanalisi e psicoterapia*, Franco Angeli, Milano.
- LINGIARDI V. (2002) *L'alleanza terapeutica: teoria tecnica e ricerca*, Raffaello Cortina, Milano.
- LUBORSKY L. (1990) *Comprendere il transfert*, Raffaello Cortina, Milano, 1992.
- MAGGIONI D. (1997) *Introduzione alla lettura di Wilma Bucci*, in «Setting», 4, pp. 54-60.
- MAIN T. F., *The Hospital as a Therapeutic Institution*, «Bulletin of the Menninger Clinic», Vol. I, 35-46, 1946.
- ORLINSKY D.E., GRAWE K., PARKS B.K. (1994) *Process and outcome in psychotherapy*, in A.E. BERGIN e S.L. GARFIELD (a cura di) *Handbook of psychotherapy d behavior change*, Wiley, New York.
- PAO P. N. (1979) *Disturbi schizofrenici: teoria e trattamento da un punto di vista psicom dinamico*, Raffaello Cortina, Milano, 1984.
- PERRY J.C. (1990) *Defense Mechanism Rating Scale*, in LINGIARDI V., MAEDDU F. (a cura di) *I meccanismi di difesa*, Raffaello Cortina, Milano, 2002.
- RACAMIER P.C. (1970) *Lo psicoanalista senza divano*, Raffaello Cortina, Milano, 1982.
- ROTH A., FONAGY P. (1996) *Psicoterapie e prove di efficacia Quale terapia per quale paziente*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1997.
- VIGORELLI M. (1999) Setting istituzionali, processo psicoterapeutico e identità psicoanalitica, in *Atti delle Giornate di Studio SIPP, Psicoterapeuti psicoanalitici a confronto*, Riccione 7-9 maggio.

LA TRASMISSIONE INTERGENERAZIONALE DEL TRAUMA DELLA SHOÀ:
UNO STUDIO CONDOTTO CON L'ADULT ATTACHMENT INTERVIEW

INTERGENERATIONAL TRANSMISSION OF THE TRAUMA OF SHOÀ: A
STUDY CONDUCTED BY THE ADULT ATTACHMENT INTERVIEW

G. Caviglia*, B. Fiocco°, N. Dazzi*

Riassunto

Obiettivi: Lo scopo della presente ricerca è quello di indagare i contributi che la teoria dell'attaccamento può apportare alla comprensione del trauma intergenerazionale della Shoà ("Distruzione"), attraverso la valutazione dello stato della mente rispetto all'attaccamento, dei figli dei deportati. L'ipotesi di partenza è l'esistenza di una modalità attraverso la quale i lutti e le sofferenze non risolte che hanno caratterizzato l'esperienza dei genitori sopravvissuti alla Shoà, possano essere costitutive delle interazioni con la seconda generazione, e quindi anche di un più difficile percorso di identità personale. Si ipotizza che la trasmissione intergenerazionale dell' "ombra" dell'Olocausto abbia pesato sulla "seconda generazione" dei sopravvissuti, attraverso il meccanismo delle risposte "spaventate/spaventanti" date dal genitore.

Metodi: Il campione è costituito da 26 soggetti, tutti di religione ebraica, residenti in Italia, che fanno parte della cosiddetta "seconda generazione" della Shoà; sono nati, cioè, dopo il 1945 da genitori ebrei sopravvissuti ai campi di sterminio nazisti; non hanno dunque vissuto in prima persona la persecuzione nazista. Lo strumento utilizzato per rilevare lo "stato della mente" rispetto all'attaccamento è stato l'*Adult Attachment Interview* (AAI). Il nostro studio si struttura su un disegno di ricerca di tipo descrittivo, con finalità esplorative; i dati sono stati sottoposti ad elaborazioni statistiche mono e bivariate.

Risultati: Presentiamo i primi risultati del nostro campione di "Figli della Shoà" italiani; la loro distribuzione rispetto alle 4 categorie dell'A.A.I. (F, E, Ds, U) e rispetto al raggruppamento "Sicuri" vs "Insicuri".

Conclusioni: Un importante risultato riguarda l'"insicurezza" dei soggetti che costituiscono il campione dei figli dei sopravvissuti. È interessante notare che il Gruppo non è complessivamente 'traumatizzato', anzi una considerevole percentuale di soggetti (46,2%) appare "Sicura". Questo fa supporre che esistano molteplici variabili che hanno fatto in modo che molti sopravvissuti siano stati in grado di reinserirsi

* Facoltà di Psicologia, Dipartimento di Psicologia, II Università degli Studi, Napoli

° Dipartimento di Ricerca Sociale e Metodologia Sociologica "Gianni Statera", Università degli Studi "La Sapienza", Roma

* Facoltà di Psicologia 1, Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione, Università degli Studi "La Sapienza", Roma

nell'ambiente civile e sociale in cui sono tornati, crescendo e prendendosi cura dei loro figli in modo sufficientemente adattivo.

Parole chiave: Adult Attachment Interview, Shoà, Trasmissione intergenerazionale del trauma.

Summary

Objectives: The aim of this research is to assess how the attachment theory can contribute to the understanding of the intergenerational trauma of the *Shoà* ("Destruction"), through the study of the state of mind of the children of the deported people, with respect to attachment. The starting hypothesis is the existence of a pattern through which unresolved bereavement and grief experienced by the parents who survived the Shoà, can build up interactions with the second generation and, therefore, also a more difficult pathway of personal identity. We hypothesize that the intergenerational transmission of the "shadow" of the Holocaust has weighed heavily on the "second generation" of survivors, through the mechanism of "frightening/frightened" responses given by the parent.

Methods: The sample consists of 26 subjects, all Jewish, who live in Italy and belong to the so-called "second generation" of the Shoà; i.e. they were born after 1945, from Jewish parents who survived the nazi extermination camps and, therefore, have not directly experienced the nazi persecutions. We used the Adult Attachment Interview (AAI) to classify the "State of mind". Our study is structured according to a descriptive pattern of research, with explorative aims. The data have undergone mono and bivariate statistical elaboration.

Results: We present the first results of our sample of Italian "Children of the Shoà": their distribution with regard to a.a.i.'s 4 categories (F, E, Ds, U), and to the "Secure" vs. "Insecure" groups ("F" vs. "E" + "Ds").

Conclusions: An important result regards the "insecurity" of the subjects who make up the sample of the children of the survivors. It is interesting to note that the Group is not thoroughly "traumatized". Rather, a relevant percentage of the subjects (46.2%) seems "Secure". This suggests that there are a number of variables that helped many survivors reinstate themselves in the civil and social environment in which they came back, growing up and taking care of their children in a sufficiently adaptive way.

Key-words: Adult Attachment Interview, Shoà, Intergenerational Transmission of Trauma.

Introduzione

Lo scopo della presente ricerca è quello di indagare i contributi che la teoria dell'attaccamento può fornire alla comprensione del trauma intergenerazionale.

le della Shoà, attraverso la valutazione dello stato della mente rispetto all'attaccamento, dei figli dei deportati. L'ipotesi di partenza è l'esistenza di una modalità attraverso la quale le carenze, i lutti, le sofferenze non risolte o semplicemente non conosciute, non mentalizzate – perché mai affiorate alla consapevolezza – che hanno caratterizzato l'esperienza e, quindi, contribuito a determinare la personalità dei genitori sopravvissuti alla Shoà, possano essere state costitutive delle interazioni con la seconda generazione, e quindi anche di un più difficile percorso di identità personale. In sintesi, si ipotizza che la trasmissione intergenerazionale dell'"ombra" dell'Olocausto (Caviglia, 1990; Moses, 1993; Finally, 1999) abbia pesato sulla "seconda generazione" dei sopravvissuti, attraverso il meccanismo delle risposte "spaventate/spaventanti" date dal genitore (che non ha elaborato i traumi e i lutti) alle richieste di accudimento e protezione dei figli (Fonagy, 1999).

Tale impostazione teorica viene considerata non solo come nuova e interessante prospettiva teorica per la comprensione dei disturbi clinici dei figli dei sopravvissuti ai campi di sterminio nazisti, ma anche come utile nell'ottica della prevenzione e della cura degli stessi.

La trasmissione intergenerazionale e la teoria dell'attaccamento

Per trasmissione intergenerazionale si intende quel processo attraverso il quale i nonni e i genitori trasmettono ai discendenti non solo valori e tradizioni, ma anche comportamenti e modalità attraverso le quali relazionarsi con il mondo. Dal momento che la teoria dell'attaccamento offre un campo molto vasto e fecondo di ricerche empiriche per l'esplorazione di vari aspetti della trasmissione intergenerazionale, abbiamo deciso di utilizzare l'Adult Attachment Interview (AAI) come strumento della nostra ricerca (cfr. anche: Sagi-Schwartz A., van IJzendoorn M. H., Grossmann K. E., *et al.*, 2003).

La trasmissione intergenerazionale coinvolge, dunque:

- il mondo affettivo e gli stili di relazione degli individui;
- le dinamiche attraverso le quali i modelli operativi e le rappresentazioni mentali dei genitori influenzano lo sviluppo dell'attaccamento del figlio;
- il modo di rappresentare se stesso e le figure significative.

I modelli precoci di relazione vengono dunque riproposti nelle successive relazioni, essendo mediati da processi rappresentazionali che permangono per tutto l'arco della vita. A questo proposito è interessante sottolineare l'importanza della capacità metacognitiva all'interno degli stili di attaccamento. La Main (1992) propone un modello della trasmissione dell'attaccamento "Sicuro", che va ben oltre la semplice considerazione della sensibilità del genitore (Fonagy, 1997). Mary Main, infatti, ha mostrato che l'assenza di capacità metacognitive, cioè l'incapacità di comprendere la natura meramente rappresen-

tazionale del proprio pensiero, rende i bambini vulnerabili di fronte a un comportamento materno poco coerente; essi non sono in grado di trascendere l'immediata realtà dell'esperienza e di arrivare a comprendere la differenza fra l'esperienza immediata e lo stato mentale sottostante.

Importantissimo è il contributo di Peter Fonagy (1999, 2001, 2002) che si è focalizzato essenzialmente sulla funzione riflessiva del Sé, ossia sulla capacità di concettualizzare stati mentali in sé e negli altri, sostenendo che il monitoraggio cognitivo completa un aspetto del ciclo intergenerazionale.

Fonagy rileva che:

- una elevata capacità riflessiva del genitore, pur avendo egli avuto delle esperienze negative, promuove un attaccamento sicuro nei figli;
- l'attaccamento sicuro può rappresentare, a sua volta, un precursore di una solida capacità riflessiva.

Quindi la trasmissione dei modelli di attaccamento non è una semplice ripetizione del passato, dato che non è l'esperienza negativa a produrre un attaccamento "Insicuro", bensì il livello di elaborazione mentale, di integrazione delle proprie esperienze e di comprensione e accettazione dei comportamenti del genitore. La disponibilità di un genitore "riflessivo" aumenta la probabilità che nel bambino si sviluppi un attaccamento sicuro, il quale, a sua volta, facilita nel bambino lo sviluppo di una teoria della mente. Tale processo è senz'altro intersoggettivo, in quanto il bambino giunge a conoscere la mente del genitore perché il genitore cerca di riconoscere, comprendere e contenere gli stati mentali del bambino, attribuendogli sin dall'inizio della sua vita lo "status" di essere umano pensante e desiderante. Se, al contrario, il genitore ha una bassa capacità riflessiva, il bambino farà maggiormente ricorso a una disperata ricerca di modalità alternative per entrare in contatto col genitore, modalità che distorcono, disorganizzano e impediscono successivamente l'accesso a ricordi, sentimenti e intenzioni.

Il trauma della Shoà e la trasmissione intergenerazionale

Il presente lavoro trae spunto da tre importanti studi sulla trasmissione delle esperienze dell'olocausto:

- ✓ l'Utrecht Study (Eland *et al.*, 1990);
- ✓ il Vancouver Study (Krell *et al.*, 1994);
- ✓ il Beer-Sheva Study (Bar-On, 1995).

Va, innanzi tutto, evidenziato che esiste una profonda divergenza, nella letteratura odierna, sugli effetti dell'olocausto. Da un lato, infatti, molti ricercatori si sono focalizzati sullo studio e la descrizione, tra i sopravvissuti, delle loro capacità adattive eccezionali, delle capacità reintegrative, del buon funzionamento sociale e familiare, come, anche, del soddisfacente livello socio-econo-

mico raggiunto (Dimsdale, 1974; Harel *et al.*, 1988). Molti sopravvissuti hanno avuto successo in campo professionale (Krell, 1993), molti altri non manifestano seri problemi psicologici (Leon *et al.*, 1981), e mostrano la forza emotiva e cognitiva necessaria per sopravvivere e adattarsi (Suedfeld *et al.*, 1998). Questo quadro è rappresentato dalla popolazione “non clinica” e può essere inteso, forse, come un modo per dimostrare la dignità della popolo ebraico e la sua capacità di sopravvivenza (Yehuda *et al.*, 1998).

Sull'altro versante, le osservazioni cliniche hanno mostrato un'alta incidenza di problemi psicologici (Rakoff, 1966). Vengono rilevati diversi disturbi tipici sia nei sopravvissuti, sia nei loro figli, quali: elevata incidenza di depressione, ansia cronica, comportamenti disadattativi, disturbi della condotta, problemi di personalità, maturità inadeguata, eccessiva dipendenza, bassa capacità di risoluzione di problemi (Rakoff *et al.*, 1976). Si parla anche di disturbi a livello relazionale, incluso il “despair marriage” (Danieli, 1982) nella relazione coniugale. Questo quadro emerge dal lavoro terapeutico con i sopravvissuti all'olocausto, che va, quindi, a scontrarsi con i dati non clinici.

Queste contraddizioni si potrebbero far risalire alla mancanza di unificazione di studi e di criteri metodologici, nonché all'insufficienza di prospettive teoriche e statistiche unificanti nel campo della trasmissione intergenerazionale dell'olocausto, che necessita invece di un'integrazione tra i due versanti (“clinico”/“non clinico”), in modo che non vengano, isolatamente, estremizzati. Tale integrazione ci viene offerta, a nostro avviso, dalla teoria dell'attaccamento, che arriva a conclusioni convergenti derivanti da studi separati. Si cerca di considerare come gli effetti di esperienze traumatiche, come l'essere sopravvissuto, possano manifestarsi in vari domini dello sviluppo socio-emotivo, e non soltanto e necessariamente, attraverso la psicopatologia in sé. La teoria dell'attaccamento supera i limiti tradizionali tra approcci clinici e non clinici, offrendo un appropriato campo concettuale, integrando gli approcci ideografici e nomotetici, ed enfatizzando la natura continua e cumulativa delle circostanze, favorevoli e non, nell'accudimento del bambino. Inoltre, ha nell'AAI uno strumento valido e attendibile per lo studio delle problematiche intergenerazionali. Inoltre, la teoria dell'attaccamento – che si basa su temi e strumenti molto sensibili alle tematiche della separazione e della perdita – rappresenta un'ottima base per studiare i temi centrali dell'olocausto e i loro effetti sulle rappresentazioni mentali del soggetto, proponendo l'associazione tra esperienza di attaccamento e trauma, senza però relegare lo studio nella costrizione di una dicotomia “sano/patologico”.

Il trauma dell'olocausto è rimasto per sempre centrale nella vita dei sopravvissuti; persino dopo sessanta anni, le esperienze legate allo sterminio continuano a lasciare le loro tracce. I deportati hanno vissuto esperienze terribili come l'adattarsi a nuovi contesti, lo scontrarsi con l'inversione radicale di norme e di regole durante la persecuzione e l'internamento, l'imprigionamento,

l'allontanamento e la perdita dei propri familiari e di moltissimi parenti, a cui si aggiungono altri traumi come le percosse, le torture, la fame, il freddo, la fatica estenuante, la delusione del ritorno – a causa della distruzione dei propri luoghi di provenienza e delle proprie case. Questo quadro diventa ancora più terribile se si considera anche l'età di alcuni perseguitati della “prima generazione”: i bambini più piccoli sono stati esposti alla distruzione totale delle relazioni primarie significative, crescendo senza neanche conoscere il proprio giorno di nascita o il luogo di origine. Come dimostrano due recenti ricerche condotte su campioni non clinici, da Sagi e collaboratori (2002, 2003), il trauma dell'olocausto influenza interamente la vita dei sopravvissuti e il loro modo di instaurare dei rapporti sociali e familiari.. Il figlio del sopravvissuto occupa una posizione speciale nella mente del genitore: può rappresentare il futuro, la vita da ricostruire, la sconfitta definitiva del nazismo, la reincarnazione dei parenti perduti, la speranza in un mondo migliore, da cui derivano la fantasia dominante caratterizzata dall'eccessiva sopravvalutazione della seconda generazione, delle sue capacità e risorse, alternata però alla paura continua di perdita e di pericoli e rischi provenienti da un mondo ostile, da cui bisogna proteggere l'unico senso della propria sopravvivenza. Nella comunicazione delle esperienze traumatiche, i sopravvissuti hanno adottato due strategie – inconsapevoli – diverse e opposte: da una parte, ciò che è accaduto durante la Shoà deve essere conosciuto e non dimenticato, e quindi ricordato continuamente; dall'altro, è impossibile raccontare l'orrore della Shoà, per dolore personale e rispetto delle persone che vi perirono e, dunque, per i figli non è possibile venire a conoscenza delle esperienze di questi genitori che non raccontano. Alcuni bambini hanno una conoscenza frammentaria delle vicende dolorose vissute dai propri genitori; molti altri hanno avuto invece genitori che hanno raccontato dettagliatamente le loro esperienze; hanno parlato “troppo”, ripetendo costantemente il loro passato ai figli sin da bambini, non offrendo una comunicazione chiara e coerente, creando sentimenti di isolamento, diniego, orrore, rabbia verso il mondo e verso i genitori, per averli assoggettati all'immane tragedia di quel passato. Molti esitano nel fare domande ai genitori, intimoriti dal disturbo che possono loro provocare; altri sono annichiliti dal veder riprodotte fantasmaticamente all'infinito, dal padre o dalla madre, le condizioni dei campi di concentramento, attraverso la confusione tra passato e presente, i lapsus nel raccontare gli eventi vissuti, la confusione di identità, l'intrusione del trauma in contesti quotidiani. È traumatico, per la seconda generazione, essere sottoposti al confronto con la catastrofe dell'olocausto, attraverso la conoscenza del passato, attraverso la presenza costante dei campi di sterminio, che vengono a costruirsi nel loro immaginario come elementi sempre presenti, facendoli sentire molto vicini all'essere stati essi stessi nei lager.

Il destino – comune ad ogni evento traumatico – è dell'ipermemoria o dell'amnesia, che spinge ad entrare a far parte della “cospirazione del silenzio”

(Danieli, 1982, 1984) che ha accomunato reduci, spettatori passivi dello sterminio, sterminatori e tutti i loro figli. La cospirazione del silenzio si riferisce all'incapacità dei sopravvissuti di raccontare le proprie esperienze ai figli, andando così ad erigere il *double wall* (Bar-On *et al.*, 1998), una sorta di circolo vizioso in cui le esperienze vissute non sono raccontate, e i figli – che a loro volta rifiutano una comunicazione aperta con i genitori – fantasticano su di esse. Bar-On (1998), sulla base delle conclusioni del suo studio condotto in Israele – e citato all'inizio di questo lavoro (Beer-Sheva Study, 1995) – ha sostenuto che le storie “non-dette” del passato sono trasmesse con maggiore intensità, da una generazione all'altra, rispetto alle storie dette; la seconda generazione è tanto sensibile al bisogno dei genitori di mantenere il silenzio, da rispondere con un altro silenzio. La cospirazione del silenzio nasce dal bisogno dei sopravvissuti di dimenticare e di adattarsi al nuovo contesto sociale, ma anche dalla speranza di mantenere i propri figli fuori dal dolore degli orrori del passato, in modo che siano liberi ed abbiano un futuro meno infelice. La cospirazione è evidente anche nelle altre due ricerche citate in precedenza; nell'Utrecht Study (1990) i figli dei sopravvissuti sostengono di non conoscere le esperienze dell'olocausto dei loro genitori, al contrario del gruppo di controllo; nel Vancouver Study (1994) la seconda generazione sostiene di evitare di fare domande sull'olocausto, per paura di distruggere psicologicamente i genitori con ricordi dolorosi. La cospirazione non può essere mai totale, infatti ci possono essere altri parenti, oltre ai genitori, più inclini a parlare del passato: ma anche se la storia è stata raccontata da qualcun altro, il soggetto della seconda generazione è, comunque, obbligato a riempire le aree mancanti della propria elaborazione con la sua immaginazione.

Il trauma dell'olocausto ruota fondamentalmente intorno alle esperienze di separazione e di perdita: i sopravvissuti hanno perso le loro famiglie, la loro tradizione religiosa, la loro eredità culturale, tutti i loro beni economici, la loro identità personale e sociale. Essendo, quindi, la perdita il concetto centrale, si può dedurre come la conseguenza immediata di tale trauma sia la difficoltà nel processo di risoluzione del lutto, che rientra tra i fattori traumatici aggiuntivi, sperimentati dal sopravvissuto e che definiscono il *sequential traumatization* (Keilson, 1992). Le circostanze in cui avviene il lutto non sono sempre uguali o “normali”: possono esistere delle discrepanze tra il tempo della morte e il tempo nel quale si è informati di essa; oppure possono rimanere sconosciuti la data esatta, il luogo della morte, la sepoltura della persona cara. Da tutto questo può derivare il ritardo nell'elaborazione del lutto. Il ritardo o la mancanza dell'elaborazione del lutto fa, innanzi tutto, rientrare i sopravvissuti nella categoria “irrisolto/disorganizzato” e determina in loro l'esibizione di comportamenti spaventati/spaventanti: comportamenti genitoriali inaspettati, per cui aumenta la probabilità dell'instaurarsi di un attaccamento disorganizzato nei figli. L'esposizione dei figli anche a piccole difficoltà può provocare risposte

esagerate di paura del genitore che, pertanto, trasmette messaggi disorganizzanti di pericolo imminente. Di conseguenza, invece di incrementare i sentimenti di conforto e sostegno, il bambino viene a relazionarsi con il genitore spaventato/spaventante che lascia il bambino in uno stato di confusione sui motivi e le cause del comportamento genitoriale.

Nello stesso tempo, il genitore è soggetto a scoppi di ira o di pianto, collegati a memorie traumatiche che improvvisamente si ripresentano. A questo proposito è interessante citare uno studio di Levine (1982) in cui si rileva che il trauma dell'olocausto pregiudica le capacità genitoriali nei sopravvissuti, determinando *il complesso dei sopravvissuti* caratterizzato da: depressione, scarso controllo dell'emotività – inclusi i sensi di colpa e l'aggressività – aspettative irrealistiche verso i figli, iperprotezione, incapacità di promuovere il processo di individuazione.

La trasmissione del trauma può avvenire attraverso quattro modalità (Kogan, 1995), che ben si adattano alla spiegazione della trasmissione intergenerazionale dell'esperienza dell'olocausto:

1. Traumatizzazione del figlio attraverso l'esposizione a racconti o comportamenti spaventosi. Il genitore crea una membrana permeabile tra se stesso e il figlio attraverso cui induce sentimenti di dolore, lutto e aggressività che, a causa della loro natura devastante, non può contenere in se stesso o condividere con un partner adulto (soprattutto perché il partner, spesso, ha lo stesso problema). Questo processo, di identificazione proiettiva serve a diminuire l'enorme quantità di autodistruttività che potrebbe essere fatale per i genitori.
2. Traumatizzazione attraverso l'inaccessibilità emotiva dei genitori. In questi casi i figli tentano di confortare i genitori prendendosi cura dei loro bisogni con totale empatia, si aggrappano all'inaccessibilità dei genitori astenendosi dalla realizzazione dei propri bisogni emozionali. Il figlio istituisce un tipo di unione in cui si occupa esclusivamente del genitore bisognoso, ribaltando i ruoli genitore-figlio.
3. Traumatizzazione nella fantasia. Questo processo avviene quando i figli, nel loro enorme sforzo di capire i genitori per poterli aiutare, provano a sperimentare ciò che hanno vissuto i genitori, attraverso la ricostituzione in fantasia – talvolta in realtà simili – dell'evento traumatico e dell'affetto connesso.
4. Traumatizzazione attraverso la perdita del proprio Sé. Il genitore, attraverso l'attaccamento simbiotico al figlio, aspira alla restituzione dei suoi oggetti perduti (spesso idealizzati) e alla riparazione del suo Sé danneggiato. Il figlio, con la condivisione fantastica della negazione della morte e della miracolosa ricomparsa degli oggetti d'amore, sacrifica la sua stessa individualità.

Metodo

Il nostro studio, che si struttura su un disegno di ricerca di tipo descrittivo, con finalità anche esplorative, è stato condotto su 26 soggetti. Sono tutti di religione ebraica, residenti in Italia, e fanno parte della cosiddetta “seconda generazione” della Shoà, sono nati, cioè, dopo il 1945 da genitori ebrei sopravvissuti ai campi di sterminio. Non hanno vissuto, quindi, in prima persona la persecuzione nazista. I recapiti dei soggetti intervistati sono stati ottenuti grazie alla collaborazione delle Comunità Ebraiche di Roma e Milano e dell’Associazione “I Figli della Shoà” di Milano. Vogliamo, a questo proposito, ringraziare la dott.ssa Sarah Gangi che ha raccolto, sbobinato e trascritto le interviste dei “Figli”. Le informazioni socio-demografiche e le categorie di attaccamento – desunte dalla codifica delle singole AAI – sono state sottoposte a elaborazioni statistiche mono e bivariate.

Lo strumento di rilevazione: l’Adult Attachment Interview

L’AAI (George *et al.*, 1984) è un’intervista semistrutturata, in cui l’intervistatore cerca di rilevare lo stato attuale della mente del soggetto rispetto ai legami primari di attaccamento, alla loro costruzione, evoluzione e strutturazione nel corso dell’infanzia e dello sviluppo dell’individuo, attraverso l’approfondimento del significato e del valore che essi sembrano rivestire per lui. La valutazione dell’intervista viene effettuata attraverso precisi e complessi criteri illustrati nel manuale ideato da Main e Goldwin (1985), a partire dai presupposti concettuali generali della teoria. Il costrutto di base dello strumento è la possibile corrispondenza esistente tra le rappresentazioni mentali del soggetto ed alcune caratteristiche del linguaggio e del discorso. A tale scopo, nell’intervista viene posta una particolare attenzione a tutti gli elementi del discorso quali le pause, i termini gergali e dialettali, le interruzioni, i balbettii, i “lapsus” su cui viene effettuata un’analisi molto precisa e puntuale (Dazzi *et al.*, 1999; Muscetta *et al.*, 1999). La codifica finale attribuisce al soggetto intervistato una particolare categoria di attaccamento; l’attendibilità dei punteggi assegnati e delle classificazioni attribuite è garantita da uno specifico training compiuto dall’intervistatore-codificatore nell’addestramento alla somministrazione dell’AAI. Le principali siglature sono:

- Sicuro = “F” (*Free-Autonomous*);
- Distanziante = “Ds” (*Dismissing*),
- Preoccupato = “E” (*Entangled*);
- Non Risolto = “U” (*Unresolved*), con lutti o traumi irrisolti – tale categoria è aggiuntiva alle altre – ;
- Non Classificabile = “CC” (*Cannot Classify*).

Mentre l'adulto *distanziante* ha accesso a ricordi semantici idealizzati o sprezzanti, e a pochi ricordi episodici, e l'adulto *preoccupato* ha accesso incoerente ed iperemozionale alla memoria episodica, il soggetto *sicuro* è in grado di accedere a ricordi semantici ed episodici i cui contenuti sono concordi tra di loro. Inoltre è coerente e non troppo coinvolto quando racconta di morti o di episodi spiacevoli e/o dolorosi.

Risultati

Per farne un rapido cenno alle caratteristiche socio-demografiche del campione, si può dire che rispetto all'appartenenza di genere esso risulta equamente distribuito (13 maschi e 13 femmine); per quanto riguarda l'età, i soggetti intervistati hanno fra i 31 e i 50 anni, con una media di 42 anni per gli uomini e di 41 anni per le donne. Per quanto concerne la classificazione dei soggetti in ordine alle diverse categorie di attaccamento, ecco i principali risultati:

Tabella 1

SIGLATURE	FREQUENZA	PERCENTUALE
F	10	38,5
Ds	9	34,6
E	1	3,8
F/U	2	7,7
CC	4	15,4
TOTALE	26	100,0

Tabella 2

SIGLATURE	FREQUENZA	PERCENTUALE
Sicuri	12	46,2
Insicuri	14	53,8
TOTALE	26,0	100,0

Un primo, interessante, risultato riguarda l' "insicurezza" dei soggetti che costituiscono il nostro campione; gli Insicuri, infatti, sono percentualmente più presenti (53,8%). Tale distribuzione si discosta dalla distribuzione normale evidenziata dagli studi metanalitici (Steele *et al.*, 1996). La caratteristica comune alla maggior parte dei soggetti intervistati classificati "*Insicuri*" è la modalità distanziante di comunicare e di raccontare la loro infanzia e le esperienze nel rapporto con i genitori, come se i contenuti mentali della relazione con i genitori venissero appiattiti e uniformati (normalizzati). Nel soggetto Insicuro "E" si rileva, soprattutto, la mancanza di coerenza e di sicurezza, legate allo spazio e alle energie occupate dai contenuti mentali relativi alle difficili situazioni di vita trascorse dai genitori, che si rivelano, quindi, nuclei patologici e disfunzionali dal punto di vista delle capacità individuali di organizzare e strutturare la propria vita attuale. Le storie familiari evidenziano eventi di vita particolarmente traumatici e penosi, che possono essere considerati come la causa di un malessere profondo, dapprima subito ed in seguito tramandato alla seconda generazione che diventa scenario di espressione e, talvolta, vera e propria valvola di sfogo. La comunicazione delle esperienze della Shoà gioca un ruolo determinante nello sviluppo di un *attaccamento insicuro*: i reduci tendono a vivere il proprio figlio come se non avesse una propria identità, attribuendogli implicitamente il compito di sostituire un genitore, un fratello, un figlio o un altro membro della famiglia morto, o di vivere – coercitivamente – in maniera diversa da come egli ha vissuto.

Questa modalità di relazione contribuisce allo sviluppo della frammentazione e al senso della precarietà della propria identità personale, esperiti dai figli dei sopravvissuti. Durante la siglatura si è evidenziato come i soggetti "Insicuri" abbiano attraversato un percorso evolutivo estremamente difficile e frammentato, inserito in un contesto familiare caratterizzato da nuclei carenziali profondi, appartenenti alla storia personale di ciascun genitore e trasmessi, come una sorta di eredità relazionale, agli altri membri della famiglia.

È interessante notare, però, che il nostro campione non è complessivamente 'traumatizzato', anzi una considerevole percentuale di soggetti (46,2%) appare "Sicura", come rilevato anche da una recente ricerca che ha utilizzato l'AAI (cfr. Sagi-Schwartz *et al.*, 2003). Questo fa supporre che esistano molteplici variabili che hanno fatto in modo che molti sopravvissuti siano stati in grado di reinserirsi nell'ambiente civile e sociale in cui sono tornati, crescendo e prendendosi cura dei loro figli in modo sufficientemente adattivo. La possibilità per il figlio di una condivisione esplicita dei traumi genitoriali, e la conseguente elaborazione di questi, sembra essere una variabile importante che ha portato alla formazione dell'attaccamento "Sicuro" nel figlio del sopravvissuto ai campi di sterminio nazisti, anche se la comunicazione è cominciata tardi (Wiseman *et al.*, 2002). Questo dato sembra essere dalla parte dell'ipotesi sostenuta per primo e con forza da Fonagy (2002) – all'interno del mondo della ricerca

sull'Attaccamento – della funzione “protettiva” che ha la capacità metacognitiva del genitore, riguardo al rischio che il figlio costruisca un modello operativo interno “Insicuro”.

Per quello che riguarda la suddivisione dei soggetti Insicuri nelle sottocategorie “Ds”, “E”, “U” e “CC”, è emerso, come dicevamo, che l'attaccamento *Dismissing* è quello percentualmente più presente (34,6%). Questo risultato non disconferma l'ipotesi iniziale dell'esistenza di una particolare organizzazione dei pattern di attaccamento all'interno dei figli dei sopravvissuti. Il pattern “Ds” nei “Figli della Shoà” può essere ricollegato alla tendenza dei loro genitori ad allontanare l'affetto legato ai contenuti negativi dei propri ricordi e dei propri vissuti. La distanza emotiva – derivante da un meccanismo di evitamento e di negazione attiva dei contenuti intimi, e di autosufficienza – consente al soggetto di mascherare la propria incapacità a gestire e sopportare le emozioni negative, e funge da surrogato della facoltà immaginativa, di cui il soggetto difetta per ragioni legate anche alla propria storia evolutiva. Le emozioni e le elaborazioni mentali vengono allontanate attraverso la negazione e la razionalizzazione. Durante la somministrazione dell'AAI questi soggetti si presentano “distanzianti” verso le emozioni, gli affetti, i ricordi emotivamente significativi.

Tra i criteri che permettono di attribuire un “Figlio della Shoà” alla categoria “Ds” troviamo:

- la mancanza di amore, vicinanza e supporto da parte delle figure di attaccamento;
- il desiderio di mostrarsi invincibili e completamente autosufficienti, con la tendenza a isolare, a negare le necessità esistenti sul registro emotivo e relazionale;
- la tendenza a distaccarsi dall'attaccamento attraverso l'idealizzazione dei legami, oppure attraverso una insistente mancanza di memoria, o mediante l'enfatizzazione della “normalità” del nucleo familiare di appartenenza.

Il pattern di attaccamento *Entangled* è presente, invece, in percentuale molto bassa (3,8%). Nei figli dei sopravvissuti dove questa struttura mentale è presente, potrebbe essere interpretata come un tentativo di risolvere la propria situazione di invischiamento all'interno di un sistema di rapporti familiari disfunzionali, dove i ruoli non sono chiari e definiti, come emerge dall'organizzazione “passiva” o “coinvolta” del discorso del soggetto, in riferimento alle figure di attaccamento.

Per quanto riguarda il pattern “U”, nel nostro studio è associato al pattern “F” ed è risultato, dal punto di vista percentuale, scarsamente presente nel campione. O almeno, non tanto presente quanto ci si potrebbe attendere se fosse stata valutata una popolazione “clinica”.

Elevata, al contrario, la percentuale di soggetti “CC” (15,4%), classificazione che si attribuisce quando è rilevata nella stessa intervista la compresenza di

2 categorie di attaccamento. La percentuale di “Adult” che rientra in questa categoria di classificazione può, in qualche maniera, spiegare la bassa percentuale di “E”. Più chiaramente la frequente presenza di comportamenti “*Rejecting*” e “*Neglect*” nei genitori (usati per difendere i figli dalle loro problematiche, ma che spingono il bambino ad adottare strategie “Ds”), costringe molti soggetti “E” ad entrare nel calderone dei “CC”; tale categoria sarebbe, dunque, composta dal numero fisiologico di “Invischiati”, a cui si sommerebbe la componente “Evitante”, derivante dalla difesa – spesso riscontrata negli studi sull’AAI – attuata come risposta ai comportamenti di *Neglect* o di *Rejecting* del genitore. Il genitore, a sua volta, esprimerebbe questi comportamenti come difesa (nei riguardi di se stesso e dei figli) verso pensieri intrusivi, stati dissociativi o comportamenti aggressivi identificatori, residui del trauma concentrzionale.

Conclusioni

L’importanza dell’integrazione fra teoria dell’attaccamento e studio del disagio del figlio del sopravvissuto alla Shoà, ci ha dato la possibilità di ampliare la nostra visione del legame che unisce la prima e la seconda generazione. La seconda generazione non è facilmente definibile o inquadrabile in un preciso modello di personalità o difficoltà relazionali. Essa appare portatrice di un disagio derivante da manifestazioni estremamente complesse, all’interno delle quali è possibile individuare alcuni elementi costanti e comuni, appartenenti alla dimensione relazionale, il cui prototipo può essere ricercato all’interno dell’organizzazione familiare e dei rapporti affettivi primari.

Lo strumento utilizzato (AAI) può essere considerato come una sorta di nuovo criterio unificatore, attraverso il quale è stato possibile individuare l’ipotesi di una minore “sicurezza” in relazione all’attaccamento nei soggetti considerati. Non sarebbe, dunque, il trauma in sé il fattore determinante lo stato disorganizzato della mente del sopravvissuto, quanto la possibilità di averlo, se non elaborato, almeno assimilato e “incistato”, controllandolo e delimitandolo. Nei Figli “Insicuri” non è stato tramandato il trauma in sé, quanto la difesa del trauma stesso; non è stata, quindi, trasmessa la disorganizzazione, ma l’insicurezza. Le difese adottate dai genitori reduci, per evitare o evacuare i ricordi traumatici affioranti, e gli affetti ad essi collegati, sembrano essere il distanziamento (attraverso la rimozione e la scissione) e l’invischiamento (attraverso l’identificazione proiettiva). I “Figli”, invece, sembrano reagire difendendosi soprattutto attraverso un allontanamento attivo dall’emozione angosciosa. È vero che in alcuni casi (gli “E”), prevale semplicemente l’identificazione col dolore del genitore, l’invischiamento e la rabbia per essere stati sommersi da ricordi ed angosce troppo difficili da sostenere; ma la forte componente di

difesa “distanziante”, presente tipicamente in questo tipo di relazione parentale, spinge la strutturazione dei modelli operativi interni dei figli, soprattutto verso le categorie “Ds” e “CC”. L’aspetto traumatico puro (la “U”), sembra rispondere più ad una modulazione complessa nella sua gestione, che ad una meccanica trasmissione intergenerazionale. Questo nostro dato è in linea con studi recenti ed importanti, che vedono la trasmissione della qualità dell’attaccamento molto legata agli aspetti metacognitivi, riflessivi e relazionali, e non solo – *tout court* – alla sensibilità o alla sicurezza del genitore (Meins *et al.*, 2002; Fonagy, 2002)

La conoscenza delle caratteristiche presentate dalla seconda generazione ci rivela sia la complessità estrema del fenomeno della trasmissione intergenerazionale, sia la possibilità di trovare nuove modalità per intervenire in maniera efficace, affinché il trauma subito dai sopravvissuti non si perpetui attraverso le generazioni. Un punto su cui la terapia dovrebbe basarsi è la possibilità di intervenire sulla scissione tra ricordo/evento e l’affetto connesso, fornendo l’opportunità di elaborare l’emozione rimasta congelata e, quindi, di metabolizzare il lutto. Sembra, dunque, utile effettuare uno studio più approfondito sulle differenze, molto marcate, nell’elaborazione genitoriale del trauma, e nella relazione instaurata con i soggetti intervistati, riguardo all’ “intrusione” delle tematiche concentrazionali nel rapporto di accudimento.

Dal punto di vista statistico, abbiamo scartato l’ipotesi di effettuare un confronto con i dati ottenuti da van IJzendoorn e Bakermans-Kranenburg (1996), i quali hanno applicato un procedimento statistico meta-analitico su numerose ricerche – che si sono avvalse dell’AAI – al fine di individuare la distribuzione delle classificazioni dell’attaccamento in una popolazione sufficientemente numerosa, tale da poterne ricavare dati normativi. Stante l’esiguità del nostro campione, un confronto del genere si sarebbe risolto in un semplice *matching* fra dati, che non avrebbe consentito di giungere a conclusioni statisticamente significative. Pertanto, il nostro prossimo obiettivo è il confronto dei risultati, finora ottenuti, con un gruppo di controllo. Tale gruppo (allo stato attuale della ricerca sono già state somministrate 10 AAI) sarà così composto:

- 26 soggetti di religione ebraica;
- equamente distribuiti rispetto all’appartenenza di genere e simili al campione già testato per quel che riguarda il livello di istruzione;
- di età compresa fra 31 e 50 anni;
- figli di soggetti Ebrei che non hanno vissuto in prima persona la deportazione nei Lager, pur avendo, ovviamente, ugualmente patito la persecuzione in quegli stessi, bui, anni.

Bibliografia

- BAR-ON D. (1995), *Fear and Hope: Three generations of five Israeli families of Holocaust survivors*, Harvard University Press, Cambridge.
- BAR-ON D., ELAND J., KLEBER R. J., KRELL R., MOORE Y., SAGI A., SORIANO E., SUEDFELD P., VAN DER VELDEN P. G., VAN IJZENDOORN M. H. (1998), *Multigenerational perspective on Coping with the Holocaust Experience: an attachment Perspective for Understanding the Developmental Sequelae of Trauma across Generation*, in «International Journal of Behavioral Development», 22, 2, pp. 315-38.
- BOWLBY J. (1969), *Attachment and Loss, I: Attachment*, Basic Books, New York; trad. it. (1972) *Attaccamento e perdita, vol.I: L'attaccamento alla madre*, Boringhieri, Torino.
- CAVIGLIA G. (1990), *Olocausto e "lavoro del lutto"*, in G. Caviglia (1992), *Psicologia dinamica ed ebraismo*, La Giuntina, Firenze, pp. 11-7.
- CAVIGLIA G. (2003), *Attaccamento e psicopatologia. Dalla ricerca al lavoro clinico*, Carocci, Roma.
- DANIELI Y. (1981), *Differing adaption styles in families of survivors of the Nazi Holocaust: some implications for treatment*, in «Children today», 10, pp. 6-10.
- DANIELI Y. (1982), *Families of survivors of the Nazi Holocaust: some short and long-term effects*, in C. D. SPIELBERGER, I. G. SORASON, N. A. MILGRAM (a cura di) *Stress and Anxiety*, Mc Graw Hill, New York, 8, pp. 405-21.
- DANIELI Y. (1984), *Psychoterapists' participation in the conspiracy of silence about the Holocaust*, in «Psychoanalytic Psychology», 1, 1, pp. 23-42.
- DAZZI N., DE CORO A., ORTU F., SPERANZA A. M. (1999), *L'intervista sull'attaccamento in preadolescenza: un'analisi della dimensione della coerenza*, in «Psicologia Clinica dello Sviluppo», 1, pp. 129-53.
- DIMSDALE J. G. (1974), *The coping behavior of Nazi concentration camp survivors*, in «American Journal of Psychiatry», 131, pp. 792-7.
- ELAND J., VAN DER VELDEN P. G., KLEBER R. J., STEINMETZ C. H. D. (1990), *Tweede generatie Joodse Nederlanders: een onderzoek naar de gezinsachtergronden en psychisch functioneren* (Second generation Jews in the Netherlands), van Loghum Slaterus, Deventer.
- FINALLY (1999), in «Attachment & Human Development», 1, 1, pp. 79-92.
- FONAGY P. (1997), *Attachment and Theory of Mind: Overlapping constructs*, in «Association for Child Psychology and Psychiatry», Occasional Paper, 14, pp. 31-40.
- FONAGY P. (1999), *The transgenerational transmission of holocaust trauma*, in «Attachment & Human Development», 1, 1, pp. 92-114.
- FONAGY P., TARGET M. (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- FONAGY P. (2001) *Attachment Theory and Psychoanalysis*, Other Press, New York; trad. it. (2002) *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- GEORGE C., KAPLAN N., MAIN M. (1984), *Adult Attachment Interview*, Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of California, Berkeley, third edition 1996.
- HAREL Z., KAHANA E., KAHANA E. (1988), *Coping with extreme trauma human adaptation to extreme stress: from the Holocaust to Vietnam*, Plenum, New York.

- KEILSON H. (1992), *Sequential traumatization among Jewish Orphans*, Magnes, Jerusalem.
- KOGAN I. (1995), *The cry of mute children. A psychoanalytic perspective of the second generation of the Holocaust*, Free Association Books, London-New York.
- KRELL R. (1993), *Child survivors of the Holocaust: Strategies of adaptation*, in «Canadian Journal of Psychiatry», 38, pp. 384-9.
- LEON G. R., BUTCHER J. N., KLEINMAN M., GOLDBERG A., ALMAGAR M. (1981), *Survivors of the Holocaust and their children: Current status and adjustment*, in «Journal of Personality and Social Psychology», 41, pp. 503-16.
- MAIN M., GOLDWIN R. (1985), *An Adult Classification and rating System*, manoscritto non pubblicato, versione 6.3, 1998.
- MAIN M., HESSE E. (1992), *Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori*, in M. AMMANITI, D. N. STERN (a cura di) *Attaccamento e psicoanalisi*, Laterza, Roma-Bari, pp. 86-140.
- MEINS E., FERNYHOUGH C., WAINWRIGHT R., DAS GUPTA M., FRADLEY E., TUCKEY M. (2002) *Maternal Mind-Mindedness and Attachment Security as Predictors of Theory of Mind Understanding*, in «Child Development», 73, 6, pp. 1715-26.
- MOSES R. (a cura di) (1993), *The persistent shadows of the Holocaust: The meaning to those not directly effected*, International University Press, Madison, CT.
- MUSCETTA S., DAZZI N., DE CORO A., ORTU F., SPERANZA A. M. (1999), «*States of Mind in Respect to Attachment and Change in a Psychotherapeutic Relationship: A Study of the Coherence of Transcript in a Short-Term Psychotherapy with an Adolescent*», in «Psychoanalytic Inquiry», 19, pp. 885-921.
- RAKOFF V. (1966), *A long term effects of the concentration camp experience*, in «Viewpoints», 1, pp. 17-20.
- RAKOFF V., SIGAL J. J., EPSTEIN N. (1976), *Children and families of concentration camp survivors*, in «Canada's Mental Health», 14, pp. 24-6.
- SAGI A., VAN IJZENDOORN M. H., JOELS T., SCHARF M. (2002), *Disorganized reasoning in Holocaust survivors: an attachment perspective*, in «American Journal of Orthopsychiatry», 72, pp. 194-203.
- SAGI-SCHWARTZ A., VAN IJZENDOORN M. H., GROSSMANN K. E., JOELS T., GROSSMANN K., SCHARF M., KOREN-KARIE N., ALKALAY S. (2003), *Attachment and Traumatic Stress in Female Holocaust Child Survivors and Their Daughters*, in «American Journal of Psychiatry», 160, pp. 1086-92.
- STEELE H., STEELE M., FONAGY P. (1996), *Associations among attachment classifications of mothers, fathers, and their infants*, in «Child Development», 67, pp. 541-55.
- SUEDFELD P., FELL C., KRELL R. (1998), *Structural Aspects of Survivors. Thinking about the Holocaust*, in «Journal of Traumatic Stress», 11, 2.
- VAN IJZENDOORN M. H., BAKERMANS-KRANENBURG M. J. (1996), *Attachment Representations in Mothers, Fathers, Adolescents, and Clinical Groups: a Meta-Analytic Search for Normative Data*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 64, 1, pp. 8-21.
- WISEMAN H., BARBER J. P., RAZ A., YAM I., FOLTZ C., LIVNE-SNIR S. (2002), *Parental communication of Holocaust experiences and interpersonal patterns in offspring of Holocaust survivors*, in «International Journal of Behavioral Development», 26, 4, pp. 371-81.

YEHUDA R., SCHMEIDLER J., ELKIN A., ELSON S., SIEVER L., BINDER-BRYNES K., WAINBERG M., AFERIOR D. (1998), *Phenomenology and psycho-biology of the intergenerational response to trauma*, in Y. DANIELI *International Handbook of Multigenerational Legacies of Trauma*, Plenum, New York, pp. 639-55.

Giorgio Caviglia, Dipartimento di Psicologia, Seconda Università degli Studi di Napoli, via Vivaldi 43 – 81100 Caserta – tel. 0823 274781 –
E-mail: giorgio.caviglia@unina2.it





INFORMAZIONI PER GLI AUTORI E
NORME REDAZIONALI PER LA PREPARAZIONE DEI TESTI

La rivista pubblica lavori in forma di monografie, articoli originali, articoli di aggiornamento, recensioni di libri e riviste, rapporti di congressi, informazioni e segnalazioni dei lettori inerenti alla ricerca in psicoterapia.

I lavori vengono organizzati all'interno della seguente rubrica tematica: *editoriale, segnavia, strumenti e metodi, ricerca euristica, ricerca clinica, psicoterapia nelle istituzioni, lavori in corso, biblioteca del ricercatore, il punto di vista dei lettori, notizie SPR e SPR-Italia.*

I contributi devono essere inediti, gli autori sono responsabili delle affermazioni contenute nel testo; per i lavori sperimentali sono tenuti a dichiarare di avere ottenuto il consenso informato per la ricerca e le sue procedure compresa l'eventuale trascrizione di testi di sedute di psicoterapia.

I lavori vengono inizialmente esaminati dalla redazione e quindi inviati a referee esterni specificamente esperti nel campo proposto dal singolo lavoro. I lavori ricevono revisioni anonime; pertanto i nomi degli autori e la sede di appartenenza dovranno figurare sulla prima pagina. I revisori possono approvare, respingere o proporre modifiche migliorative; sarà cura della redazione informare gli autori dando risposta motivata del parere espresso dai revisori allo scopo di favorire un processo di miglioramento dello standard qualitativo della rivista e creare l'occasione per una crescita scientifica comune. Gli autori verranno informati entro 4 mesi sull'accettazione del lavoro.

Norme generali.

Nella prima pagina devono comparire, oltre al titolo, *in italiano e in inglese*, e al nome degli autori e del loro ente di appartenenza, le *parole-chiave* e le *key words* e l'indirizzo prescelto per corrispondenza.

Ogni lavoro deve contenere un *riassunto* in lingua italiana e un *summary* in Lingua inglese di lunghezza non superiore alle 200 parole.

Vengono presi in considerazione solamente manoscritti originali. Tutti i lavori devono essere prodotti con una stampante di qualità adeguata, a interlinea doppia con corpo 12 (preferibilmente AGaramond) su un solo lato di carta bianca standard A4. Devono essere inviate quattro copie; ciascuna copia deve essere nitida, con tutte le pagine numerate e contenere eventuali figure e tabelle. I manoscritti non vengono generalmente restituiti dopo il processo di revisione, e pertanto gli autori sono invitati a conservare una copia del manoscritto in loro possesso.

Al manoscritto deve essere accluso un floppy disk PC o Macintosh (in formato Word o Rich Text Format) contenente un file con il testo, uno con le tabelle

(composte in Excel) e uno con tutti i grafici in bianco e nero o sfumature di grigio. Indicare chiaramente nel testo dove vanno inseriti tabelle, figure e grafici. Limitare il numero di tabelle all'essenziale (non più di cinque per articolo).

Formato della pagina: *la parte scritta della pagina (la cosiddetta maschera) non deve mai superare cm 12 x 18,5.*

Le illustrazioni (fotografie, disegni, diagrammi e grafici) devono essere numerate con numeri arabi consecutivi.

Le fotografie, in bianco e nero, devono essere stampate su carta patinata con forte contrasto.

I disegni devono essere preparati con inchiostro di china e sono accettabili sia i disegni originali che fotocopie laser. Sul retro della figura deve essere riportato il nome dell'autore e il numero dell'illustrazione.

Le tabelle devono essere numerate e citate con il loro numero nel testo.

Tabelle, grafici e immagini, incluse intestazione e legenda, devono essere stampate su fogli separati; la loro dimensione non deve mai superare quella della maschera (cm 12 x 18,5).

Norme specifiche per gli articoli di ricerca empiricamente fondata.

Il *riassunto* e il *summary* devono essere organizzati nelle seguenti sezioni: *Obiettivi* (Objectives), *Metodi* (Methods), *Risultati* (Results), *Conclusioni* (Conclusions).

Nella sezione *Obiettivi* va sintetizzato con chiarezza lo scopo del lavoro e l'ipotesi che si intendono verificare, nei *Metodi* va riportato il numero e tipo di soggetti considerati, il disegno dello studio, gli strumenti impiegati e il tipo di analisi statistica utilizzata. Nella sezione *Risultati* vanno riportati i dati emersi dallo studio e dall'analisi statistica. Nella sezione *Conclusione* va riportato il significato dei risultati e l'eventuale ricaduta sul piano della pratica clinica.

Parole-chiave (key-words): riportare non più di 5 parole-chiave che caratterizzano il lavoro.

Riferimenti bibliografici

I riferimenti bibliografici devono essere elencati in ordine alfabetico alla fine del lavoro e citati nel testo con il nome dell'autore e l'anno di pubblicazione tra parentesi tonde. Quando un lavoro ha 2 autori entrambi i nomi devono essere riportati in tutte le citazioni del testo. Quando un lavoro ha 3 o più autori citare solamente il nome del primo autore seguito da *et al.* sia nella prima citazione che nelle successive.

In bibliografia vanno citati tutti i nomi degli autori delle monografie e degli articoli in maiuscoletto e separati da una virgola.

Il titolo dei libri, dei capitoli di libri e dei lavori pubblicati su rivista va citato per esteso in corsivo.



La denominazione delle riviste va riportata per esteso in carattere normale tra virgolette basse.

Nel caso di citazioni di traduzioni italiane l'espressione «traduzione italiana» va sempre contratta in «trad. it».

Le voci contenute nella bibliografia devono essere uniformate ai seguenti esempi:

ESEMPIO DI CITAZIONE DI UN LIBRO

LUBORSKY L., CRITS-CRISTOPH P. (a cura di) (1990), *Understanding Tranference*, Basic Books, New York; trad. it. (1992) *Capire il Transfert*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

ESEMPIO DI CITAZIONE DI UN CAPITOLO DI UN LIBRO CON PIÙ AUTORI

BARBER J.P., CRITS-CRISTOPH P., LUBORSKY L. (1990), *A guide to CCRT standard categories and their classification*, in L. LUBORSKY, P. CRITS-CRISTOPH (a cura di), *Understanding Tranference*, Basic Books, New York, pp. 37-50.

ESEMPIO DI CITAZIONE DI UN ARTICOLO PUBBLICATO SU UNA RIVISTA:

CRITS-CRISTOPH P., DEMOREST A., CONNOLLY M.B. (1990), *Quantitative assessment of interpersonal themes over the course of psychotherapy*, in «Psychotherapy», 27, pp. 5 13-21.

Aspetti etici, deontologici e legali

Una particolare attenzione va dedicata agli aspetti etici, deontologici e legali relativi alla protezione dell'anonimato del paziente in qualunque tipo di scritto e in modo specifico nei case-reports. Informazioni atte all'identificazione del paziente, come nomi, iniziali, luoghi di cura, date devono essere evitate o sostituite. Inoltre, gli autori devono modificare le informazioni in grado di identificare il paziente rispetto alle sue caratteristiche e alla storia personale. I manoscritti che riportano ricerche sperimentali con soggetti umani devono includere la dichiarazione dalla quale risulti che è stato ottenuto il consenso informato dopo avere accuratamente spiegato le procedure della ricerca. Quando sono coinvolti bambini gli autori sono invitati a includere delle informazioni anche rispetto al consenso ottenuto dai genitori o da legali rappresentanti del bambino. Gli autori sono responsabili dell'ottenimento del permesso dai proprietari dei diritti d'autore allorché usino illustrazioni, tabelle o citazioni lunghe (oltre le 100 parole) pubblicate altrove. Gli autori devono scrivere sia all'autore che all'editore di tali materiali richiedendo di potere utilizzare il materiale a scopo di pubblicazione. Traduzioni di articoli originariamente pubblicati in altre lingue verranno prese in considerazione se è stato preventivamente ottenuto il permesso dell'editore originario.