



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO – BICOCCA**  
Dipartimento di Psicologia

*Dottorato di Ricerca in Psicologia per la Ricerca Sociale, Cognitiva applicata e Clinica*

XXI CICLO



**IL RUOLO DEI PROCESSI EMOTIVI E DI SINTONIZZAZIONE  
AFFETTIVA TRA CLINICO E PAZIENTE NEI COLLOQUI DEL  
PROCESSO DIAGNOSTICO:  
ANALISI EMPIRICA DELLA RICORSIVITA' E BI-DIREZIONALITA'**

**Coordinatore:** Ch.mo Prof. Dario Romano

**Tutor:** Ch.ma Prof.ssa Margherita Lang

**Dottoranda:** Dott.ssa Laura Rivolta

Anno Accademico 2008/2009



Ho perso qualche dea per via dal Sud al Nord,  
e anche molti dei per via dall'Est all'Ovest.  
Mi si è spenta per sempre qualche stella, svanita.  
Mi è sprofondata nel mare un'isola, e un'altra.  
Non so neanche dove mai ho lasciato gli artigli,  
chi gira nella mia pelliccia, chi abita il mio guscio.  
Mi morirono i fratelli quando strisciai a riva  
e solo un ossicino festeggia in me la ricorrenza.  
Non stavo nella pelle, sprecavo vertebre e gambe,  
me ne uscivo di senno più e più volte.  
Da tempo ho chiuso su tutto ciò il mio terzo occhio,  
ci ho messo una pinna sopra, ho scrollato le fronde.  
Perduto, smarrito, ai quattro venti se n'è volato.  
Mi stupisco io stessa del poco di me che è restato:  
una persona singola per ora di genere umano,  
che ha perso solo ieri l'ombrello sul treno.

Ai pezzi di me. Specificamente, al mio arto smarrito e non prontamente conservato nella neve.



## INDICE

|  |         |
|--|---------|
| <u>PRIMA SEZIONE: LE RADICI</u>  | pag. 9  |
| IL CONCETTO: I PROCESSI EMOTIVI  |         |
| 1. L'affetto e la vita emotiva nella quotidianità  | pag. 11 |
| a. Questioni teoriche: lo sviluppo degli affetti   | pag. 13 |
| b. Prospettive psicologiche  | pag. 17 |
| 2. La dimensione soggettiva (self-regulation) e la dimensione relazionale (interpersonal-regulation)                                       | pag. 23 |
| a. Le prospettive evolutive: una teoria integrata sugli affetti e sulla regolazione affettiva  | pag. 23 |
| b. Un modello sistemico-diadico nelle interazioni: la mente soggettiva e interattiva   | pag. 28 |
| 3. I processi emotivi come costruttori del sé: lo sviluppo sano e la psicopatologia  | pag. 33 |
| IL COSTRUTTO: LA SINTONIZZAZIONE AFFETTIVA   |         |
| 1. First things first: le definizioni  | pag. 40 |
| a. Una teoria della comunicazione e dell'interazione clinico-paziente  | pag. 41 |
| b. La sintonizzazione affettiva nel contesto internazionale  | pag. 44 |
| 2. Il passaggio da concetto a costrutto  | pag. 46 |
|  |         |
| <u>SECONDA SEZIONE: ANATOMIA DEI PROCESSI EMOTIVI E DI SINTONIZZAZIONE AFFETTIVA</u>   | pag. 48 |
| EVIDENZE TEORICHE  |         |
| 1. Il modello della regolazione emotiva del doppio processamento (Collective-Interpersonal Processes versus Personal-Individual Processes) | pag. 50 |
| 2. Il paradosso emotivo  | pag. 52 |
| 3. Modelli di ispirazione psicoanalitica e intersoggettiva in psicoterapia dinamica  | pag. 54 |
| a. La memoria emotiva e i momenti di incontro  | pag. 54 |
| b. Intersoggettività   | pag. 56 |
| c. Il something more than interpretation   | pag. 59 |
| d. I processi emotivi alla base dello sviluppo del sé  | pag. 61 |
| 4. Il dialogo tra psicoanalisi e scienza cognitiva   | pag. 64 |
| a. La teoria del Codice Multiplo   | pag. 64 |
| EVIDENZE CLINICHE  |         |
| 1. Una digressione necessaria: l'oggetto d'indagine. Che cosa è il processo diagnostico?   | pag. 76 |
| 2. Implicazioni tecniche della teoria dei processi emotivi e della sintonizzazione affettiva nella clinica diagnostica degli adulti        | pag. 83 |
| 3. Osservazioni, quesiti, problemi della diagnostica degli adulti: le domande della clinica  | pag. 91 |
| LA NOSTRA PROPOSTA DI INTEGRAZIONE   |         |
| 1. Sanare il gap: il dialogo tra clinica-evidenze empiriche-teoria   | pag. 99 |

|   |          |
|---|----------|
| <u>TERZA SEZIONE: LA RICERCA</u>  | pag. 101 |
| IL RAZIONALE  | pag. 102 |
| IL METODO   | pag. 107 |
| LE PROCEDURE  | pag. 111 |
| IL MATERIALE DI STUDIO: I COLLOQUI DEL PROCESO DIAGNOSTICO  | pag. 111 |
| I PARTECIPANTI  | pag. 120 |
| I CLINICI   | pag. 121 |
| GLI OBIETTIVI E LE IPOTESI: RICORSIVITA' E BI-DIREZIONALITA'  | pag. 121 |
| LE MISURE: VARIABILI E STRUMENTI  | pag. 123 |
| LE ANALISI  | pag. 123 |
| <br>  |          |
| I RISULTATI   |          |
| 1. Step preliminari. Qualità e affidabilità dei trascritti e degli strumenti  | pag. 124 |
| 2. Primo obiettivo. Specificità e ricorsività   | pag. 126 |
| a. Primo livello: pathway della comunicazione emotiva nei colloqui diagnostici e osservazione ravvicinata delle misure linguistiche del processo referenziale e affettivo | pag. 127 |
| b. Secondo livello: rilevazione delle differenze tra tipologie diverse di colloqui  | pag. 149 |
| c. Terzo livello: misure derivate. L'implementazione di un parametro per rilevare il livello di sintonizzazione affettiva tra clinico e paziente                          | pag. 153 |
| 3. Secondo obiettivo. Bi-direzionalità  | pag. 160 |
| a. Primo livello: specificità della tecnica trasversalmente a setting clinici diversi e studio del rapporto di bi-direzionalità intervento clinico/risposta del paziente  | pag. 163 |
| b. Secondo livello: rilevazione delle differenze tra tipologie diverse di colloqui  | pag. 184 |
| c. Terzo livello: i diversi assetti strategici e tecnici per favorire la regolazione delle emozioni e l'elaborazione dei significati nel paziente                         | pag. 186 |
| 4. Terzo obiettivo. Il marker della comprensione diagnostica: sintonizzazione emotiva e/o dimensione tecnica?   | pag. 191 |
| a. Primo livello: la formulazione del modello concettuale   | pag. 193 |
| b. Secondo livello: il modello strutturale e di misurazione e la stima dei parametri  | pag. 198 |
| c. Terzo livello: la valutazione e il miglioramento del modello   | pag. 200 |
| <br>  |          |
| DISCUSSIONE   | pag. 210 |
| 1. La lingua dell'affettività: la componente emotiva, relazionale e soggettiva, di clinico e paziente   | pag. 211 |
| 2. Il peso specifico della tecnica e della competenza del clinico nel creare una lingua che permetta la condivisione di significati affettivi e cognitivi                 | pag. 220 |
| 3. La clinica diagnostica: la risultante del dialogo tra emozioni sintonizzate  | pag. 229 |

|   |          |
|---|----------|
| <u>QUARTA SEZIONE: LE DOMANDE E LE RISPOSTE</u>       | pag. 237 |
| CONCLUSIONI   | pag. 238 |
| AGENDA PER IL FUTURO                                  | pag. 240 |
| <br>  |          |
| <u>APPENDICE</u>                                      |          |
| A. Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)              | pag. 244 |
| B. Dizionari di Bucci                                 | pag. 247 |
| C. Scala di Elaborazione/Dis-elaborazione di Horowitz | pag. 252 |
| D. Tecniche della domanda PIRS di Cooper e Bond       | pag. 253 |
| <br>  |          |
| <u>BIBLIOGRAFIA</u>                                   | pag. 257 |
| <u>SITOGRAFIA</u>                                     | pag. 278 |



Quand l'un avecque l'autre aussitôt sympathise  
d'aucuns par-dessus tout prisent les escargots  
des êtres indécis vous parlent sans franchise  
il ne trouve aussi see qu'un sae de vieux fayots

Negli ultimi decenni si è assistito a un interesse scientifico crescente nei confronti dello studio dei processi emotivi, dello sviluppo e regolazione degli affetti e dell'impatto che la disregolazione degli affetti opera sulla salute fisica e mentale. Questo interesse per le emozioni è stato incoraggiato dallo sviluppo di nuove tecnologie e di metodi sperimentali, che permettono di studiare le funzioni cerebrali, e dagli affascinanti risultati di alcuni studi osservativi sulla relazione bambino/caregiver. Mentre i primi hanno fatto avanzare la comprensione dei meccanismi cerebrali coinvolti nelle emozioni, questi ultimi hanno condotto a riformulazioni sulla natura, sulle funzioni e sul primo sviluppo degli affetti che hanno importanti implicazioni cliniche. Lo studio dei processi emotivi si è rivelato, dunque, un'attività interdisciplinare estremamente stimolante, che coinvolge allo stesso tempo la psicologia dello sviluppo, la psicologia della personalità, la neurobiologia, la psicoanalisi, la psichiatria biologica, la psicopatologia, la psicosomatica e le scienze della comunicazione. Lo scopo di questa sezione, Radici, è di mostrare come alcuni dei modelli e delle ricerche teoriche che nascono da questa attività interdisciplinare forniscano una nuova prospettiva clinica a partire dalla quale certi disturbi possono essere riconcettualizzati come disturbi della regolazione degli affetti e la clinica, di conseguenza, può diventare una clinica della sintonizzazione affettiva – intesa come strumento regolatore della disfunzione.

Da subito ci si confronta con una serie di difficoltà: l'assenza di definizioni chiare e consensuali e la presenza di molti vertici osservativi che dialogano poco tra loro (scarsi tentativi di integrazione). Per questo, vogliamo cercare di creare un ponte, un *link*, che ci permetta di definire i concetti – aderendo a un modello che partendo da attaccamento, psicoanalisi e cultura dinamica vuole rompere lo splendido isolazionismo e agganciarsi a scienza cognitiva e neuroscienze – e definire dei costrutti specifici che possano ridurre non solo il *gap* tra clinica e teoria, ma anche il *gap* con la ricerca empirica. Per gettare questo secondo ponte abbiamo deciso di restringere lo studio dei processi emotivi focalizzandoci soltanto (A) sul complesso emozionale e regolatorio degli adulti (B) studiato in un *setting* peculiare, i colloqui clinici (C) attraverso il suo epifenomeno esterno, il legame tra emozione e linguaggio. Presentiamo di seguito, un riassunto focalizzato delle principali teorie dei processi emotivi, diamo definizioni sintetiche del costrutto e delle sue componenti assumendo un'ottica evolutiva e passeremo poi alle ricadute del concetto nella clinica definendo il costrutto di sintonizzazione affettiva, che diventerà l'oggetto e il tema della nostra ricerca.

## IL CONCETTO: I PROCESSI EMOTIVI

### 1. L'AFFETTO E LA VITA EMOTIVA NELLA QUOTIDIANEITA'

Ogni concettualizzazione delle emozioni deve iniziare col chiedersi 'che cosa è un'emozione'. In particolare, quello su cui noi ci vogliamo focalizzare è lo studio delle emozioni non solo come eventi ma anche in termini di regolazione emotiva intesa come caratteristica fondamentale dello sviluppo normativo e individuale e come parte integrante di tutte le transazioni critiche con l'ambiente – rappresenta, infatti, la valuta delle relazioni interpersonali:

dall'esperienza comune noi apprendiamo che le emozioni ci muovono, riempiono i nostri giorni di luce e ombra, ci rendono attori piuttosto che spettatori del dramma della vita. (Arnold, 1960, pag. 106)

Indipendentemente dal fuoco d'analisi o dall'orientamento teorico, praticamente tutti gli studiosi dei processi emotivi sottolineano il fatto che le emozioni devono essere viste come transazioni complesse con l'ambiente (Frijda, 1988; Schore, 1994), legate alla qualità dei processi cognitivi (valutazione e analisi del significato) e associate a modificazioni fisiologiche. La vita emotiva, dunque, può essere descritta come una catena di eventi del tipo:

stimolo inserito in un contesto → processo cognitivo → sensazione esperita → comportamento

Il comportamento e le sensazioni, naturalmente, possono avere un effetto di retroazione circolare che influenza il processo cognitivo in via di svolgimento e così via, in un continuo processo di modulazione e sintonizzazione – piuttosto che di una risposta discreta semplice (Fogel, 1993). Se c'è accordo univoco sulla complessità della vita emotiva, i punti di disaccordo e differenziazione tra i teorici si giocano poi sulle diverse questioni su cui si pone l'enfasi (sui processi cognitivi, Mandler, 1975, 1984; sui processi fisiologici, Hebb, 1946; Tomkins, 1962; sulle funzioni adattive, Arnold, 1960; Campos, 1989; Darwin, 1859; Izard, 1991; Plutchik, 1980). Il tipo di enfasi, naturalmente, influenza la definizione. Izard (1978, 1990), ad esempio, pone l'accento sulla funzione comunicativa delle emozioni nell'uomo e sottolinea il loro ruolo nell'adattamento. La sua definizione di emozione si sofferma sull'espressione facciale e la sua catena sequenziale pone l'accento sulla retroazione (*feedback* di sensazioni successive) che deriva dalle modificazioni nella muscolatura facciale:

evento → percezione semplice o cognizione → cambiamento del volto → sensazioni/comportamento.

In contrasto, Arnold (1960) ritiene che l'emozione abbia un ruolo importante nel guidare e dirigere il comportamento e definisce il suo nucleo fondamentale come una tendenza esperita all'azione (Frijda, 1988): non si tratta né delle sensazioni né delle modificazioni fisiologiche né della valutazione cognitiva. La sua catena diventa:

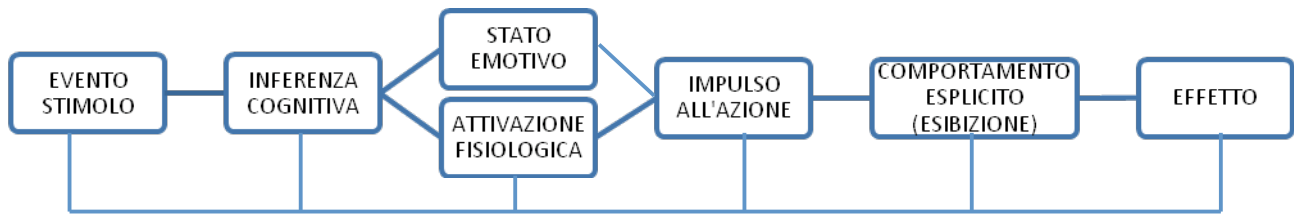
evento → valutazione intuitiva immediata (tendenza esperita all'azione) → reazione fisiologica/comportamentale → valutazione cognitiva continua.

Come ultimo esempio, Mandler (1984) pone l'accento sull'analisi del significato nella fase di attivazione dell'emozione. In accordo con le teorie di James-Lange (1963) e Schacter (1966), vede l'emozione come un'interpretazione cognitiva dell'attivazione fisiologica. La catena quindi diventa:

evento → attivazione dovuta all'interruzione di un piano → analisi del significato → etichettamento della sensazione.

Più elaborato lo schema di Plutchik (1983):

Fig. 1 – Modello causale dell'emozione



Fonte: Plutchik, 1983

Il problema non è decidere quale di queste posizioni sia corretta e quale errata. Ciascuna pone l'attenzione su una parte importante di un quadro più ampio e potrebbe essere usata nella ricerca di una spiegazione evolutiva comprensiva della vita emotiva. Quello che interessa è poter iniziare il processo di definizione del concetto:

l'emozione è una deviazione fisiologica dell'omeostasi che è soggettivamente esperita con forti sensazioni e si manifesta in cambiamenti neuromuscolari, respiratori, cardiovascolari, ormonali e di altro tipo preparatori al comportamento esplicito, che può o non può essere portato a termine. (Sroufe, 2000, pag. 23)

l'emozione è una reazione soggettiva – che connota la relazione tra una persona e un evento – a un evento saliente, caratterizzata da modificazioni fisiologiche, esperienziali e a livello di comportamento esplicito. (Sroufe, 2000, pag. 24)

A partire da questa prospettiva, facile definire l'importanza delle emozioni in relazione alle loro funzioni specifiche:

le emozioni costituiscono il tentativo dell'organismo di acquisire un controllo sugli eventi che hanno a che vedere con la sopravvivenza. Rappresentano gli adattamenti comportamentali evolutivi ultraconservativi e sono basate su codici genetici che hanno avuto successo nell'aumentare le possibilità di sopravvivenza degli organismi. (Plutchik, 1983, pag. 223)

Le funzioni principali delle emozioni, dunque sono (A) comunicare gli stati interni ad altri significativi (B) promuovere la competenza esplorativa dell'ambiente (C) promuovere risposte adeguate alle situazioni di emergenza (D) regolare il comportamento. Le reazioni emozionali comunicano i bisogni, le intenzioni e i desideri dell'organismo e sono fondamentali alla vita dell'uomo nella misura in cui questa è fondata sulle interazioni sociali e di gruppo. La condivisione delle emozioni è il tessuto delle relazioni sociali umane:

fornisce la punteggiatura nell'interazione e nella comunicazione. (Fogel, 1993, pag. 27)

la società non è composta di attori neutrali ma di esseri emozionali, che si parli di babbuini, di scimpanzé o dell'uomo, l'emozione è al cuore del processo sociale. La fisiologia dell'emozione assicura gli atti fondamentali alla sopravvivenza. (Hamburg, 1963, pag. 316)

In questo senso, le emozioni sono regolatorie delle attività psicologiche, non i loro prodotti. Sono cause, non effetti della percezione e dell'azione che mirano a influenzare comportamenti e atti di consapevolezza futuri: fanno parte della genesi dinamica di azioni consce e intelligenti che precedono, favoriscono e modificano l'esperienza e permettono una comunicazione efficace nella sfera delle convenzioni sociali. Per comprendere lo sviluppo delle emozioni, o quello delle funzioni da loro regolate e il loro uso nella società, allora, occorre tracciare la 'nascita della coerenza soggettiva dei motivi che giacciono al di sotto della coscienza e delle intenzioni' (Trevarthen, 1998, pag. 115) e distinguere tre livelli di regolazione emotiva: quello del sé in quanto corpo, o livello autonomo, quello del sé con gli oggetti, livello cognitivo, e quello del sé con l'altro, livello comunicativo. Le emozioni, secondo questo schema, si comunicano tra i soggetti e operano a tre livelli e in tre ambiti:

- per proteggere l'integrità vitale e il *milieu interne* del corpo del soggetto

- per guidare la percezione, l'azione e l'apprendimento attraverso la valutazione delle opportunità e delle possibilità che si percepiscono per un uso attivo del corpo, per come sono offerte da soggetti e situazioni nel mondo esterno-fisico (non mentale)

- per promuovere e sviluppare l'interazione con i comportamenti e i motivi di altri soggetti nell'ambiente sociale.

Le emozioni dirigono la cognizione (cioè l'attenzione, il comportamento e l'apprendimento) e le forniscono una valutazione soggettiva e comunicabile e, fondamentale, regolano i rapporti con sé e quelli intersoggettivi.

Fatte queste premesse quello che ci si propone è di offrire una breve rassegna storica delle tradizioni della psicologia accademica sugli affetti e sulla regolazione affettiva nella prospettiva di creare il substrato per definire l'epifenomeno clinico che ci permetterà di studiare le emozioni nel contesto dei colloqui del processo diagnostico. La presentazione di una rassegna esaustiva sull'argomento va al di là dello scopo di questo lavoro – si è scelto per esempio di non toccare tutta la tradizione e la letteratura delle neuroscienze – che si propone piuttosto di individuare le controversie principali nello studio delle emozioni applicato alla clinica.

#### 1a. QUESTIONI TEORICHE: LO SVILUPPO DEGLI AFFETTI

Gli psicologi dello sviluppo ipotizzano l'esistenza di una sequenza epigenetica dello sviluppo degli affetti. Nel corso dell'infanzia, le manifestazioni comportamentali ed espressive degli affetti rappresentano il solo linguaggio del bambino, il suo modo per comunicare i propri bisogni, desideri e soddisfazioni al caregiver; la componente soggettivo-esperienziale consiste in stati indifferenziati, precursori di soddisfazione e disagio (Hesse, Cicchetti, 1982; Osofsky, 1992). Nel corso della maturazione, gli affetti evolvono a partire da questi stati precursori, distinguendosi – grazie a fenomeni di differenziazione e specificazione (Izard, 1990) – in una gamma di emozioni specifiche (Krystal, 1974). Ciò comporta una progressiva desomatizzazione e differenziazione dei precursori degli affetti e, con lo sviluppo del linguaggio, la graduale costruzione di un sistema di rappresentazioni simboliche delle emozioni (o schemi cognitivi) che potranno in seguito essere comunicate verbalmente.

La prima studiosa a proporre formalmente la nozione di differenziazione delle emozioni nel suo lavoro sull'ontogenesi è stata Bridges (1932) che ha fissato le norme per lo studio dello sviluppo emozionale indicando la necessità di un'integrazione con lo sviluppo in senso generale. L'idea che emozioni specifiche emergano dai precedenti stati indifferenziati di tensione/assenza di tensione ('eccitamento'), procedendo dalla globalità alla specificità della reazione, rimane una prospettiva interessante che tuttavia non è mai stata sviluppata.

Tab. 1 – Schema per la differenziazione delle emozioni nei primi 24 mesi

| Mesi    | Emozioni   |
|---------|--|
| Nascita | Eccitazione generalizzata/eccitamento  |
| 1 mese  | L'eccitamento si trasforma in eccitamento e disagio  |
| 3 mesi  | L'eccitamento si trasforma in disagio, le emozioni presenti sono: eccitamento, disagio, piacere  |
| 6 mesi  | Il disagio si trasforma in disagio, paura, disgusto e rabbia, le emozioni presenti sono: eccitamento, piacere, disagio, paura, disgusto e rabbia   |
| 12 mesi | Il piacere si trasforma in piacere, esultanza e affettuosità, le emozioni presenti sono: eccitamento, piacere, esultanza, affettuosità, disagio, paura, disgusto e rabbia  |
| 18 mesi | Il disagio si trasforma in gelosia, l'affettuosità si trasforma in affettuosità per gli adulti e i bambini, le emozioni presenti sono: eccitamento, piacere, esultanza, affettuosità, disagio, paura, disgusto, rabbia e gelosia |
| 24 mesi | Il piacere si trasforma in piacere e gioia, le emozioni presenti sono: eccitamento, piacere, esultanza, gioia, affettuosità, disagio, paura, disgusto, rabbia e gelosia  |

Fonte: Bridges, 1932

Già Goodenough (1934), due anni dopo, evidenziava, infatti, come i bambini molto piccoli presentino capacità e un grado di complessità maggiori di quelli ipotizzati da Bridges che a suo avviso non era stata in grado né di mettere in relazione emozioni specifiche con i loro precursori né di illustrare davvero il processo di differenziazione. Nel riformulare questa ontogenesi, allora, si parte dall'assunto che le emozioni vere e proprie non inizino prima che si sia compiuta una differenziazione di base tra il sé e l'ambiente circostante, ovvero fino all'emergere della consapevolezza o di una coscienza rudimentale (Spitz, Emde, Metcalf, 1970). Fino a quando non avviene una distinzione tra l'esperienza interiore e l'ambiente circostante non possono avvenire 'connessioni': non può esserci una relazione tra il soggetto e l'oggetto e quindi nessuna reazione emozionale. Le radici delle emozioni allora si trovano nei mutevoli stati di attivazione e nelle reazioni riflesse del periodo neonatale. Il sorriso del neonato riflette una modesta fluttuazione nell'attivazione del sistema nervoso centrale che rappresenta il prototipo della successiva emozione positiva. Un'attivazione prolungata e una reazione globale di disagio possono essere evocate in vari modi: dolore, fame, costrizione fisica, arresto della stimolazione, improvvisa stimolazione. Le radici delle emozioni negative e della sorpresa vanno ricercate tra queste varie cause di elevata attivazione. Le emozioni negative di base come rabbia e paura emergeranno da queste precoci reazioni diffuse verso un elevato stato di attivazione non modulata. Sono emozioni emergenti nel vero senso della parola, che hanno i loro prototipi nelle condizioni che producono il disagio precoce. Le emozioni, dunque, emergono dalle precoci reazioni indifferenziate positive e negative, nei primi cinque mesi di vita, seguendo un percorso ordinato e discernibile:

- per i tre sistemi fondamentali di gioia/piacere, paura, rabbia è presente un prototipo fisiologico nel periodo prenatale. In ciascun caso, un'ampia classe di stimoli può portare allo stato di attivazione fisiologica che è dovuta ad aspetti puramente fisici e quantitativi della stimolazione (lieve, moderata, prolungata) o a processi endogeni. Si tratta di reazioni riflesse
- nella fase successiva al periodo neonatale, emergono i precursori delle emozioni (piacere, circospezione, reazione alla frustrazione). Si tratta di vere emozioni perché implicano un elemento di significato e di contenuto dell'evento. Tuttavia, queste reazioni necessitano di un periodo di tempo o della ripetizione delle prove per prodursi e sono reazioni diffuse che coinvolgono il corpo nel suo complesso. Sono basate su un significato generale piuttosto che specifico (riconoscimento o fallimento nel riconoscimento, interruzione di una sequenza motoria consolidata)

- le emozioni fondamentali di gioia, rabbia e paura emergono nella seconda metà del primo anno, comportano una reazione immediata, più specifica e uno specifico significato

- le emozioni più mature non si sostituiscono ai precursori: la regolare esecuzione di un comportamento può ancora produrre piacere, l'imperscrutabilità e la vaga minaccia circospezione, la frustrazione diffusa un intenso disagio.

Tab. 2 – L'emergere delle emozioni nei primi anni di vita

| Mese | Problema evolutivo   | Rabbia/frustrazione                                    | Circospezione/paura                           | Gioia/piacere                             |
|------|--|--|---|---|
| 0    | Barriera assoluta della stimolazione   | Disagio dovuto a costrizione fisica, sconforto estremo | Trasalimento, dolore, attenzione obbligatoria | Sorriso endogeno                          |
| 2    |  |  |   | Girarsi verso, piacere                    |
| 3    | Regolazione della tensione, emozione positiva                                    | Reazione alla frustrazione                             |   |   |
| 4    |  |  | Circospezione                                 | Intenso piacere, riso attivo              |
| 6    | Sviluppo della reciprocità, partecipazione attiva                                |  |   |   |
| 7    |  | Rabbia   |   | Gioia                                     |
| 9    | Formazione di una effettiva relazione d'attaccamento                             |  | Paura, avversione per l'estraneo              |   |
| 12   | Sperimentazione, esplorazione e padroneggiamento                                 | Umore arrabbiato e impazienza                          |   | Esultanza                                 |
| 18   | Emergere del sé  | Sfida, collera   | Vergogna                                      | Valutazione positiva del sé, affettuosità |
| 24   |  | Ferimento intenzionale                                 |   |   |
| 36   | Padroneggia mento attraverso il gioco e la fantasia                              |  | Colpa   | Orgoglio, amore                           |
| 54   | Identificazione, sviluppo dell'identità sessuale di ruolo, competenza con i pari |  |   |   |

Fonte: Sroufe, 2000

Attingendo al lavoro di una serie di ricercatori (Campos, 1989; Escalona, 1968; Mahler, 1975; Sander, 1975; Sroufe, Waters, 1976) è possibile delineare anche un'ulteriore differenziazione di otto fasi dello sviluppo emozionale e mettere in relazione queste fasi con quelle parallele dello sviluppo sociale e cognitivo. Brevemente:

**Tab. 3 – Stadi dello sviluppo cognitivo e cambiamenti relativi nella dimensione emozionale e sociale dei primi 24 mesi**

| Sviluppo cognitivo (Piaget)   | Sviluppo emotivo (Sroufe)  | Sviluppo sociale (Sander)   |
|---|--|---|
| 0:1 uso dei riflessi<br>Accomodamento minimo dei comportamenti innati   | 0:1 barriera assoluta alla stimolazione<br>Protezione costituzionale   | 0:3 regolazione iniziale<br>Sonno, alimentazione, inizio della risposta preferenziale al caregiver  |
| 1:4 reazioni circolari primarie<br>Primo adattamento acquisito centrato sul corpo, anticipazione basata su indizi visivi, inizio della coordinazione degli schemi   | 1:3 girarsi verso<br>Orientamento al mondo esterno, relativa vulnerabilità alla stimolazione, sorriso esogeno sociale  |   |
| 4:8 reazioni circolari secondarie<br>Comportamento diretto al mondo esterno, categorie senso motorie e riconoscimento, inizio dell'orientamento a uno scopo   | 3:6 emozione positiva<br>Emozione mediata dal contenuto, piacere come processo eccitatorio, barriera attiva alla stimolazione (investimento e disinvestimento emotivo)<br><br>7:9 partecipazione attiva<br>Gioia nel sentirsi causa di un evento, padroneggiamento del gioco sociale, fallimento nelle azioni intenzionali, esperienza di interruzione, differenziazione delle reazioni emozionali | 4:6 scambi reciproci<br>Alimentazione coordinata tra madre e bambino, attività di accudimento, gioco emozionale vocale e motorio<br><br>7:9 iniziativa<br>Prime attività dirette e preferenziali, esperienza di successo o interferenza nel raggiungimento di uno scopo |
| 8:12 coordinazione degli schemi secondari e applicazione a nuove situazioni<br>Nascita del mondo oggettuale, vera intenzionalità, imitazione di nuove risposte, inizio dell'apprezzamento delle relazioni causali | 9:12 attaccamento<br>Schemi emotivamente connotati, legami affettivi specifici, integrazione e coordinazione delle reazioni emozionali, risposte mediate dal contesto  | 10:13 focalizzazione<br>Disponibilità della madre e responsività, esplorazione della base sicura, reciprocità dipendente dall'informazione che proviene dal contesto  |
| 12:18 reazioni circolari terziarie<br>Ricerca attiva della novità per produrre nuovi effetti, problem solving per prove ed errori, causalità fisica inserita nello spazio e distaccata dalle azioni del bambino   | 12:18 sperimentazione<br>Madre come base sicura per l'esplorazione, esultanza per il padroneggiamento, emozione come parte del contesto, controllo dell'espressione emotiva  | 14:20 autoassertività<br>Ampliamento dell'iniziativa, successo e gratificazione ottenuti indipendentemente dalla madre  |
| 18:24 invenzione di nuovi mezzi attraverso la combinazione mentale<br>Rappresentazione simbolica (linguaggio, imitazione differita, gioco simbolico), problem solving senza azione esplicita                      | 18:24 emergere del concetto di sé<br>Senso del sé come agente attivo, senso di separatezza   |   |

*Fonte: Sroufe, 2000*

Questa formulazione rappresenta una prospettiva innovativa perché non c'è un'identità fenotipica o morfologica tra emozioni mature e manifestazioni precoci, bensì evolutiva, frutto cioè di un processo psicologico complesso (Schore, 1994). Quest'ipotesi, poi, ben si accorda a quella di Piaget (1967, 1981) che anche se non ha mai trattato a fondo la tematica dello sviluppo degli affetti, tuttavia la pensa come parallela e complementare a quella dello sviluppo cognitivo. Schwartz (1987) ha integrato questa prospettiva con le idee di Werner e Kaplan (1963) sulla simbolizzazione e lo sviluppo del linguaggio creando un modello cognitivo-evolutivo che spiega come l'emozione sia sottoposta a trasformazioni strutturali in una sequenza di sviluppo gerarchica di progressiva differenziazione e integrazione (Lane, 1990). Nel modello ci sono cinque livelli di organizzazione e consapevolezza dell'emozione:

- sensomotorio riflesso, l'emozione è esperita solo come sensazione corporea, ma può manifestarsi agli altri tramite l'espressione facciale
- sensomotorio attivo, l'emozione è esperita sia come sensazione corporea sia come tendenza all'azione
- preoperatorio, l'esperienza delle emozioni è psicologica e somatica, ma in senso unidimensionale e le espressioni verbali sono stereotipate



- operatorio concreto, esiste consapevolezza della mescolanza di emozioni differenti e il soggetto è in grado di descrivere stati emotivi complessi e differenziati che fanno parte della sua esperienza soggettiva

- operatorio formale, esiste consapevolezza della mescolanza di emozioni differenti e il soggetto è in grado di fare distinzioni sottili tra sfumature di emozioni e di comprendere l'esperienza emotiva multidimensionale di altre persone.

Frosch (1995) ha recentemente proposto un approccio dell'organizzazione delle emozioni simile, tracciando un'importante distinzione tra quelle emozioni che sono organizzate ad un livello preconettuale (prima o all'inizio dello stadio preoperatorio) e quelle che sono organizzate a un livello più astratto, logico o orientato verso la realtà (cioè allo stadio operatorio concreto o formale). Al primo livello gli affetti sono esperiti come sensazioni, percezioni o impulsi all'azione e il soggetto è incapace di muoversi liberamente nel mondo dell'immaginazione e della fantasia. Il normale sviluppo degli affetti comporta uno spostamento da un'esistenza affettivo-motoria percettivamente limitata a un mondo di astrazione concettuale.

Abbiamo brevemente delineato queste teorizzazioni, che rimangono le più attuali, perché una comprensione dei processi evolutivi sottostanti l'evoluzione dei sistemi emozionali è fondamentale nella misura in cui influenzerà il problema delle differenze individuali (salute e patologia), cioè gli schemi individuali dell'organizzazione emotiva e comportamentale. È a partire da queste premesse, inoltre, che la psicologia ha sviluppato le sue teorie sulla vita emotiva.

#### 1b. PROSPETTIVE PSICOLOGICHE

Sebbene un grande numero di teorie sulle emozioni siano state sviluppate in letteratura, relativamente poche sono quelle che sono effettivamente in relazione con la pratica clinica: grande confusione e incertezza ruota attorno al concetto se si pensa che sono state 'contate' novantadue definizioni del termine, ventiquattro teorie e trenta approcci diversi allo studio delle stesse (Plutchik, 1997). È possibile, comunque, brevemente identificare e condensare queste idee in cinque tradizioni, per così dire storiche, che si sono più delle altre occupate del tema:

Tab. 4 – Le cinque tradizioni storiche sulle teorie delle emozioni

---

| Prospettiva storica         |  |
|-----------------------------|--|
| Tradizione evolutiva        | Persona chiave: Darwin<br><br>Pubblicazione chiave: <i>The expression of the emotions in man and animals</i> (1872, 1965)<br><br>Idea chiave: Le espressioni delle emozioni equivalgono a comunicazioni di intenzioni in situazioni di emergenza e sono volte ad incrementare le chance di sopravvivenza |
| Tradizione psicofisiologica | Persona chiave: James<br><br>Pubblicazione chiave: <i>What is emotion</i> (1884)<br><br>Idea chiave: Le emozioni sono sentimenti soggettivi basati sulla consapevolezza di cambiamenti interni automatici associati a pattern di azioni  |
| Tradizione neurologica      | Persona chiave: Cannon<br><br>Pubblicazione chiave: <i>Bodily changes in pain, hunger, fear and rage</i> (1929)<br><br>Idea chiave: Le emozioni sono sentimenti soggettivi che risultano da una situazione di arousal dell'ipotalamo e sono solitamente associati con azioni di attacco o fuga           |
| Tradizione psicodinamica    | Persona chiave: Freud<br><br>Pubblicazione chiave: <i>Studies of hysteria</i> (1895, 1936)<br><br>Idea chiave: Le emozioni sono stati complessi che comprendono conflitti, esperienze precoci, tratti di personalità e difese. Si possono solo inferire da evidenze indirette                            |
| Tradizione cognitiva        | Persona chiave: Heider<br><br>Pubblicazione chiave: <i>The psychology of interpersonal relations</i> (1958)<br><br>Idea chiave: Le credenze dei soggetti, specialmente i loro obiettivi, le loro attribuzioni causali e le loro aspettative influenzano le emozioni                                      |

---

Fonte: Plutchik, 2000

Appare evidente perché lo studio della vita emotiva sia stato da sempre così difficoltoso: il linguaggio delle emozioni è ambiguo, la sua dimensione soggettiva e autoreferenziale determina come esprimiamo le emozioni, al punto che i movimenti intellettuali e la psicoanalisi stessa hanno messo in dubbio la validità dei *reports* degli stati emotivi, infine tradizioni diverse si sono focalizzate su aspetti diversi della questione senza dialogare tra loro e contribuendo così a una grossa confusione concettuale e all'incomunicabilità, ancora una volta, tra lingue diverse. A causa di questa tendenza, se tutti i clinici parlano continuamente con i loro pazienti di emozioni, pochi di loro fanno lo sforzo di teorizzare una teoria degli affetti esaustiva e comprensiva.

La psicoanalisi *in primis*, che ha sempre mostrato un interesse entusiastico per tutti i fenomeni che vanno al di là della ragione, ha escluso gli affetti dal suo interesse se si eccettuano poche voci isolate che si sono approcciate alla materia ispirandosi a un'ottica evolutiva. E oggi è quasi un luogo comune per gli psicoanalisti – che rilevano l'imbarazzante disparità tra il ruolo marginale attribuito agli affetti nella teoria e la loro enorme importanza nel dominio della clinica – lamentarsi dell'assenza di un'adeguata teoria degli affetti. Precursore di questo gap, il padre stesso della psicoanalisi che, come ben noto, non ha mai trattato gli affetti in sé e ha modificato la sua visione a riguardo molte volte, senza provare mai a conciliare i nuovi punti di vista con i precedenti.

Ci sono due principali tendenze, tra loro in competizione, nel modo in cui Freud ritrae gli affetti. Secondo la prima tendenza (1915), le emozioni costituiscono una scarica energetica e devono essere comprese come la manifestazione

psichica delle pulsioni. Questi affetti avrebbero origine al di là del regno della coscienza, nell'es. In base alla seconda tendenza (1925), gli affetti sono segnali e sono soggetti, almeno in parte, al controllo dell'io. Non avrebbero quindi più una funzione precipuamente patologica, ma fornirebbero un contributo al funzionamento adattivo. Se anche alcuni autori, per citarne uno Green (1973), mettono in dubbio l'emergere di questa seconda tendenza e suggeriscono che l'eccessiva enfasi sul controllo regolatore dell'io finisca per oscurare il potere dell'inconscio nel generare gli affetti, tuttavia entrambe queste tendenze sono importanti e forse non se ne deve scegliere nessuna in particolare.

In direzione contraria, invece, va la prospettiva della teoria dell'attaccamento che ha dato agli affetti una posizione centralissima, facendo dell'attaccamento stesso un legame affettivo. Nonostante questo, tuttavia, spesso anche queste teorizzazioni non sono in grado di spiegare in modo esaustivo che cosa davvero si intenda con 'legame affettivo' e la visione delle emozioni – se esaltata nella loro importanza – non risulta particolarmente illuminante.

Molte emozioni tra le più intense sorgono durante il formarsi, il persistere, il rompersi e il rinnovarsi dei rapporti d'attaccamento. La formazione di un legame viene comunemente detta innamoramento, la conservazione di un legame viene detta voler bene a una persona, la perdita di un compagno equivale a sentire la mancanza di qualcuno. Analogamente, ogni periodo di perdita suscita angoscia, mentre la perdita reale dà luogo a sofferenza; è assai facile che entrambe queste situazioni facciano nascere rabbia. La persistenza di un legame senza alcun pericolo di perdita viene sperimentata come fonte di sicurezza; il rinnovamento di un legame come gioia. (Bowlby, 1980, pag. 48)

La fruttuosa tendenza del più recente lavoro sull'attaccamento, però, è di prestare più attenzione alle emozioni in relazione alla regolazione affettiva. La regolazione degli affetti, in questa prospettiva, serve ad alimentare la comparsa dell'autoregolazione a partire dalla co-regolazione: il bambino passa da un sistema di regolazione diadico a uno individuale. Secondo questa teorizzazione, durante la seconda metà del secondo anno – in linea con quanto detto sopra per cui le emozioni esistono alla nascita sotto forma di precursori che non hanno il significato delle emozioni stesse – la regolazione dell'attivazione e dell'emozione non dipende più semplicemente da ciò che fa il *caregiver* ma da come il bambino interpreta l'accessibilità e il comportamento del *caregiver* (Sroufe, 1996). L'idea di regolazione affettiva, allora, si viene a fondare sulla capacità di mantenere l'organizzazione di fronte alla tensione e si fonda su un circuito che comprende l'autostima e la fiducia in se stessi. La fiducia ha però un fondamento relazionale:

la fiducia nel *caregiver* diviene la fiducia in sé con il *caregiver* e infine la fiducia in se stessi. (Sroufe, 1996, pag. 295)

È chiaro che lo sviluppo degli affetti e delle capacità cognitive che servono a regolarli, in questa prospettiva, è strettamente connesso alla relazione del neonato e del bambino con i genitori. Attraverso la sua sintonizzazione con le espressioni comportamentali delle emozioni del bambino, il *caregiver* è in grado di rispondere con delle cure e delle espressioni emotive appropriate, facciali o di altro genere, che contribuiscono a loro volta a organizzare e regolare la vita emotiva del bambino (Stern, 1984). Come dice Emde (1988):

la madre sente piangere il bambino e si affretta a consolarlo; lo vede sorridere e non può fare a meno di mantenere un'interazione giocosa. (Emde, 1988, pag. 31)

Le ricerche sullo sviluppo hanno mostrato che durante questa fase della relazione, e specialmente in seguito quando il bambino sviluppa ulteriori capacità, madre e bambino manifestano un andamento periodo di sincronia affettiva, regolandosi e adattandosi reciprocamente ai comportamenti e ai mutamenti dei bisogni dell'altro (Stern, 1984). Secondo Osofsky (1992)

è possibile osservare una corrispondenza di stati mentali tra il bambino e il genitore e una capacità di entrambi di condividere i sentimenti. (Osofsky, 1992, pag. 236)

La capacità di condividere le emozioni è estremamente importante per lo sviluppo affettivo, in quanto è proprio la condivisione delle emozioni con il bambino a indicare che un certo stato emotivo è stato compreso. (Osofsky, 1992, pag. 236)

La condivisione o rispecchiamento di emozioni, in particolare positive, e l'esperienza di sicurezza nel primo ambiente familiare hanno un'influenza importante sullo sviluppo affettivo del bambino e sulla nascita delle sue rappresentazioni

del sé e dell'oggetto (Beebe, Lachmann, 1988; Emde, 1988; Stern, 1985; Osofsky, 1992). Un normale sviluppo affettivo non può aver luogo quando i genitori sono incapaci di leggere gli indizi affettivi del bambino e non riescono ad assumere il ruolo di regolatori esterni degli stati emotivi del bambino stesso. Questa funzione di regolazione esercitata dal *caregiver* richiama le teorizzazioni di Bion (1962, 1965) nella cui concettualizzazione della relazione madre-bambino la madre ha il ruolo di un contenitore che riceve e condivide le sensazioni ed emozioni primitive del bambino; una volta all'interno del contenitore, questi elementi beta sono trasformati per mezzo delle elaborazioni cognitive della madre in affetti dotati di significato e in altri elementi alfa dell'esperienza, che possono essere di nuovo trasmessi al bambino – in altre parole, la madre funziona come l'apparato di pensiero esterno del bambino.

Con l'emergere, nel secondo anno di vita, della simbolizzazione e del linguaggio, il livello di consapevolezza emotiva soggettiva del bambino aumenta gradatamente, man mano che i genitori gli insegnano le parole e i significati che corrispondono alle sue espressioni somatiche e ad altre esperienze corporee (Furman, 1992). L'acquisizione del linguaggio ha un impatto fondamentale sulla nascente capacità del bambino di regolare gli affetti, al livello interpersonale e nelle relazioni con gli altri:

per mezzo del linguaggio i bambini possono comunicare agli altri i propri sentimenti, ottenere un *feedback* verbale sull'appropriatezza delle proprie emozioni e imparare come gestirle. (Kopp, 1989, pag. 349)

Parlare di sentimenti con un genitore sintonizzato potenzia il senso di 'sentirsi con' (Furman, 1992) e permette al bambino di ottenere direttamente un aiuto per alleviare i propri sentimenti sgradevoli. La verbalizzazione degli affetti conduce inoltre a nuove esperienze e a una crescita della consapevolezza di stati emotivi più complessi e differenziati (Stern, 1985). Questo però può verificarsi solo se il bambino si trova in un ambiente familiare in cui i sentimenti trovano un'espressione verbale e sono legittimati. In uno dei primi studi osservativi sui bambini di scuola materna, Katan (1961) osservava che insegnare a un bambino a dare un nome ai sentimenti e a esprimerli verbalmente non solo intensifica la regolazione degli affetti incanalando il comportamento motorio in espressività verbale, ma ha anche un effetto favorevole sulle funzioni in pieno sviluppo del pensiero, sull'integrazione e sulla capacità di distinguere le fantasie e i desideri dalla realtà. La capacità di formulare rappresentazioni verbali, in effetti, aiuta il bambino a organizzare e integrare le proprie esperienze affettive, a riflettere sui propri stati e a pianificare delle strategie di regolazione degli affetti (Dunn, Brown, 1991; Greenber, Kusche, Speltz, 1990). La capacità di rappresentare verbalmente le esperienze soggettive e di riflettere su queste permette anche al bambino di cominciare a contenere e tollerare le tensioni generate dai propri sentimenti e bisogni senza necessariamente dover contare sui genitori. Oltre a sviluppare una tolleranza affettiva (Krystal, 1975, 1988), il bambino impara a utilizzare i sentimenti di ansia, di depressione e gli altri affetti come segnali che possono essere valutati e usati per scegliere un comportamento capace di eliminare o modificare la situazione di stress. L'emergere di queste capacità, in particolare quella di rappresentare l'idea di un affetto e altre esperienze soggettive, e la consapevolezza del proprio stato mentale e di quello di altre persone, implica che il bambino ha acquisito una comprensione del concetto di mente, comprensione che germoglia di solito nel terzo anno di vita (Bretherton, Beeghly, 1982; Fonagy, 1991; Hobson, 1994).

Ricerche sugli stili di attaccamento nell'infanzia hanno confermato che la sensibilità e reattività del *caregiver* agli stati emotivi del bambino è uno dei determinanti principali del modo in cui questi impara a regolare gli affetti disturbanti e a entrare in relazione con gli altri (Goldberg, MacKay-Soroka, Rochester, 1994). I bambini il cui attaccamento è sicuro hanno avuto un'esperienza di reattività ottimale e coerente e hanno imparato che l'espressione emotiva modulata ha risultati positivi. Sono in grado di sostenere un livello di gioco simbolico maggiore dei bambini con attaccamento insicuro e manifestano più affetti positivi e una maggiore adattabilità e competenza nel corso delle relazioni successive (Malatesta, 1990; Slade, Aber, 1992). Un *caregiver* che non adempie efficacemente al suo ruolo darà come risultato uno schema di comportamento di attaccamento insicuro, impedendo lo sviluppo di capacità efficaci di regolazione

degli affetti. Un teorico dell'attaccamento che si è concentrato sul ruolo delle emozioni è Magai (1999) che ha ripreso e sviluppato le idee di Cassidy (1994) sulla relazione tra stili e qualità di attaccamento e regolazione. Lo stile ansioso-evitante (associato alla mancanza di sensibilità materna ai segnali del bambino, specialmente con il rifiuto del comportamento di ricerca di prossimità) tende a minimizzare gli affetti e può essere compreso come una sovra-regolazione degli affetti; lo stile ansioso-ambivalente (associato con l'imprevedibilità della risposta materna) tende a incrementare gli affetti e può essere descritto come una sotto-regolazione. Più specificamente, nello stile ansioso-evitante l'avversione per gli affetti negativi implica non tanto che l'affetto non sia sperimentato, quanto che non venga manifestato. Nell'attaccamento ansioso-ambivalente la tendenza a rispondere agli affetti negativi implica che vengano espressi in misura maggiore rispetto a come sono effettivamente sperimentati. Lo stile sicuro mostra un tipo aperto e flessibile di regolazione. Questo filoni di studi è interessante nella misura in cui propone che i problemi di disregolazione emotiva possano legarsi a vari tipi di patologia (Slade, 1999).

Dunque, gli schemi di attaccamento rispecchiano differenti strategie utilizzate dal bambino per regolare la propria attivazione affettiva nel corso dell'interazione con i genitori e in loro assenza. Mentre un bambino dall'attaccamento sicuro è in grado di cercare e di ricevere conforto dai genitori quando è emotivamente a disagio, i bambini evitanti hanno imparato a mantenere le distanze ed evitare le manifestazioni esterne delle proprie emozioni; anche se gli affetti sono nascosti, lo stile di attaccamento evitante ruota attorno a un asse di paura e rabbia (Magai, Hunziker, 1993) che alla fine dell'infanzia può portare a delle manifestazioni inappropriate di ostilità all'interno delle interazioni sociali. Al contrario, i bambini con uno stile di attaccamento ambivalente manifestano una quantità crescente di disagio affettivo, ansia, tristezza e disperazione che può suscitare una risposta di sostegno o rabbia che talvolta è frustrante. I bambini dallo stile disorganizzato-disorientato hanno una vasta gamma di comportamenti insoliti e inspiegabili, quali immobilizzarsi improvvisamente con un'espressione di stupore sul viso o avvicinarsi al genitore con la testa voltata da un'altra parte; questi comportamenti suggeriscono che il bambino utilizza la dissociazione per regolare i propri affetti (Liotti, 1992).

Seguendo la scia di Bowlby (1969, 1973, 1988) e di altri teorici che sottolineano l'influenza del mondo delle rappresentazioni interne sia sull'esperienza soggettiva sia sul comportamento esteriore, i ricercatori che si occupano di attaccamento si sono spostati da un approccio comportamentale a uno rappresentazionale. Questo significa che descrivono l'influenza delle prime relazioni di attaccamento sull'evoluzione delle rappresentazioni interne di sé e degli altri e che hanno iniziato a studiare in che modo il 'modello operativo interno' dell'attaccamento influisce sulle relazioni future e sulle strategie di regolazione degli affetti nell'adolescenza e nell'età adulta (Goldberg, 1991; Slade, Aber, 1992). Ciò che è internalizzato

è il bambino-in-relazione-con-la-figura-d'attaccamento, piuttosto che la figura di attaccamento in sé, creando uno schema cognitivo/affettivo di questa prima relazione di attaccamento. (West, Sheldon-Keller, 1994, pag. 45)

In seguito, gli eventi di attaccamento successivi rinforzano o modificano questo schema iniziale. In questa linea, Kernberg (1984) riconosce che gli affetti sono il sistema motivazionale primario e li mette in relazione con le relazioni oggettuali internalizzate. La psicologia del sé, con il suo concetto di 'relazione sé/oggetto sé' sottolinea l'importanza della sintonizzazione empatica e delle funzioni regolatorie esercitate nel corso di tutta la vita dalle relazioni interpersonali. Concettualizza tuttavia anche un'internalizzazione nel corso dell'infanzia di esperienze affettive con soggetti-sé genitoriali 'rispecchianti' e 'idealizzati' che avrebbero un impatto decisivo sullo sviluppo del senso di sé e della capacità di provare e regolare affetti e sulle relazioni interpersonali (Kohut, 1977, 1984).

Anche se i precursori nel bambino degli stati emotivi di soddisfazione e disagio sono regolati fondamentalmente dalle risposte di un *caregiver* sintonizzato empaticamente, anche quei bambini che sviluppano un attaccamento insicuro mostrano qualche comportamento di regolazione degli affetti indipendente, come succhiarsi le dita o il pollice,

strofinarsi i genitali, dondolarsi avanti e indietro o toccare i vestiti o una qualche parte del corpo del *caregiver*. Queste forme elementari di regolazione degli affetti sono state studiate da Winnicott (1953) e Gaddini (1978), così come da Tustin (1981) che parla di oggetti di sensazione. Questi oggetti, attraverso le esperienze di ritmicità motoria e percezione tattile che forniscono, aiutano il bambino a preservare un'illusione di 'unità' con la madre e costituiscono la precondizione per lo sviluppo di successivi oggetti e fenomeni transazionali. Si tratta di oggetti particolari che il bambino sceglie e che cerca costantemente nei momenti di difficoltà, specialmente negli stati ansiosi indotti dalla separazione dalla madre. Utilizzati per confortarsi e calmarsi da solo, ricoprono un'importante funzione di regolazione affettiva. Se in un primo momento questa funzione è legata alle proprietà strutturali e olfattive dell'oggetto, il bambino attribuisce gradualmente un significato all'oggetto transizionale cosicché diventa un simbolo della madre e colma lo spazio lasciato dall'assenza temporanea di questa. Mayes e Cohen (1992) hanno visto la relazione tra il bambino e una madre empaticamente sintonizzata come la necessaria matrice all'interno della quale avviene lo sviluppo dell'immaginazione e delle capacità creative del bambino. A partire dalle sue radici nell'oggetto di sensazione e nell'oggetto transizionale del bambino e aiutata dalla maturazione delle strutture e delle funzioni neocorticali (Schore, 1994), la capacità immaginativa evolve fino a riuscire a formare un'immagine della madre in sua assenza, per creare alla fine fantasie, sogni, interessi e giochi che vanno al di là delle immagini direttamente derivate dagli oggetti esterni. Queste capacità giocano un ruolo importante nello sviluppo della personalità e nell'autoregolazione degli affetti nel corso di tutta la vita.

L'immaginazione racchiude al suo interno tutta una serie di funzioni e concetti interrelati, tra cui la capacità di creare una fantasia, di utilizzare questa fantasia al servizio della regolazione degli affetti e/o della difesa di questi, la sintesi di ricordi e atti percettivi nell'immagine mentale di una persona o un oggetto in sua assenza e il mondo interno delle rappresentazioni mentali, in opposizione a un mondo esterno di percezioni sensibili. (Mayes, Cohen, 1992, pag. 24)

Il ruolo della fantasia nella regolazione degli affetti, specialmente l'induzione di esperienze affettive positive, è evidente nel gioco dei bambini che può essere considerato una risorsa adattiva per mezzo della quale il bambino può organizzare delle esperienze complesse in una forma gestibile, evitare gli affetti negativi estremi e massimizzare l'occorrenza di quelli positivi di interesse e gioia (Fonagy, 2004). Izard e Kobak (1991) considerano il gioco come un fondamentale processo di sviluppo grazie al quale i bambini imparano a integrare affetto, cognizione e azione:

è attraverso il gioco che i bambini hanno ripetute opportunità di provare e riprovare le risposte verbali e motorie ai loro stati di emozione e sentimento. Nei differenti tipi di giochi i bambini creano un collegamento tra i loro sentimenti, i loro pensieri e le loro attività. (Izard, Kobak, 1991, pag. 317)

I bambini incapaci di impegnarsi in giochi che richiedono immaginazione manifestano un grado più o meno elevato di mancanza di integrazione tra atti cognitivi ed emozioni, un disturbo della funzione simbolica della fantasia e un'incapacità di identificarsi con i sentimenti degli altri. Un'altra maniera importante con cui l'attività immaginativa regola gli affetti e gli istinti, è attraverso la creazione di sogni che rappresentano la soddisfazione di un desiderio a livello simbolico, nonché lo sviluppo di interessi (la religione, la lettura, la musica, la creatività artistica, la meditazione, gli *hobbies*).

## 2. LA DIMENSIONE SOGGETTIVA (SELF-REGULATION) E LA DIMENSIONE RELAZIONALE (INTERPERSONAL-REGULATION)

I processi di sviluppo e le teorie psicologiche brevemente accennate mettono in evidenza il ruolo delle prime relazioni nello sviluppo degli affetti e nell'acquisizione delle capacità di regolarli, ma questi processi di sviluppo sono molto complessi e sono influenzati anche da altri fattori quali il temperamento del bambino, le strutture e le funzioni neurobiologiche e l'interazione reciproca tra queste facoltà e il primo ambiente sociale (Schore, 1994). Sono sempre più numerose le prove a favore di una doppia modalità regolativa interdependente da una dimensione soggettiva (evolutiva) e una relazionale/interazionale, ma a eccezione di Sander (1977, 1985, 1995) che ha sempre preso in considerazione entrambi i tipi di regolazione, solo negli ultimi dieci anni l'*infant research* e la psicoanalisi hanno cominciato a esaminare con attenzione i processi autoregolatori e la loro integrazione con la regolazione interattiva (Tronick, 1989, 1998; Fox, 1994; Schore, 1994, 1997; Thompson, 1994; Weinberg, 1999; Harris, 1991; Beebe, 1992; Ehrenberg, 1992; Stolorow, Atwood, 1992; Mitchell, 1993; Sucharow, 1994; Greenberg, 1995; Aron, 1996; Stolorow, 1997; Shane, Shane, Gales, 1998). Presenteremo due modelli integrativi tratti dalla psicologia dinamica e dall'*infant research* che ci permettono di declinare le fasi di uno sviluppo sano e di applicare queste scoperte tratte dallo studio di neonati e bambini in una concettualizzazione del ciclo emozionale comunicativo nella clinica degli adulti.

### 2a. LE PROSPETTIVE EVOLUTIVE: UNA TEORIA INTEGRATA SUGLI AFFETTI E SULLA REGOLAZIONE AFFETTIVA

Vogliamo proporre più nello specifico la teoria del bio-feedback sociale oggi riconosciuta come una delle più esplicative dello sviluppo emozionale e la chiave di comprensione del nesso tra esperienza precoce e successiva vulnerabilità allo *stress* psicosociale. Il costrutto di emozione viene qui inserito nella cornice dei processi evolutivi dell'intenzionalità e della mentalizzazione che permettono al bambino di passare da una regolazione diadica degli stati emozionali a una individuale e personale, attraverso lo sviluppo di una sensibilità del tutto particolare alla relazione contingente tra le proprie azioni e la percezione degli effetti ambientali di queste stesse azioni.

Punto di partenza è l'assunto che il contenuto disposizionale delle emozioni non è accessibile al bambino fin dalla nascita, ma è piuttosto appreso osservando le manifestazioni espressivo-affettive degli altri e associando queste con le situazioni e gli esiti comportamentali che accompagnano queste espressioni delle emozioni. Se, come Meltzoff e Gopnik (1993) sostengono, il bambino ha un accesso introspettivo diretto ai suoi stati emotivi primari innati<sup>1</sup>, tale apprendimento percettivo potrebbe essere fondato sul controllo degli stati emozionali del sé e degli altri. Tuttavia (Colombo, Mitchell, Coldren, Atwater, 1990) siccome non sussistono prove empiriche a diretto sostegno di questo presupposto classico, si può piuttosto ipotizzare che all'inizio della vita il sistema percettivo sia predisposto a prestare attenzione ed esplorare il mondo esterno e costruire le rappresentazioni primariamente sulla base degli stimoli esterocettivi. In questa visione, l'insieme di indizi interni, viscerali e propriocettivi, attivati quando ci si trova in uno stato emotivo o lo si esprime, non sono all'inizio percepiti consciamente dal bambino o almeno non sono raggruppati insieme nelle stesse categorie in modo da divenire percettivamente accessibili come stati emozionali distinti. Il bambino diventa consapevole e si rappresenta l'insieme di indizi di stato interno come indicatori di stati emotivi categorialmente distinti grazie al rispecchiamento facciale e vocale delle espressioni emozionali nel corso delle interazioni regolatorie tra genitore e bambino, grazie alla detezione e massimizzazione della contingenza<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Concezione classica dei teorici dello sviluppo: secondo Freud (1915) e Mahler (1975) il bambino è inizialmente più sensibile agli stimoli interni che a quelli esterni; secondo Bruner, Olver e Greenfield (1966) il bambino inizialmente usa indizi interni propriocettivi per far conto su quelli esterocettivi solo in seguito.

<sup>2</sup> Secondo le più moderne teorizzazioni, i bambini non sono più organismi passivi e indifferenziati protetti da una barriera alla stimolazione (Mahler, 1975). Piuttosto sono equipaggiati fin dall'inizio con capacità percettive, di apprendimento e di rappresentazione ricche (Gergely, 1992; Meltzoff, 1990; Stern, 1985). La prospettiva bio-sociale, inoltre, è ormai dominante nel sostenere che fin dall'inizio della vita madre e bambino formano un sistema di comunicazione affettiva (Beebe, Lachmann, 1992; Hobson, 1993) in cui la



In sintesi, i dati della letteratura – verificati, anche se mancano ancora esplicitazioni chiare sull'esatta natura dei meccanismi causali che mediano questi effetti – indicano che il bambino nel corso del primo anno (A) mostra un'innata tendenza a esprimere automaticamente i propri stati emotivi (B) è sensibile alla struttura contingente della comunicazione affettiva faccia a faccia (C) è in grado di discriminare schemi discreti di espressione facciale delle emozioni (D) dipende in larga misura dalle interazioni di regolazione affettiva con i genitori per l'autoregolazione emozionale e (E) la qualità emergente dei suoi stati affettivi e le sue reazioni autoregolative sono fortemente influenzate dalla comunicazione affettiva dei suoi genitori. Verso la fine del primo anno, invece, si assiste alla comparsa di un insieme di competenze comunicative qualitativamente nuove che sembrano indicare un nuovo livello di consapevolezza emozionale e l'inizio della comprensione, dell'attribuzione e del ragionamento sugli stati emozionali. Uno di questi primi segni di controllo volontario dell'espressione delle emozioni è mostrato nei bambini evitanti alla *Strange Situation* (Ainsworth, 1978) che sopprimono l'affetto negativo legato alla separazione e irrigidiscono la muscolatura facciale (Spangler, Grossmann, 1993). Un'altra forma di autoregolazione strumentale del comportamento affettivo è indicata dalla comparsa del riferimento sociale (Klinnert, 1983): il bambino che si trova in una situazione ambigua e non riesce a decidere tra diverse alternative comportamentali usa l'espressione facciale del genitore per valutare la situazione e modulare il proprio comportamento. Non è chiaro il meccanismo esplicativo del riferimento sociale: alcuni parlano di semplice caso di condizionamento operante (Barresi, Moore, 1996; Gewirtz, Pelaez-Nogueras, 1992; Moore, Corkum, 1994), altri invece sostengono si tratti di un primo precursore della comparsa di una teoria della mente (Bretherton, 1991; Stern, 1985). Ma potrebbe anche essere che il bambino, già abituato a utilizzare le emozioni di rispecchiamento affettivo per la propria regolazione emotiva, ricerchi attivamente nel genitore un indizio di questo rispecchiamento in grado di rafforzare e far divenire dominante uno dei suoi stati emotivi conflittuali e di risolvere così l'incertezza. Sarebbe questo un caso interessante di uso attivo e strumentale della comunicazione emotiva del genitore a fini autoregolativi (Fonagy, Gergely, Jurist, Target, 2005).

Il riferimento sociale compare simultaneamente ad altre nuove forme di comunicazione intenzionale che implicano la manipolazione volontaria dello stato affettivo dell'altro (Tomasello, 1995, 1999): il gesto indicativo, il seguire lo sguardo dell'altro, il gesto protodichiarativo del mostrare un oggetto. I bambini, allora, alla fine del primo anno, possono fare qualcosa di più del semplice 'essere' in uno stato emotivo e reagire in modo affettivo alle manifestazioni emotive delle altre persone: sono in grado di attribuire emozioni agli altri e usare questa informazione per ragionare sul loro comportamento. Questo sembra implicare che i bambini sono già in grado di rappresentarsi il contenuto disposizionale di alcuni stati emotivi di base in una forma cognitivamente accessibile. A questo punto allora è possibile distinguere tra livelli primari, impliciti e automatici e livelli volontari, secondari di rappresentazioni procedurali<sup>3</sup>.

I processi automatici fanno riferimento a strutture di organizzazione del comportamento geneticamente predeterminate o prodotte da un apprendimento ripetuto in cui l'informazione è rappresentata a livello implicito e non è disponibile ad altri sistemi rappresentazionali della mente. Questi automatismi sono inflessibili, orientati percettivamente e operano fuori dalla coscienza. Al contrario, i processi deliberati o controllati si riferiscono alle operazioni volontarie e coscienti che sono flessibili e modificabili. Possono essere governati da scopi cognitivi di ordine superiore e imporsi agli automatismi. In questa cornice, le emozioni primarie del bambino possono essere concepite come automatismi comportamentali dinamici predeterminati di cui inizialmente non si ha controllo. La regolazione affettiva viene realizzata principalmente dal *caregiver* che leggendo le espressioni automatiche delle emozioni del bambino reagisce con appropriate interazioni di modulazione affettiva. L'autocontrollo emotivo sarà possibile con lo stabilirsi di strutture di controllo secondario che controllano, individuano e valutano i cambiamenti dinamici di primo

---

madre gioca un ruolo interattivo vitale nel modulare gli stati affettivi mentre i bambini possiedono mezzi rudimentali di autoregolazione affettiva, come il voltarsi da stimoli iperattivi o la suzione del pollice (Demos, 1986; Malatesta, Izard, 1984; Tronick, Ricks, Cohn, 1982).

<sup>3</sup> La diatriba è quella solita tra procedurale/dichiarativo, implicito/esplicito, conscio/inconscio, automatico/controllato.



livello negli stati affettivi dell'organismo e inibiscono o modificano la reazione emozionale, se la risposta affettiva automatica anticipata mette a rischio i piani cognitivi di ordine superiore. Pertanto, una preconditione per il controllo volontario e per l'autoregolazione degli stati affettivi primari è che il livello dei processi deliberati riceva informazioni sui cambiamenti continui negli stati disposizionali dell'organismo che hanno luogo a livello dei processi automatici. All'interno di questo quadro, le emozioni coscientemente esperite possono essere concepite come segnali che danno informazioni a livello dei processi deliberativi circa i cambiamenti automatici nello stato affettivo dell'organismo. Con lo stabilirsi delle rappresentazioni secondarie degli stati affettivi primari, questi ultimi verranno sottoposti a un'elaborazione rappresentazionale come risultato dei processi di apprendimento che connettono l'espressione delle emozioni agli specifici tipi di situazione e alle specifiche caratteristiche degli esiti comportamentali. Il contenuto disposizionale delle emozioni, che viene codificato nelle strutture rappresentazionali secondarie, diviene a questo punto cognitivamente accessibile e può servire come base per la previsione dell'azione quando lo stato emotivo viene attribuito al sé o all'altro.

In quest'ottica, dunque, la presentazione ripetuta del rispecchiamento esterno delle manifestazioni dell'espressione affettiva è un insegnamento vitale che permette lo sviluppo della consapevolezza degli indizi interni indicativi degli stati emotivi categoriali e di individuare e rappresentare gli stati disposizionali emozionali. Seguendo la logica del bio-feedback sociale, Gergely e Watson (1996, 1999) propongono che il meccanismo psicologico coinvolto nel rispecchiamento affettivo sia lo stesso delle procedure di bio-feedback: la detezione e la massimizzazione della contingenza. Il modulo di detezione della contingenza analizza la struttura di probabilità delle relazioni contingenti e simultanee tra azioni ed esiti, usando due meccanismi indipendenti nell'analisi della struttura di probabilità condizionale: (A) il primo è di tipo prospettico e registra la probabilità condizionale, o indice di sufficienza, che un certo esito ha di comparire a seguito di una certa azione (B) l'altro è di tipo retrospettivo e verifica la probabilità relativa, o indice di necessità, che un certo esito sia stato preceduto da una certa azione. Quando questi indici di controllo sono diseguali, significa che il bambino non è ancora stato in grado di individuare l'esatto grado di controllo che può esercitare sull'esito. Ogni volta che l'indice di necessità è maggiore di quello di sufficienza, significa che la classe di risposte verificata è troppo ampia e che riducendola il bambino può scoprire di esercitare un controllo maggiore sull'evento stimolo di quanto stimato. Una buona strategia sarebbe quella di ridurre, allora, la classe di risposte esaminate per scoprire il massimo grado di controllo contingente effettivo. Nella direzione opposta, quando l'indice di sufficienza è maggiore di quello di necessità, è necessario espandere la classe di risposte esaminate per massimizzare la contingenza. Questi principi sono fondamentali nella misura in cui permettono e sono alla base dell'autoidentificazione, della rappresentazione primaria del sé corporeo (Jordan, Rumelhart, 1991), della capacità di distinguere il sé dall'altro<sup>4</sup> e della conseguente capacità e sicurezza di esplorare il mondo sociale.

Se applicati al rispecchiamento affettivo genitoriale, si può ipotizzare un processo evolutivo di questo tipo. La comparsa di uno stato emozionale nel bambino produce due conseguenze nella stimolazione automatica: induce una serie di modificazioni interne dello stato fisiologico e attiva l'espressione comportamentale dell'emozione categoriale. L'attivazione delle espressioni espressivo-emozionali produrrà un'ulteriore serie di stimoli interni propriocettivi che varieranno in modo contingente con lo stato interno bersaglio. Alcuni di questi indizi, se presi isolatamente, avranno un grado di validità predittiva dello stato interno relativamente basso, perché possono anche essere evocati da altri stati interni. Tuttavia ci sono dati che indicano l'esistenza di stati emozionali fondamentali che inducono l'attivazione di schemi distinti di indizi sullo stato interno oltre che una distinta configurazione di indizi espressivi e comportamentali (Ekman, 1992). Pertanto, la validità predittiva di questi indizi, se raggruppati in modo combinato, è altamente

---

<sup>4</sup> Le azioni motorie producono esiti che non sono perfettamente contingenti con le azioni, mentre la percezione di stimoli che provengono dal mondo esterno mostra un minor grado di contingenza con le azioni. Pertanto la detezione del grado di contingenza tra gli schemi di attivazione afferenti (motori) e gli esiti percepiti può servire come criterio per distinguere il sé dal mondo esterno (Rochart, Morgan, 1995; Schmuckler, 1996).

indicativa della presenza di uno stato emozionale sottostante. Tuttavia i bambini sono all'inizio inconsapevoli degli insiemi categoriali di indizi sullo stato interno. Pertanto, per acquisire la capacità di identificare e attribuire a se stessi i propri stati interni emozionali, devono saper identificare e categorizzare insieme il gruppo di indizi che covariano con lo stato disposizionale interno. È questo il processo di apprendimento reso possibile dal genitore che attraverso il rispecchiamento empatico fornisce al bambino intuitivamente un *feedback* esterno contingente. Il genitore, essendo in grado di leggere e interpretare le espressioni facciali, vocali e posturali, modulerà l'affetto del bambino rispecchiando ripetutamente dall'esterno le sue manifestazioni emotive. Il processo interattivo può essere concepito come un caso di apprendimento intuitivo guidato, in cui il ruolo di insegnante è svolto dalla rappresentazione ripetuta del rispecchiamento del genitore contingente con lo stato emotivo disposizionale del bambino. Il bambino, quindi, attraverso la percezione del rispecchiamento, inizierà ad applicare l'algoritmo della detezione della contingenza retrospettivamente (indice di necessità) per identificare quale delle proprie risposte comportamentali e interne hanno preceduto il rispecchiamento affettivo del genitore. Il bambino esaminerà anche prospettivamente la sequenza contingente del gruppo selezionato di indizi interni e comportamentali (indice di sufficienza) per identificare il loro grado predittivo del comportamento bersaglio del genitore. Secondo una strategia di massimizzazione della contingenza, il meccanismo di apprendimento del bambino metterà a confronto il grado di contingenza registrato nella verifica prospettica e retrospettiva, verificando l'eventuale disuguaglianza tra gli indici. Quindi amplierà o restringerà l'insieme di indizi che esercitano un controllo del *feedback* genitoriale esterno; questo processo terminerà con la selezione dell'insieme di indizi comportamentali e interni la cui validità predittiva combinata mostra il più alto livello di contingenza sul rispecchiamento genitoriale e questo sarà indicativo dello stato emotivo del bambino che si sperimenterà come agente causale attivo di questo stesso stato. Le interazioni di rispecchiamento con il genitore, dunque, forniscono la base per lo stabilirsi del senso di sé come agente autoregolativo e più in generale del senso di sé come agente fisico, sociale, teleologico, mentale intenzionale, rappresentazionale e autobiografico.

Ma come fa il bambino a sapere che lo stato disposizionale corrispondente alla manifestazione di rispecchiamento appartiene a se stesso piuttosto che al genitore e che si tratta proprio dell'emozione che sta provando lui e non il genitore? Come fa a capire che la manifestazione di rispecchiamento è caratterizzata da proprietà referenziali nella misura in cui rappresenta il rispecchiamento dello stato del bambino piuttosto che di quello del genitore? Secondo diversi autori (Fonagy, Gergely, Jurist, Target, 2005) la risposta è data da una caratteristica percettiva specifica delle manifestazioni di espressione affettiva del genitore, la marcatura. Già Winnicott (1967) suggeriva che i bambini quando guardano la madre che li guarda 'si vedono' nel suo volto perché 'quando la madre guarda il suo bambino, ciò che essa appare è in rapporto con ciò che essa vede' (Winnicott, 1967, pag. 19). Ma quali aspetti del rispecchiamento permettono al bambino di interpretare il volto rispecchiante come un riflesso del proprio stato? Se vogliamo, parlare di rispecchiamento può essere fuorviante perché la madre non 'riflette' davvero come uno specchio: il suo comportamento non corrisponderà mai perfettamente ai parametri spaziale, temporale e di intensità sensoriale delle espressioni comportamentali del bambino, inoltre, se la madre producesse la versione autentica dell'espressione emotiva rispecchiata, le possibilità di un'attribuzione errata aumenterebbero drammaticamente. Il bambino identificherebbe l'espressione affettiva della madre come una manifestazione emozionale realistica e le attribuirebbe il corrispondente stato disposizionale emotivo. Pertanto, per evitare un'attribuzione errata dell'emozione rispecchiata al genitore, si propone (Gergely, 1995, 2000) che le madri siano istintivamente portate a marcare in modo saliente le proprie manifestazioni di rispecchiamento per renderle percettivamente differenziabili dalle espressioni emozionali autentiche. L'uso di un marcatore è ottenuto producendo una versione esagerata dell'espressione emotiva realistica dell'emozione<sup>5</sup>. La manifestazione affettiva dotata di marcatore rimane sufficientemente simile all'espressione emotiva normale del genitore in modo che il bambino possa riconoscerne il contenuto disposizionale. Tuttavia, a causa della

---

<sup>5</sup> È lo stesso principio della modalità 'come se' del gioco di finzione.

marcatore, viene inibita l'attribuzione dell'emozione percepita. Si tratta di un processo di sdoppiamento referenziale<sup>6</sup>: nell'interpretazione della manifestazione affettiva marcata viene sospesa la connessione referenziale tra l'espressione emotiva e il corrispondente stato disposizionale dell'agente che la produce, la manifestazione percepita sarà sdoppiata dal suo referente. Tuttavia, se grazie a questo processo la manifestazione dell'emozione del genitore viene sdoppiata dal suo referente, deve trovare ancora un suo proprio referente: ha cioè ancora bisogno di essere interpretata dal bambino come espressione dell'emozione di qualcuno. Questo processo di ancoraggio referenziale è determinato dal grado elevato di contingenza della relazione tra il rispecchiamento affettivo del genitore e l'espressione emozionale del bambino. Il sistema di detezione della contingenza registrerà la contingenza temporale e la somiglianza transmodale del modello tra l'espressione del genitore e il proprio comportamento affettivo. La percezione di questa relazione contingente fornirà la base dell'interpretazione referenziale e costituirà il terreno dello sdoppiamento della manifestazione emozionale. Come risultato il bambino troverà un ancoraggio referenziale alla manifestazione di rispecchiamento marcata come espressione del proprio stato. Il bambino allora finirà con lo sperimentare le manifestazioni emotive dell'altro in due differenti forme: (A) nella loro versione realistica e (B) in quella marcata. Nello sviluppo normale le trasformazioni comportamentali che distinguono queste manifestazioni si stabilizzeranno come codice comunicativo generalizzato caratterizzato dallo sdoppiamento referenziale del contenuto espresso dall'agente che produce la manifestazione, dall'ancoraggio referenziale del contenuto espressivo all'agente altro da quello che sta esprimendo l'emozione e dalla sospensione delle conseguenze disposizionali della versione realistica del contenuto espresso. Queste diventeranno le caratteristiche centrali della modalità di comunicazione come-se che si esprime nel gioco di finzione.

Inoltre, il bambino costruirà per la manifestazione di rispecchiamento una rappresentazione separata che manterrà il proprio nesso associativo con gli stati affettivi di primo livello. La manifestazione emotiva marcata, quindi, funzionerà come una struttura di rappresentazione secondaria attivata attraverso percorsi associativi ogni volta che nel bambino si affaccerà l'insieme di indizi sul suo stato disposizionale emotivo. Perciò la comparsa di uno stato emotivo avrà come conseguenza l'attivazione automatica a livello d'esperienza consapevole del bambino di questa rappresentazione secondaria dell'emozione di tipo protosimbolico permettendogli di attribuire a se stesso lo stato emotivo disposizionale. L'inclinazione istintiva dei genitori a presentare ai figli manifestazioni marcate di rispecchiamento, in conclusione allora, ha tre significative conseguenze evolutive: (A) il bambino arriverà a identificare e raggruppare gli insiemi di indizi indicativi delle diverse categorie dei propri stati emotivi (B) stabilirà rappresentazioni secondarie associate ai suoi stati affettivi procedurali di primo livello, acquisendo in questo modo il mezzo cognitivo che gli consente di accedere agli stati emotivi e di attribuirli al sé (C) acquisirà un codice comunicativo generalizzato di espressioni marcate caratterizzate da funzioni rappresentazionali di sdoppiamento referenziale, di ancoraggio e di sospensione delle conseguenze a livello di realtà. Questo sistema adempie a due funzioni evolutive: (A) contribuisce alla regolazione omeostatica in tempo reale dei cambiamenti dinamici nello stato affettivo del bambino e (B) fornisce un tipo di insegnamento e impalcatura ambientale su cui si basa l'internalizzazione della funzione di regolazione affettiva materna attraverso l'instaurazione di rappresentazioni secondarie degli stati emotivi primari<sup>7</sup>. Queste determinano lo sviluppo in senso sano o psicopatologico.

---

<sup>6</sup> Tema introdotto da Leslie (1987, 1994) per caratterizzare le proprietà rappresentazionali delle espressioni comunicative prodotte nel gioco di finzione.

<sup>7</sup> Evidenti le implicazioni per la psicopatologia dello sviluppo, la clinica e gli interventi terapeutici che possono così utilizzare come meccanismo di intervento proprio il rispecchiamento affettivo o la sintonizzazione affettiva – su cui ci soffermeremo in seguito e che come vedremo diventerà il nostro costrutto misurabile empiricamente.

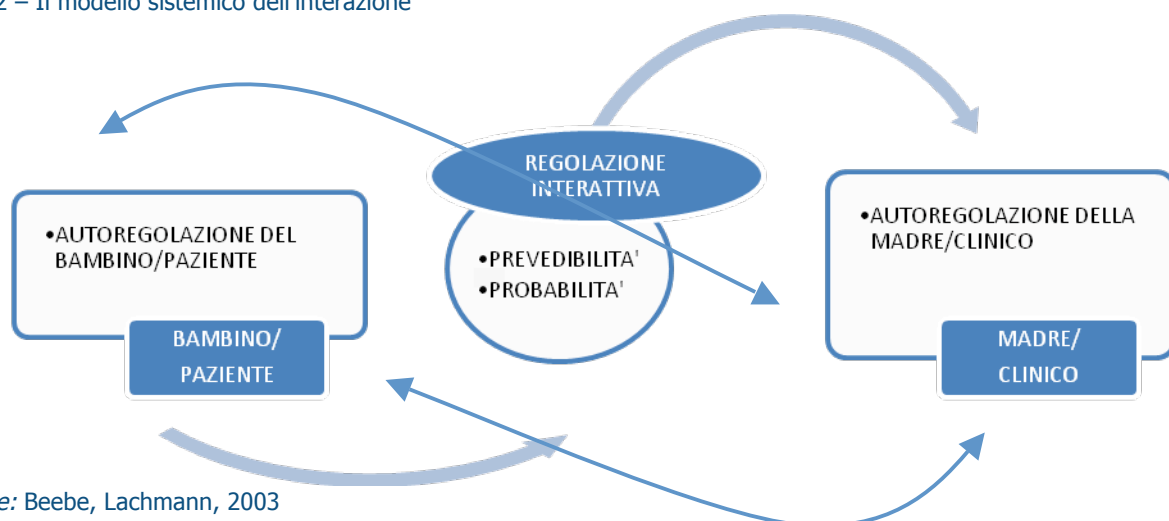
## 2b. UN MODELLO SISTEMICO-DIADICO NELLE INTERAZIONI: LA MENTE SOGGETTIVA E INTERATTIVA

Il secondo modello che vogliamo proporre può essere etichettato brevemente come sistemico nella misura in cui integra il contributo dell'individuo e quello della diade (madre-bambino, clinico-paziente) nel spiegare l'organizzazione dell'esperienza e del comportamento. Nella visione sistemica, il campo è costituito da tre unità che interagiscono tra di loro: il genitore come unità auto-organizzante e auto-regolatoria, il bambino come unità auto-organizzante e auto-regolatoria e la diade genitore-bambino come campo interattivo con una propria peculiare organizzazione. Nessuna di queste unità può prescindere dalle altre. Questo modello trasforma, quindi, la visione mono-personale in una concezione bi-personale della regolazione interpersonale diadica in cui il comportamento di un *partner* può essere previsto in base a quello dell'altro (anche se ciò non implica necessariamente un rapporto di causalità). Ciascuno di noi influenza le parole e le azioni dell'altro e ne è a sua volta influenzato, attraverso una coordinazione dei ritmi comportamentali verbali e non. È questa l'essenza del comportamento sociale (Fogel, 1993) e il significato intrinseco del concetto di co-costruzione.

Se queste sono le premesse, una teoria dell'interazione e della regolazione affettiva dovrebbe specificare sia in che modo siamo influenzati dal nostro comportamento (autoregolazione) sia da quello degli altri (etero-regolazione), detto altrimenti in che modo siamo impegnati a monitorare il nostro *partner* (il modo in cui lo influenziamo e ne siamo influenzati) a al tempo stesso a regolare il nostro stato interno. Autoregolazione e regolazione interattiva sono processi reciproci e simultanei: l'uno influenza il successo dell'altro (Gianino, Tronick, 1988). In condizioni ottimali i due processi sono in equilibrio dinamico e flessibile (Aron, 1996).

Quando parliamo di regolazione interattiva, usiamo gli aggettivi reciproco, bi-direzionale e co-costruito in modo intercambiabile, ma questi termini non implicano mutualità. Ciò significa che il flusso di risposte tra i *partner* scorre in entrambe le direzioni, cioè il comportamento di ciascun *partner* è contingente, è influenzato da quello dell'altro e può essere previsto in base a quello dell'altro. L'individuo sente di influenzare il *partner* e al tempo stesso di esserne influenzato.

Fig. 2 – Il modello sistemico dell'interazione

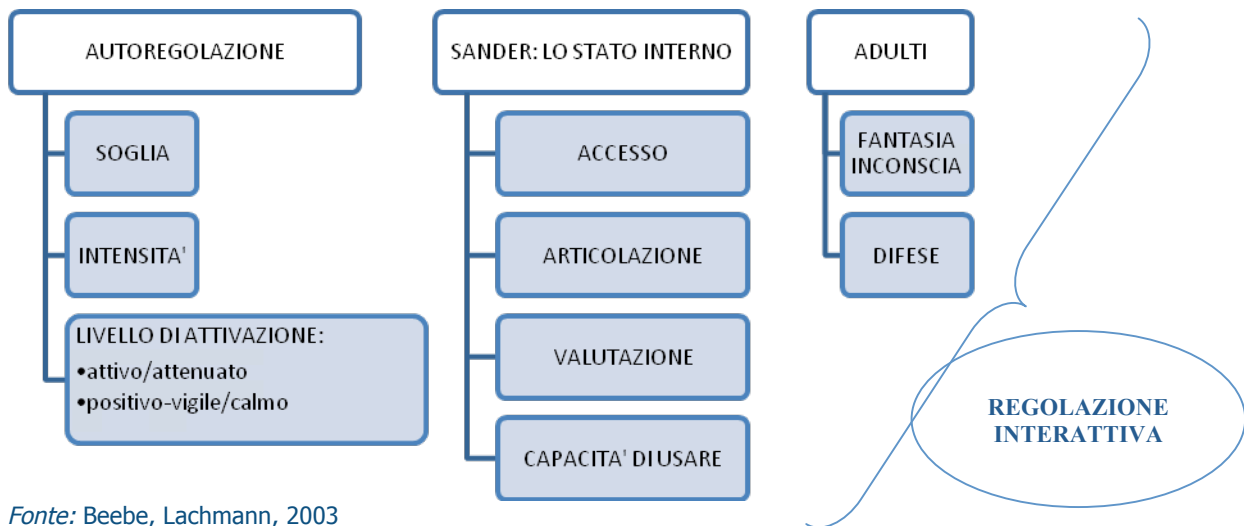


Fonte: Beebe, Lachmann, 2003

Questi termini non implicano simmetria: ogni *partner* può influenzare l'altro in modi diversi e in gradi diversi. Non implicano nemmeno un modello causale: la regolazione è definita dalle probabilità che il comportamento di un *partner* sia prevedibile in base a quello dell'altro. Non è implicata neppure l'idea di un'interazione positiva: oltre agli scambi positivi (rispecchiamento facciale), anche quelli negativi (interazione caccia e fuga), sono regolati in modo bi-direzionale.

Il termine autoregolazione denota, invece, la capacità dei *partner* di regolare i rispettivi stati. Dalla nascita in poi, il processo di autoregolazione gestisce il controllo del livello di attivazione, il mantenimento dello stato di vigilanza e la capacità di inibire l'espressione comportamentale. Include le variazioni nella prontezza a rispondere e nella visibilità dello stato del bambino, indicando, per esempio, quanto è evidente il fatto che ha fame (Sander, 1995). Toccarsi, togliere lo sguardo, inibire l'espressività facciale sono esempio di strategie auto-regolatorie che abbassano il livello di attivazione. L'autoregolazione è un aspetto fondamentale della capacità di prestare attenzione ed entrare in rapporto con l'ambiente e, nell'adulto, comprende l'accesso, l'articolazione, la valutazione e l'uso degli stati interni. Nell'adulto l'autoregolazione include le fantasie inconscie, i sogni a occhi aperti, l'elaborazione simbolica e le difese.

Fig. 3 – L'autoregolazione nel modello sistemico-diadico

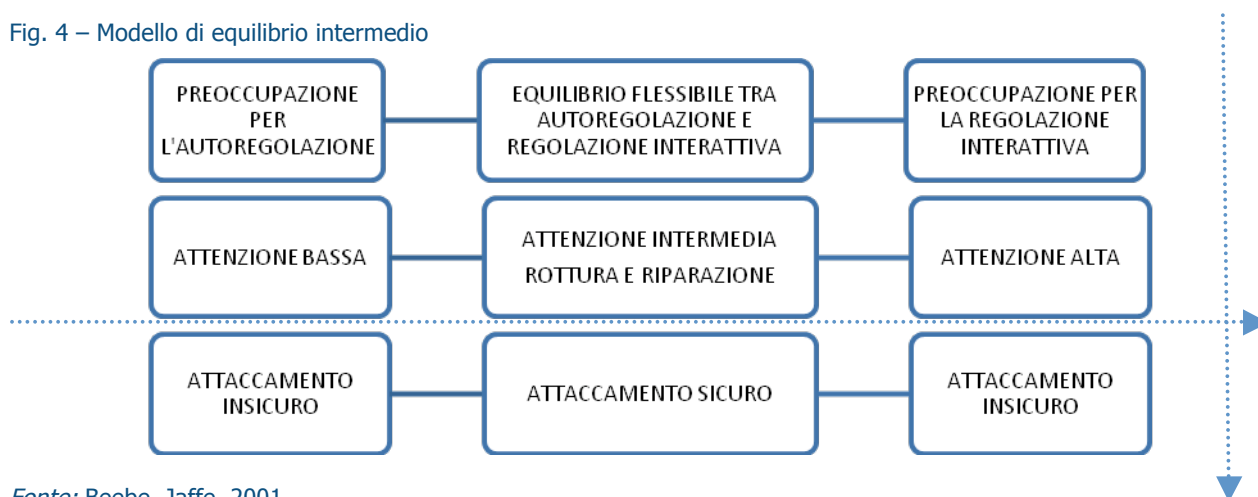


Fonte: Beebe, Lachmann, 2003

L'autoregolazione e la regolazione interattiva vanno considerate con uguale attenzione: il comportamento è autoregolatorio e comunicativo al tempo stesso. Variazioni nel modo di influenzare il *partner* e di esserne influenzato sono accompagnate da variazioni simultanee nell'autoregolazione, nel livello di attivazione e nel comportamento. Quindi il sistema interattivo è sempre *in progress*, in confronto dialettico tra prevedibilità e trasformazione (Fogel, 1992). L'esperienza per la quale il bambino si percepisce come soggetto agente si organizza grazie al processo di autoregolazione, ma solo nella misura in cui la regolazione interattiva consente e favorisce quest'esperienza: il senso del sé agente allora è una competenza sistemica (Kaminer, 1999), nel contesto di un lavoro di co-costruzione di stati e influenze reciproche che passano attraverso l'interazione.

È possibile allora elaborare un modello sistemico di equilibrio tra autoregolazione e regolazione interattiva (Jaffe, 2000):

Fig. 4 – Modello di equilibrio intermedio



Fonte: Beebe, Jaffe, 2001

Per quanto riguarda la regolazione interattiva, un livello intermedio di coordinazione predice un attaccamento sicuro, mentre punteggi che si discostano dal livello centrale predicono un attaccamento insicuro. Nell'autoregolazione un grado di coordinazione intermedio è ottimale. Secondo il modello di equilibrio intermedio, a livelli intermedi la coordinazione interattiva è presente ma non è vincolante e l'autoregolazione è mantenuta, ma non è eccessiva. In questo senso, lo sviluppo sociale e la comunicazione sono ottimali, in quanto è consentito muoversi con flessibilità tra autoregolazione e regolazione interattiva, a livelli ottimali di attenzione, affetto e attivazione. Quando uno dei *partner* agisce fuori dalla zona intermedia, c'è un tentativo da parte sua di affrontare un problema nell'interazione: un polo dello squilibrio è definito dall'eccessivo monitoraggio del *partner* a spese dell'autoregolazione (vigilanza interattiva), mentre l'altro polo è rappresentato dall'eccessiva preoccupazione per l'autoregolazione a discapito della sensibilità interattiva (ritiro o inibizione).

Queste concettualizzazioni sono fondamentali nella misura in cui permettono di trarre una teoria psicoanalitica dell'interazione che, facendo il parallelismo madre-bambino clinico-paziente, è in grado di spiegare e rendere conto di come l'interazione e la regolazione affettiva si organizza in termini di processo – regolazione affettiva interna – e non solo di contenuto. Le implicazioni e le ricadute sono relative a tematiche che hanno a che vedere con il senso di sicurezza personale, l'efficacia, l'autostima, il grado di definizione del sé, i confini del sé, l'intimità, la separazione, il ricongiungimento, la solitudine in presenza del *partner* e il riconoscimento reciproco.

Una teoria psicoanalitica dell'interazione e degli affetti di questo tipo, allora, dovrebbe occuparsi di due dimensioni: quella non verbale o implicita (emotivo-procedurale) e quella verbale o esplicita. La dimensione non verbale è spesso inconsapevole, ma accompagna continuamente come un sottofondo il processo di influenza reciproca. Il sistema verbale è invece normalmente in primo piano ed è più intermittente (alternanza tra parole e ascolto). Oltre agli scambi verbali, poi, paziente e clinico influenzano continuamente lo stato affettivo, il livello di attivazione fisiologica, il *timing* e l'organizzazione spaziale reciproci.

Fig. 5 – Applicazione del modello sistemico al trattamento degli adulti



Fonte: Beebe, Lachmann, 2003

I processi di autoregolazione e regolazione reciproca avvengono sia nel campo esplicito sia in quello implicito, che corrispondono grossolanamente alla narrazione verbale e alle sequenze comportamentali non verbali. In condizioni ideali ciascun campo può sconfinare nell'altro, cioè ciascun livello può essere tradotto nell'altro.

I principi che definiscono i processi di autoregolazione e regolazione interattiva e le dinamiche dell'interazione – che vengono a essere definite gerarchicamente e temporalmente su tre livelli: il modello generale, una sequenza e un momento – sono tre:

- il principio di regolazione attesa si riferisce ai modi caratteristici e prevedibili in cui si svolge l'interazione. Crea un sistema di norme condivise che regola il comportamento dei *partner* in un sistema di aspettative reciprocamente rispettate. La percezione da parte del bambino del processo di regolazione si basa quindi sulla capacità di osservare e prevedere ciò che si ripete nell'ambiente e sulla capacità di comprendere che il comportamento produce conseguenze. Il neonato è in grado di individuare contingenze, cioè relazioni attese tra comportamenti e risposte ambientali, e di crearsi delle aspettative sugli eventi. Il bambino e chi si prende cura di lui, allora, arrivano ad aspettarsi che ciascuno influenzerà l'altro e ne sarà influenzato in modi prevedibili<sup>8</sup>

- il principio di rottura e riparazione organizza i modelli di interazione in base alle violazioni delle aspettative e ai relativi sforzi di risolvere queste rotture. Il concetto di rottura indica fenomeni di diversa gravità, come violazioni delle aspettative, non corrispondenze, disgiunzioni normative; ciò che viene organizzato è il controllo da parte della diade delle fluttuazioni nel livello di coordinazione. Il divario tra ciò che è atteso e ciò che accade realmente può essere riparato; in questo caso la finalità del sistema è la disgiunzione-correzione ottimale o normativa. Questo tipo di organizzazione aumenta il grado di flessibilità nel controllo della coordinazione. In seguito alla rottura si organizzano esperienze di contrasto, differenza e disgiunzione. In assenza di riparazione, si organizzano aspettative di regolazione disturbata; in presenza di riparazione, invece, si organizzano aspettative di efficacia, *coping*, controllo, riparazione e speranza

- il principio dei momenti affettivi intensi. Secondo questo principio, la regolazione interna è costituita dagli intensi cambiamenti che trasformano lo stato del bambino. Tali cambiamenti possono organizzare la trasformazione di stati corporei in cui l'autoregolazione è in primo piano. Se la regolazione viene vissuta in modo positivo i movimenti intensi organizzano un'esperienza di controllo – attivo o passivo – sul proprio corpo; se la regolazione viene vissuta in modo

<sup>8</sup> Esempi di interazioni organizzate dal principio di regolazione attesa: rispecchiamento facciale, interazione deviata, timing interpersonale, previsione curvilinea dell'attaccamento

negativo, i momenti intensi organizzano un'esperienza di perdita del controllo. Le esperienze affettive intense possono anche rafforzare il processo di regolazione diadica, in cui l'autoregolazione è sullo sfondo. Se il cambiamento è positivo, come nelle interazioni di rispecchiamento facciale, si organizzano esperienze di sguardo reciproco, allegria, rispetto, risonanza emotiva e sintonia (sensazione di essere sulla stessa lunghezza d'onda); se il cambiamento è negativo si organizzano esperienze di invasione, violazione, sovra-eccitazione e impossibilità di fuga.

Questi tre principi sono quelli fondanti che definiscono la gerarchia di regolazioni interne a diversi livelli di organizzazione temporale.



### 3. I PROCESSI EMOTIVI COME COSTRUTTORI DEL SÉ: LO SVILUPPO SANO E LA PSICOPATOLOGIA

Rispetto ai modelli sopra delineati, appare evidente come tutta la psicopatologia possa essere riletta in chiave di affetti ed emozioni mal regolate o disregolate. Anche se, a causa dell'ambiguità che ruota attorno a questi concetti e al proliferare di teorie poco organiche e integrate, rimane difficile definire in modo causale ed esplicativo il nesso tra regolazione affettiva e psicopatologia, tuttavia ci sono molte evidenze di come difficoltà nella modulazione delle emozioni siano alla base o, se vogliamo, frequentemente associate in modo specifico a specifici *pattern* sintomatici e disturbi di personalità. Da un'analisi di Kring (2001), è emerso come l'85% dei disturbi psicologici identificati nel DSM-IV-TR include tra i suoi sintomi difficoltà nei processi di elaborazione emotiva nei termini di 'eccesso' nelle emozioni, 'deficit' nelle emozioni o mancanza di coerenza tra le componenti emotive.

Tab. 5 – Sintomi correlati a disturbi emotivi

| Disturbo DSM-IV-TR                   | Sintomi emotivi correlati  |
|--------------------------------------|--|
| Disturbi schizofreniformi            | Appiattimento emotivo, anedonia  |
| Disturbo depressivo maggiore         | Umore depresso, anedonia   |
| Episodi maniacali                    | Umore elevato, espansivo, irritabile   |
| Distimia                             | Umore depresso   |
| Episodi ipomaniacali                 | Umore elevato, espansivo, irritabile   |
| Panico                               | Intensa paura  |
| Agorafobia                           | Ansia  |
| Fobia                                | Marcata e persistente paura, ansia anticipatoria   |
| Disturbo ossessivo-compulsivo        | Ansia e distress   |
| Disturbo post-traumatico da stress   | Irritabilità, rabbia, reattività fisiologica, distress, anedonia, ristretta gamma di affetti                     |
| Stress acuto                         | Ansia e incrementato arousal   |
| Disturbo generalizzato d'ansia       | Ansia, preoccupazione, irritabilità  |
| Ipocondria                           | Preoccupazione e paura delle malattie  |
| Anoressia nervosa                    | Paura del peso   |
| Disturbi del sonno                   | Terrore, arousal automatico  |
| Disturbi del controllo degli impulsi | Irritabilità, umore disforico  |
| Disturbi dell'adattamento            | Distress   |
| Paranoia                             | Reazioni rabbiose incontrollate  |
| Dipendenza da sostanze               | Umore labile, ansia, tensione, rabbia, euforia, nervosismo, eccitamento, depressione, frustrazione, irritabilità |

Fonte: Kring, 2001

Alla base di questa concettualizzazione della psicopatologia c'è una teorizzazione della disregolazione emotiva definita come il negativo e il contrario delle capacità sviluppate da un soggetto sano di autoregolare le emozioni. Secondo Cicchetti (1995), la disregolazione emotiva allora comporta l'inappropriata o maladattiva applicazione di processi, seppur rudimentali, di regolazione affettiva che sono comunque presenti e disponibili per un potenziale appropriato utilizzo. I problemi nella regolazione delle emozioni, invece, rifletterebbero l'assenza e la mancanza di strategie regolatorie di base. La disregolazione, quindi, enfatizza un *deficit* funzionale o un *outcome* maladattivo associato alla messa in atto di un processo comunque regolativo; i problemi nella regolazione delle emozioni riflettono invece un disturbo più profondo e primario che ha impedito la costruzione di strategie di regolazione. Se questa distinzione può risultare cavillosa e complessa, tuttavia ci sembra utile se pensata per identificare un *continuum* di gravità dello sviluppo sano e patologico (Keenan, 2000) in cui (A) la disregolazione emotiva consiste in *pattern* di comportamento e processi che fanno parte anche del normale spettro di funzionamento, ma che sono esibiti frequentemente fuori dal contesto appropriato e in una forma eccessiva (B) la disregolazione emotiva si associa a un indebolimento delle altre funzioni adattative di base (C) la disregolazione emotiva si associa a disturbi in molteplici componenti regolatorie (D) i problemi nella regolazione emotiva sono alla base di funzionamenti francamente deficitari.

Che tipo di evidenze e prove sono disponibili per esaminare e verificare se i processi di regolazione delle emozioni sono deficitari o assenti nei differenti disturbi psicopatologici? C'è sicuramente una ricca casistica di descrizioni e *report* di casi clinici che riconducono le sintomatologie a problematiche a vari livelli nella regolazione delle emozioni. Ma è sufficiente? Inoltre, se alcuni criteri diagnostici esplicitamente fanno riferimento a difficoltà nella modulazione affettiva, tuttavia presentano delle difficoltà nel momento in cui dovrebbero essere maggiormente operazionalizzati e definiti: per esempio, il criterio 'difficoltà nel controllo della rabbia' nel disturbo borderline di personalità o ancora 'tentativi di evitamento dei sentimenti' nel disturbo post traumatico da stress, 'difficoltà a controllare la preoccupazione e l'ansia' nei disturbi dello spettro dei disturbi d'ansia, e ancora 'rapidi cambiamenti nell'espressione emotiva' del disturbo istrionico non sono altro che esempi di quanto il *link* tra sintomatologia psichiatrica e disturbo affettivo sia descrittivo piuttosto che empiricamente e scientificamente fondato – anche dal punto di vista formale dell'etichetta linguistica.

Per dare fondamento scientifico all'associazione e trovare delle specificità discriminanti, la ricerca e la teoria dovrebbero permettere di investigare il problema da due punti di vista: *in primis*, delineare chiaramente quali sono i processi basilari compromessi dal fenomeno della disregolazione affettiva, quindi dimostrare che l'uso ottimale o fallimentare dei processi di regolazione affettiva è associato a un deterioramento e a una compromissione significativa nel funzionamento generale – identificando nella migliore delle ipotesi un nesso di causalità, altrimenti anche soltanto un nesso di comorbilità e cooccorrenza. La prima domanda allora è: quali sono i processi di base implicati nella capacità di regolare le emozioni? Secondo quanto detto, potremmo dire che, a un ampio livello, la regolazione delle emozioni implica processi non solo specifici in relazione agli affetti, ma anche altre funzioni che servono per regolare il sé. Ci riferiamo ai processi psicologici dell'attenzione, memoria di lavoro, *decision making*, abilità sociali, conoscenze emotive e implicite, solo per nominarne alcuni (Cicchetti, 1995; Cole, 1994; Davidson, 2000; Derryberry, Reed, 1996; Feldman Barrett, Gross, 2001; Gross, 1998, 2001). Considerare i livelli di interazione e funzionamento di queste strutture esula dalla nostra trattazione specifica, tuttavia non si può prescindere dall'evidente interconnessione e influenzamento reciproco di tutte queste strategie di autoregolazione, funzionamento cognitivo e comportamentale e qualità delle competenze affettive. La complessità della vita emotiva torna in primo piano.

Voce isolata che ha cercato di teorizzare e sistematizzare questo *corpus* di conoscenze eterogenee è Berenbaum (2003) che ha proposto una tassonomia dei disturbi emotivi nella psicopatologia a partire dal concetto base di *emotional intensity/regulation disturbances* che definisce come eccessi o carenze sia a livello di emozioni positive sia negative – un esempio è la mania, che presenta manifestazioni sintomatiche problematiche sia nella modulazione delle

emozioni positive (eccitazione ed euforia) sia in quelle negative (irritabilità). Sfortunatamente questa teorizzazione non si spinge oltre nel potere esplicativo e rimane ancorata essa pure a una modalità meramente descrittiva che non è in grado di discriminare a priori e discernere tra *pattern* problematici e *outcome* psicopatologici differenti. Ancora una volta non è possibile stabilire una relazione empirica tra problemi nella regolazione affettiva e disturbi *DSM-oriented* usando strategie empiriche che permettano di formulare ipotesi diagnostiche e di intervento specifiche in grado di modulare le emozioni.

Un altro modello che sembra un po' più utile per descrivere come i processi disregolatori figurano in differenti patologie è quello sviluppato a partire dalle teorizzazioni di Gross (1998). Questo modello postula l'esistenza di differenti e molteplici processi regolatori che sono organizzati lungo una dimensione temporale di *step* successivi: ci sono processi regolatori che hanno luogo prima che l'emozione vera e propria sia generata (*antecedent-focused*) e processi che hanno luogo dopo (*response-focused*).

Tab. 6 – Strategie regolatorie

|                    | Strategie                      | Descrizione   |
|--------------------|--------------------------------|---|
| Antecedent-focused | Selezione della situazione     | Scelta tra situazioni   |
|                    | Modificazione della situazione | Cambiamenti nella scelta delle situazioni   |
|                    | Attenzione                     | Attenzione focalizzata su aspetti o dettagli                                      |
|                    | Cambiamento cognitivo          | Alterazione dei significati   |
| Response-focused   | Modulazione della risposta     | Alterazione dell'espressione, sperimentazione o fisiologia della risposta emotiva |

Fonte: Gross, 1998

Questo modello è interessante in tre direzioni: (A) permette di identificare due strategie regolatorie diverse, una antecedente (*reappraisal*<sup>9</sup>) e una conseguente (*suppression*<sup>10</sup>) la comparsa dell'emozione (B) è alla base di una serie di studi su popolazioni problematiche e normali (C) permette di pensare alla patologia in termini di *response-focused* di differente qualità, altrimenti detto permette di stressare questo concetto di base per renderlo esplicativo delle strategie regolatorie maladattive.

In questa stessa direzione di trovare un *link* tra affetto e sintomo è andato anche il PDM che nella descrizione dei *pattern* sintomatici (Asse S) ripropone le categorie diagnostiche del DSM-IV-TR, ma le presenta illustrando e focalizzandosi sulle esperienze soggettive che i pazienti fanno dei diversi disturbi. Questa soggettività è rappresentata in termini di contenuti mentali, stati somatici, *pattern* relazionali e *pattern* affettivi – a partire dalle teorizzazioni evolutive e dinamiche dei processi emotivi, sono delineate in forma narrativa le peculiarità e specificità di ogni disturbo psichiatrico in termini di affetti maladattivi.

<sup>9</sup> Una forma di cambiamento cognitivo che si associa a un decremento nell'espressione comportamentale e nell'esperienza emotiva, ma che non ha dannose conseguenze psicologiche.

<sup>10</sup> È una strategia associata a decremento nel comportamento espressivo, a nessun cambiamento nell'esperienza emotiva, a un innalzamento delle risposte fisiologiche, deficit di memoria e interferenze nelle relazioni interpersonali.

Tab. 7 – Pattern affettivi associati ai disturbi DSM-IV-TR

| Asse S                                      | Stati affettivi  | Pattern cognitivi   | Stati somatici  | Pattern relazionali   |
|---|--|---|---|---|
| Disturbi dell'adattamento                   | Disagio, sensazione di essere in una situazione di cambiamento o passaggio, incertezza e apprensione | Concentrazione sullo stress, evitamento   | Stress, tensione e apprensione  | Dipendenza o distanziamento                                   |
| Disturbi d'ansia                            | Ansia, angoscia, pericolo di perdita   | Distrazione, confusione, difficoltà di pensiero                                 | Tensione somatica, batticuore, difficoltà respiratorie  | Dipendenza e conflitti relativi alla colpa                    |
| Disturbi dissociativi                       | Perdita del senso di sé e del proprio corpo, amnesia   | Preoccupazione, indifferenza  | Ansia, depressione, torpore, anedonia   | Superficialità, incoerenza, ambivalenza, bisogno              |
| Disturbi dell'umore                         | Depressione analitica/introiettiva, maniacalità/euforia  | Colpa e disvalore, fantasie di invincibilità e plusvalore                       | Perdita di reattività corporea, di energia di interesse al mondo, irrequietezza e mancanza di sonno | Bisogni insaziabili o ostilità, imprevedibilità e impulsività |
| Disturbi somatoformi                        | C'è qualcosa che non va nel corpo, preoccupazione, allarme e ipervigilanza                           | Assorbimento cognitivo sul corpo  | Correlati fisici dell'ansia   | Ricerca di rassicurazione                                     |
| Disturbi dell'alimentazione                 | Depressione, ritiro, paura, sentimenti di fallimento, fame di cure                                   | Preoccupazione per la propria inadeguatezza, voglia di essere giovani e piccoli | Torpore   | Controllo e perfezionismo                                     |
| Disturbi psicogeni del sonno                | Helplessness, frustrazione e rabbia  | Confusione e distrazione  | Fatica, irritazione, agitazione, iper o ipo vigilanza   | Fatica, ansia   |
| Disturbi sessuali e dell'identità di genere | Depressione, ansia, paura della propria inadeguatezza  | Preoccupazione di inadeguatezza e fantasie compensatorie                        | Iperresponsività sensoriale   | Evitamento  |
| Disturbi fittizi                            | Angoscia   | Lamentazioni  | Tensione cronica  | Bisognosi e dipendenti  |
| Disturbi del controllo degli impulsi        | Oscillazioni tra sentimenti di vuoto e apatia, vergogna, paura e bisogno di colmare il vuoto         | Assenza di pensiero   | Ipo e iper attivazione  | Riluttanti al contatto, o rabbiosi                            |
| Disturbi da uso/dipendenza da sostanze      | Noia, depressione, mancanza di valore, rabbia e aggressività, bisogno e dipendenza                   | Razionalizzazioni che sostengono la dipendenza                                  |   | Bisogno e negazione del bisogno                               |
| Disturbi psicotici                          | Vuoto, angoscia, minacce contro il sé, paura della solitudine  | Distrazione, disturbi del pensiero floridi o meno                               | Deliri  | Evitamento, sospettosità                                      |

Fonte: PDM, 2006

Link forse più semplici e più evidenti – perché maggiori sono gli studi condotti in questo senso – sono stati tracciati tra emozioni e disturbi di personalità. Partendo dal PDM potremmo dire che l'Asse P ancora una volta verte attorno alla definizione non solo della sintomatologia *DSM-oriented* che prevede criteri di presenza/assenza di sintomi oggettivi, ma anche della descrizione della personalità in termini di *pattern* costituzionali-maturativi, difese e – soprattutto

interessante per la nostra teorizzazione – di: tensione/preoccupazione principale, affetti principali, credenze patogene relative a sé e agli altri. Il *link* con la qualità della vita emotiva del soggetto è evidente, così come le sue ripercussioni su altri basilari sistemi di funzionamento regolatorio.

Tab. 8 – Pattern affettivi associati ai disturbi di personalità

| Asse M                             | Pattern costituzionali-maturativi                 | Tensione/preoccupazione principale       | Affetti  | Credenza patogena sul sé   | Credenza patogena sull'altro   | Difese  |
|------------------------------------|---|--|--|--|--|---|
| Disturbi schizoidi                 | Sensibile, timido, reattivo                       | Paura/desiderio di intimità              | Dolore emotivo, affetti troppo potenti                         | Dipendenza e amore sono pericolosi   | Il mondo invade  | Ritiro e preoccupazioni idiosincratice  |
| Disturbi paranoidi                 | Irritabilità e aggressività                       | Attaccare/paura di essere attaccato      | Paura, rabbia, vergogna, disprezzo                             | Odio, aggressività e dipendenza sono pericolosi                                  | Le persone sfruttano e attaccano                                     | Proiezione, identificazione proiettiva, diniego e formazione reattiva               |
| Disturbi psicopatici               | Aggressività, alta soglia di stimolazione emotiva | Manipolare/essere manipolato             | Rabbia, invidia  | Posso fare tutto ciò che voglio  | Tutti sono egoisti, manipolatori e spregevoli                        | Controllo onnipotente   |
| Disturbi narcisistici              |   | Inflazione/deflazione e dell'autostima   | Vergogna, disprezzo, invidia                                   | Perfezione   | Gli altri apprezzano ricchezza, bellezza, potere e fama              | Idealizzazione, svalutazione  |
| Disturbi sadici e sadomasochistici |   | Patire/infliggere umiliazioni            | Odio, disprezzo, godimento sadico                              | Ho il diritto di infliggere dolore e umiliazione                                 | Gli altri sono oggetto del mio dominio                               | Distacco, controllo onnipotente, ribaltamento, agiti                                |
| Disturbi masochistici              |   | Perdere relazioni e autostima            | Tristezza, rabbia, colpa                                       | La mia sofferenza dimostra superiorità morale e serve a mantenere l'attaccamento | Le persone si occupano degli altri sono se questi sono in difficoltà | Introiezione, identificazione proiettiva, rivolgimento contro il sé, moralizzazione |
| Disturbi depressivi                | Predisposizione genetica alla depressione         | Bontà/cattiveria, solitudine/relazione   | Tristezza, colpa, vergogna                                     | Sono cattive e inadeguato  | Le persone se mi conoscono mi rifiutano                              | Introiezione, capovolgimento, idealizzazione degli altri e svalutazione di sé       |
| Disturbi somatizzanti              | Fragilità fisica, malattie e abusi in infanzia    | Integrità/frammentazione del sé corporeo | Disagio, rabbia inferita, alessitimia                          | Sono fragile, vulnerabile, rischio di morire                                     | Gli altri sono forti, sani, indifferenti                             | Somatizzazione, regressione   |
| Disturbi dipendenti                | Calma, sociofilia                                 | Mantenere/perdere le relazioni           | Sicurezza dell'attaccamento tristezza e paura della solitudine | Sono inadeguato e bisognoso  | Gli altri sono forti e ho bisogno delle loro cure                    | Regressione, capovolgimento, evitamento   |
| Disturbi fobici evitanti           | Ansia e timidezza                                 | Sicurezza/pericolo                       | Paura  | Se evito i pericoli sono al sicuro   | Persone forti possono magicamente tenermi al sicuro                  | Simbolizzazione, spostamento, proiezione, razionalizzazione, evitamento             |
| Disturbi ansiosi                   | Ansia e timidezza                                 | Sicurezza/pericolo                       | Paura  | Sono in costante pericolo  | Gli altri sono fonte di pericolo o protezione                        | Fallimento delle difese contro l'angoscia   |
| Disturbi ossessivi-compulsivi      | Irritabilità, meticolosità                        | Sottomissione/ribellione                 | Rabbia, colpa, vergogna, paura                                 | La mia aggressività è pericolosa e va  | Gli altri cercano di controllarmi e io devo                          | Isolamento degli affetti, formazione reattiva,                                      |

|                          |  | all'autorità                    |                           | controllata   | resistere   | intellettualizzazione<br>atteggiamento<br>moralizzante,<br>annullamento<br>reattivo |
|--------------------------|--|---------------------------------|---------------------------|---|---|---|
| Disturbi isterici        | Sensibilità,<br>sociofilia               | Potere e sessualità             | Paura, vergogna,<br>colpa | Il mio genere mi<br>rende debole,<br>castrato,<br>vulnerabile   | Le persone<br>dell'altro<br>genere sono<br>forti, ma<br>possono<br>sfruttarmi | Rimozione,<br>regressione,<br>conversione,<br>sessualizzazione,<br>acting out       |
| Disturbi<br>dissociativi | Autoipnosi,<br>traumi infantili<br>gravi | Riconoscere/negare<br>il trauma | Paura e rabbia            | Sono piccolo,<br>debole e<br>vulnerabile a<br>traumi ricorrenti | Gli altri mi<br>traumatizzano,<br>mi sfruttano o<br>mi salvano                | Dissociazione   |

Fonte: PDM, 2006

Allargando la prospettiva, interessante ci sembrano le teorizzazioni che definiscono i disturbi di personalità come espressioni estreme di certi tratti di personalità associati concettualmente alle otto emozioni primarie o basilari. Altre caratteristiche e *pattern* di funzionamento, naturalmente definiscono le diagnosi di un disturbo di personalità – non basta la dominanza di un affetto dirompente – ma estreme modalità di disregolazione e non modulazione affettiva ne costituiscono gli elementi e i tratti basilari.

Un esempio. L'emozione paura, normalmente, identifica uno stato altamente adattativo che ha la funzione di proteggere l'individuo di fronte al pericolo con le reazioni di attacco o fuga. Quando però gli stati di paura diventano persistenti, questi stati affettivi diventano tratti di personalità stabili che possono essere descritti con gli aggettivi di pauroso, schivo, timido, evitante, sottomesso. Queste etichette non implicano di per sé una condizione di anormalità, ma fanno parte del più ampio spettro di quelle caratteristiche di personalità che se diventano estreme e dominanti del funzionamento possono diventare criteri diagnostici che denotano disturbi veri e propri – nell'esempio dello spettro dipendente, evitante, passivo. Lo stesso ragionamento può essere applicato a tutte le otto emozioni basilari.

Tab. 9 – Ipotesi dell'associazione tra stati affettivi, tratti di personalità e diagnosi di disturbo di personalità

| Stati affettivi | Tratti di personalità                     | Disturbi di personalità   |
|-----------------|---|---------------------------|
| Paura           | Pauroso, timido, nervoso                  | Dipendente, evitante      |
| Rabbia          | Litigioso, scontroso, critico, sarcastico | Antisociale, narcisistico |
| Tristezza       | Malinconico, apatico, solitario           | Distimia                  |
| Gioia           | Socievole, generoso, empatico             | Ipomania, mania           |
| Disgusto        | Ostile, sprezzante, ribelle, critico      | Paranoia                  |
| Accettazione    | Fiducioso, tollerante, contento           | Isteria                   |
| Speranza        | Curioso, corretto, meticoloso             | Ossessivo-compulsivo      |
| Sorpresa        | Indeciso, impulsivo                       | Borderline                |

Fonte: Plutchik, 2004

Fatte queste premesse e a partire dal problema della comorbidità (Sass, 1994; Labouvie, miller, Langerbucher, Morgenstern, 1997; Marshall, 1996; Plutchik, Van Praag, 1998), si può ipotizzare che i disturbi di personalità abbiano una struttura circomplessa<sup>11</sup> che combina tratti di personalità ed emozioni (Plutchick, Conte, 1997; Carson, 1996).

Fig. 6 – Emozioni e disturbi di personalità: il modello circomplesso



Fonte: Plutchik, 2004

Andando oltre i limiti specifici e la parzialità di ciascuna di queste proposte, la sovragegeneralizzazione che si può trarre ha a che vedere con il fatto che la complessa natura dei processi emotivi e della vita affettiva influenza e determina uno sviluppo sano piuttosto che patologico e sicuramente costituisce la base della personalità.

<sup>11</sup> Un ordine che prevede una circolarità di elementi che tutti insieme e mutualmente esprimono determinati tipi di relazioni causali. Questo concetto include quello di similarità tra costrutti affini e al contrario di polarizzazione tra costrutti che contrastano e sono mutualmente escludentisi nella misura in cui rappresentano uno il negativo e l'altro il positivo di una manifestazione.

## **IL COSTRUTTO: LA SINTONIZZAZIONE AFFETTIVA**

### **1. FIRST THINGS FIRST: LE DEFINIZIONI**

Rispetto a quanto detto, è evidente come il principale problema sottostante gli sforzi teorici nello studio dei processi emotivi si incentra sui problemi di definizione e sui criteri distintivi delle emozioni. I dati inerenti le cause, le conseguenze, i correlati e quindi la validazione delle prospettive sono grandemente influenzati dal modo in cui viene definita l'emozione e la regolazione/disregolazione affettiva e soprattutto da quali sono considerati essere i segni espressivi di questi concetti. Se nel campo dello sviluppo emozionale precoce, il problema dei criteri definitivi dell'emozione è particolarmente controverso a causa dell'impossibilità di usare il resoconto verbale per corroborare altri indici dell'emozione, nel campo che studia i processi emotivi in età adulta si pone il problema di riuscire a trovare degli indicatori in grado di cogliere sia la dimensione verbale sia quella non verbale. Riuscire a costruire ricerche così complesse ed esaustive non sempre è possibile perché, per esempio, l'analisi degli indicatori non verbali – quali possono essere le espressioni facciali, la postura, la mimica, il tono e il ritmo di voce – implica l'utilizzo di strumenti 'complessi e costosi' per la rilevazione dei dati di base. Più spesso, nelle ricerche con adulti – e a maggior ragione con adulti 'clinici' – si decide di circoscrivere il campo di indagine a un aspetto iper-specifico del complesso concetto di emozione, attraverso la scelta di un costrutto ponte che renda misurabile una o alcune delle variabili implicate nel fenomeno. La domanda che anche noi ci siamo posti allora è: come fare a studiare i processi emotivi nella clinica degli adulti? Quali criteri di definizione dell'emozione possiamo usare per spiegarla teoricamente e misurarla empiricamente?

Dato il contesto particolare che vogliamo studiare, e cioè l'incontro diagnostico clinico-paziente nei termini di qualità di azioni emotive, se ci richiamiamo al contesto teorico presentato per cui gli schemi dell'emozione diventano manifesti nella dimensione relazionale e in quella comunicazionale, ci sembra che un buon 'costrutto ponte' – in grado di rilevare gli aspetti comunicativi emozionali\relazionali e di misurare la capacità dei due interlocutori di tradurre in parole emozioni, sensazioni, sentimenti e pensieri – sia quello di sintonizzazione affettiva.

Definiamo sintonizzazione emotiva la qualità del contatto affettivo clinico-paziente, cioè la capacità di condividere le esperienze emozionali, comprendere, sentire insieme e risuonare con l'esperienza soggettiva del paziente, e la capacità del clinico di comprendere gli stati mentali del paziente. Attraverso la rilevazione di questa variabile dovrebbe essere possibile cogliere gli schemi dell'emozione primari e i processi riflessivi secondari sottesi all'organizzazione di personalità del paziente. Laddove per schema emotivo intendiamo l'insieme di strutture organizzative fondamentali che comprendono i processi organizzativi e integrativi che giocano un ruolo nella costruzione del sé e della coscienza. Gli schemi emotivi coordinano le attività della mente e sono il riflesso delle esperienze primarie passate del soggetto, in particolare della qualità delle cure e del clima primario che ne hanno caratterizzato l'infanzia. L'epifenomeno di questi schemi primari è evidente nella qualità delle narrazioni (coerenti\non coerenti) e nella capacità del paziente di stare in relazione con e sintonizzarsi emotivamente all'interno dei diversi contesti relazionali, e in particolare in quello clinico\diagnostico (capacità\incapacità di pensare gli eventi della propria vita rispetto a come fanno sentire e quello che provocano). A partire da queste riflessioni, allora, quello che ci proponiamo di fare è proprio scomporre empiricamente questo incontro affettivo\relazionale per trovare le radici degli schemi emotivi primari del soggetto e utilizzare la qualità della sintonizzazione affettiva clinico-paziente come l'indicatore e il gradiente delle emozioni. Per farlo non dobbiamo fare altro che declinare le precedenti teorizzazioni sulla sintonizzazione all'interno di una teoria intersoggettiva della comunicazione adulta e dell'interazione clinica.



## 1a. UNA TEORIA DELLA COMUNICAZIONE E DELL'INTERAZIONE CLINICO-PAZIENTE

Questa teoria della comunicazione e dell'interazione segna la demarcazione tra un passato modello mono-personale e un 'nuovo' modello bi-personale che sposta l'attenzione dai fenomeni del *transfert* e *controtransfert* e dai fenomeni intrapsichici a quelli intersoggettivi, delineando l'approccio relazionale secondo cui l'individuo emerge attraverso la trama delle sue relazioni interpersonali. La comunicazione diventa allora un processo interattivo continuo e il concetto di processo non viene più considerato solo in relazione alle libere associazioni – elaborazione verbale esplicita – ma vengono considerate anche le variazioni non verbali – volto, voce, postura – che richiedono una forma di elaborazione implicita. Tali cambiamenti multilivello si verificano continuamente e diventano l'unità minima all'interno di unità più estese, le verbalizzazioni discrete. Dalla psicologia bipersonale che definisce un'interazione organizzata dalla coordinazione o influenza bi-direzionale<sup>12</sup>, consegue una revisione dei modelli patogenetico e di azione terapeutica originari. L'intersoggettivismo introduce in ambito clinico il concetto di sistema dinamico, diadico e intersoggettivo, che permette di superare lo storico conflitto tra concezioni intrapsichiche e interpersonali della clinica stessa. La lettura sistemica dei processi psicologici, infatti, mette in evidenza sia il mondo dell'esperienza interna individuale sia la relazione di quest'ultimo con gli altri mondi soggettivi, in un flusso continuo di influenza comunicazionale reciproca.

Uno dei primi rappresentanti e artefice di questa svolta relazionale è Sullivan (1948): la sua concezione interpersonale e della personalità costituisce il punto di partenza delle odierne teorie intersoggettive perché, individuando nelle dimensioni sociali e culturali le caratteristiche distintive dell'essere umano, ha avviato una revisione radicale dell'approccio classico alla comunicazione clinica. Egli definisce la psichiatria come scienza delle relazioni interpersonali e assume come unità di analisi dei fenomeni psichici l'interazione fra individui, in particolare

la configurazione dei processi che caratterizzano l'interazione di alcune personalità in date situazioni ricorrenti o campi, che includono l'osservatore. (Sullivan, 1940, pag. 285)

Afferma che l'individuo esiste, in senso psicologico, solo all'interno di relazioni interpersonali, culturalmente connotate, e che lo scambio clinico può essere inteso come graduale acquisizione/risanamento delle caratteristiche proprie dell'essere umano in uno specifico contesto interpersonale. Oggetto di studio diventano i processi e i loro mutamenti, che non avvengono né nel processo né nell'osservatore, ma nella situazione che si crea tra i due (Sullivan, 1953). Sullivan tuttavia non arriva a sviluppare tutte le potenziali implicazioni delle sue ipotesi sul piano della relazione terapeutica e si limita ad assegnare al clinico la funzione di 'osservatore partecipe', trascurando l'impatto della sua soggettività sulla relazione analitica.

Questa teoria è stata alla base di alcune fondamentali innovazioni, tra cui: la sostituzione del classico modello di psicoanalista come osservatore senza memoria né desideri (l'analista esterno) a favore di un analista che partecipa a un'esperienza condivisa (l'analista interno); la sostituzione della nozione di verità oggettiva con quella di soggettività, del concetto di intrapsichico con quello di intersoggettivo; il passaggio dalla focalizzazione sulle interpretazioni di contenuto all'osservazione del processo, e infine la sostituzione del concetto di *controtransfert* definito in termini di sentimenti con quello di *cotransfert* inteso come attualizzazione dei modelli relazionali (Fonagy, 2001). Questa idea di partecipazione reciproca nel *transfert* è diventata oggi parte integrante della cultura psicoanalitica: lo psicoanalista ideale non è più un osservatore neutrale, ma è diventato una figura che accompagna il paziente nella costante negoziazione del rapporto tra verità e realtà attraverso lo scambio e l'elaborazione comune dei significati. Infatti il campo relazionale include soggettività, individualità e intersoggettività: l'uomo raggiunge la propria individualità e valorizza la propria esperienza come unica, significativa e personale attraverso la relazione (Mitchell, Black, 1995).

---

<sup>12</sup> Coordinazione o influenza bidirezionale è un concetto che non implica né causalità né reciprocità, ma si riferisce alla probabilità che il comportamento di ciascuno dei partner sia previsto in base a quello dell'altro.

La psicoanalisi interpersonale di Sullivan ispira il modello relazionale, al cui interno sono presenti diverse correnti di pensiero comunque accomunate da un approccio ai fenomeni psichici che include sia le relazioni interpersonali esterne sia quelle intrapsichiche, cioè quelle costituite attraverso la sedimentazione di ripetute esperienze con le figure significative, considerandole complementari. La relazione analitica viene intesa come processo bi-personale in cui, all'interno della diade, anche la soggettività del terapeuta occupa un ruolo di primo piano. La teoria intersoggettiva elaborata da Stolorow e Atwood (1992) si sviluppa a partire da quella relazionale e concettualizza i fenomeni psichici come prodotti formati dall'incontro di soggettività in interazione, che vengono esplorati entro il campo intersoggettivo di mutua influenza, in cui prendono forma.

Le teorie citate sono riprese e integrate nel modello intersoggettivo, che considera l'incontro clinico un'esperienza emotiva intensa e la comunicazione che si svolge al suo interno come un processo continuo di co-costruzione interattiva di significati, riconducibile a un dialogo intersoggettivo inconscio tra paziente e clinico. Il trattamento, di conseguenza, è concettualizzato come processo interattivo continuamente co-costruito che vede alternarsi, in un rapporto figura-sfondo, i temi narrativi dinamici e un continuo processo di negoziazione della relazione (Beebe, Lachmann, 2002). Se ci sono differenze fra i vari modi in cui il termine di intersoggettività viene usato, è possibile delineare un comune denominatore fra le diverse teorizzazioni cliniche in alcune idee di base: l'idea che il processo comunicativo si costruisce a partire dalle reazioni reciproche fra i due partecipanti alla relazione, l'idea che non è possibile comprendere la mente al di fuori della matrice relazionale (Greenberg, 1996), l'idea che i dati clinici sono i prodotti dell'interazione fra due *partner*, e l'idea che il clinico ha accesso alla psicologia del paziente attraverso la propria soggettività. Ne consegue che ogni terapia, ogni colloquio, è una storia unica, connotata dalle caratteristiche sia del paziente sia del clinico: a essere unico nell'espressione della propria soggettività non è solo il paziente, ma anche il clinico. La sua funzione analizzante, per quanto esercitata in modo anonimo, distaccato e neutrale, è irriducibilmente caratterizzata da elementi appartenenti alla sua affettività, espressività, mentalità e cultura: in una parola, alla sua storia. Questi aspetti non solo fanno parte del modo in cui egli ascolta e comprende il paziente, ma anche del modo in cui gli trasmette, con l'interpretazione e con le altre tecniche della domanda e dell'intervento, la sua comprensione della vita (Stern, 1998). L'interpretazione, dice Aron (1996), è l'espressione personale e soggettiva che il clinico ha del paziente: nell'interpretazione il clinico, in quanto partecipante con la propria soggettività, si rivela al paziente. Perciò essa è un atto interpersonale. E il paziente, per quanto si trovi a parlare con una persona che per molti aspetti tiene celata la sua individualità, ha delle percezioni riguardo a essa, percezioni che in vario modo influenzano il suo modo di porsi e di relazionarsi. Il fatto che la loro relazione si svolga secondo regole costanti, ovvero all'interno di una trama relazionale organizzata in un rituale (Hoffman, 1998), istituisce un *setting* che apparentemente esclude la dimensione interattiva dalla stanza d'analisi, ma in realtà serve solo a limitarla e a regolarla. La dimensione interattiva del processo terapeutico/clinico infatti non viene e non può venire abolita. Si tratta di individuarla all'interno dei peculiari canali di comunicazione che sono permessi dalle regole del *setting* specifico (Ponsi, Filippini, 1996).

Questo punto di vista intersoggettivo della comunicazione non vuole eliminare il tradizionale *focus* della psicoanalisi sull'intrapsichico, ma lo contestualizza: il mondo intrapsichico, per come si forma e si evolve all'interno di una rete strettamente connessa di sistemi viventi, è profondamente dipendente dal contesto, costituito da un campo di influenza mutua e reciproca in continua evoluzione (Orange, Atwood, Stolorow, 1997). Di conseguenza anche gli stati psicopatologici, le dimensioni multiple del *transfert*, il confine tra conscio e inconscio, sono tutte proprietà di sistemi intersoggettivi dinamici, diadici, continuativi. E se lo scambio reciproco tra i due soggetti in interazione è inevitabile, ne consegue la necessità di tenerlo sempre in considerazione, controllandolo e usandolo come strumento clinico (terapeutico o diagnostico).

Anche il ruolo delle difese, che nell'approccio classico sono prese in considerazione in un'ottica prevalentemente negativa, viene riletto alla luce di una prospettiva di una comunicazione intersoggettiva tra menti. Nella storia del

paziente le difese hanno svolto una funzione adattiva e il loro riconoscimento fa parte della validazione della sua esperienza soggettiva. Validazione che rappresenta un punto di partenza indispensabile per esplorare e interagire con il sé autentico del paziente

una teoria in cui il soggetto individuale non regna più assoluto e deve confrontarsi con la difficoltà che ciascun soggetto incontra nel riconoscere l'altro come un centro equivalente di importanza. (Benjamin, 1988, pag. 28)

e quindi deve centrarsi sul riconoscimento e sulla mutua regolazione nella situazione diadica con il clinico. La visione intersoggettiva della comunicazione postula il superamento dei miti della 'mente isolata' come della psicologia bi-personale e della prospettiva privilegiata dell'analista sulla realtà e sul significato dell'esperienza del paziente: l'unica verità o realtà cui la psicoanalisi fornisce accesso privilegiato è l'organizzazione soggettiva dell'esperienza emotiva compresa in un contesto intersoggettivo (Amadei, 2005), perché

*truth is dialogic, crystallizing from the inescapable interplay by observer and observed.* (Orange, 1997, pag. 17)

Le ricerche evolutive, inoltre, collegano la formazione della struttura difensiva intrapsichica alle risposte comportamentali e affettive dei *caregivers*: le reazioni connesse all'espressione di affetti negativi da parte del bambino, se inadeguate, possono generare distorsioni e omissioni che risulteranno evidenti nelle strategie relazionali attuate implicitamente. Secondo questa visione costruttivista, allora, le difese si modellano sulla struttura degli scambi relazionali con gli altri significativi e l'eventuale esclusione degli affetti negativi dall'interazione ne impedisce un'elaborazione integrata nel corso dello sviluppo, precludendo anche la comprensione degli affetti e dei comportamenti a essi associati. Nel funzionamento adattivo, invece, la comprensione dei diversi aspetti correlati alle emozioni negative è resa possibile dal *caregiver* attraverso l'equilibrata accettazione e l'inclusione nella verbalizzazione delle stesse. Le difese emergono in ogni forma di interazione, perché costituiscono un aspetto delle conoscenze relazionali implicite e sono parte integrante delle strutture dialogiche bi-personali internalizzate.

In sintesi, per quanto concerne l'ambito clinico, la specificità del modello comunicativo intersoggettivo consiste nel concepire la relazione clinica come rapporto di costante e reciproca influenza bi-direzionale, co-costruito dai due attori, che occupano ruoli distinti ma ugualmente attivi. Il dialogo clinico è considerato un tentativo comunicativo di due soggetti, clinico e paziente, che cercano di comprendere l'organizzazione dell'esperienza emotiva del paziente, costruendo insieme il senso della loro esperienza configurata in modo intersoggettivo (Orange, 1995). Il campo intersoggettivo costituisce un'opportunità evolutiva per il paziente, grazie alla mutua creazione di un ambiente emotivo nuovo, costituito dallo scambio reciproco di *transfert* e *controtransfert* e dalle attività organizzatrici proprie del paziente e del clinico all'interno del *setting*; non è il clinico a entrare e immergersi nell'esperienza dell'altro, ma sono i due attori a unirsi nello spazio intersoggettivo. Passato e presente sono sempre coinvolti, almeno implicitamente, in questo dialogo, e ne influenzano l'andamento. E poiché ogni trattamento include un terapeuta con un certo punto di vista, in ogni coppia analitica e all'interno dei diversi tipi di pratica, si svilupperanno tipi diversi di campi intersoggettivi. Per quanto concerne la diagnosi, infine, questo modello si propone di superare la visione statica del disturbo psicopatologico come caratteristica riguardante esclusivamente l'individuo, insieme all'idea che sia individuabile un collegamento diretto e causale tra patologia adulta e sviluppo infantile, perché considera che queste concezioni siano limiti di impostazione teorica contrastanti con la realtà clinica e con le attuali conoscenze relative allo sviluppo infantile.

## 1b. LA SINTONIZZAZIONE AFFETTIVA NEL CONTESTO INTERAZIONALE

Nel contesto clinico, e in particolare nella fase di valutazione, allora, la regolazione affettiva interpersonale si sviluppa attraverso la comunicazione emotiva tra gli attori, con l'integrazione degli schemi emotivi del clinico e del paziente. Gli schemi emotivi del paziente si attivano durante la verbalizzazione della propria esperienza emotiva, o anche quando, al contrario, egli evita attivamente questo argomento, mentre quelli del clinico si attivano attraverso gli interventi e l'attenta partecipazione alle narrazioni del paziente. Applicando la prospettiva intersoggettiva alla concettualizzazione e operativizzazione del processo di regolazione emotiva, possiamo considerare la relazione clinico-paziente come un contesto che permette la comprensione e la condivisione di stati d'animo, grazie alla co-creazione di una sintonizzazione emotiva transmodale che coinvolge parole, sentimenti e comportamenti. Sintonizzazione che trae origine dall'attuazione e dalla rappresentazione degli schemi emotivi individuali attraverso la co-costruzione di significati condivisi. Le aspettative e le risposte comportamentali del paziente, contenute negli schemi emotivi, vengono attuate all'interno della relazione col clinico, e così quelle del clinico, anche se in maniera diversa e 'filtrata'.

Le esperienze relazionali del paziente, codificate a livello implicito, sono procedure emotive (Clyman, 1991) che possono essere esplorate e modificate attraverso diversi livelli dell'azione clinica: il primo costituito dall'interpretazione e dall'*insight*, il secondo dall'esperienza relazionale vissuta con il clinico, che non è necessariamente mediata dall'interpretazione e dal linguaggio, ma che è in grado di indurre nel paziente un senso di fiducia generato dalla disponibilità emotiva offerta dal clinico stesso. Va ricordato che la stessa attività interpretativa, il cui correlato soggettivo nel paziente appare legato al sentirsi capito, può avere un impatto trasformativo sulle modalità relazionali oltre che simboliche, impatto che appare raggiunto attraverso processi di regolazione e di coordinamento di stati affettivi, oltre che di *insight*. Infatti il termine 'azione terapeutica' è sempre più utilizzato per indicare componenti di regolazione e componenti relazionali insite nel processo clinico, che appaiono sempre più centrali in tale lavoro a fianco di quelle che riorganizzano la conoscenza dichiarativa, connesse all'interpretazione.

A tal proposito, Tronick (1998) introduce il modello di regolazione reciproca e dell'espansione degli stati di coscienza e lo utilizza per comprendere la relazione che intercorre tra paziente e terapeuta e i processi di cambiamento innescati da tale relazione. L'autore sottolinea come un aspetto centrale del lavoro clinico risieda nelle modalità di comunicazione affettiva che regolano la comunicazione terapeutica, producendo stati affettivi coordinati, rotture della comunicazione e nuove sintonizzazioni affettive. Quando si delinea un nuovo coordinamento di stati affettivi tra paziente e clinico, spesso dopo interazioni confuse e non lineari, si determina il raggiungimento, da parte dei membri della diade, di un'espansione diadica degli stati di coscienza in grado di modificare il sapere relazionale implicito, relativo a specifiche modalità di 'essere con'. La relazione clinica, in questa prospettiva, non agisce solo attraverso efficaci interpretazioni relative all'assetto mentale del paziente e delle sue relazioni oggettuali attuate attraverso l'uso del linguaggio e della memoria dichiarativa, ma anche tramite espansioni dei suoi stati di coscienza derivate dal processo di coordinamento-rottura-riparazione degli stati affettivi intercorrenti tra paziente e clinico. In questo modo, la relazione paziente-clinico può produrre una trasformazione del sistema di memoria implicito legato alle esperienze pre-verbali relazionali e di regolazione del paziente.

Considerando, quindi, gli aspetti dell'interazione connessi con i processi di attribuzione di significato, è possibile osservare come la connessione con l'altro che ogni individuo ricerca fin dalla nascita, a partire dalla relazione con il *caregiver*, sia motivata dalla tendenza a co-creare significati condivisi che permettono di dare senso e complessità al suo senso soggettivo di essere nel mondo. Tale creazione può avvenire a livello di significati impliciti, relativi all'esperienza di tipo procedurale, oppure a livello più esplicito e consapevole. In entrambi i casi produce un aumento di complessità degli stati di coscienza nel soggetto, attraverso la connessione con l'altro. Secondo questa prospettiva, il lavoro clinico procede in maniera per certi aspetti analoga al processo di sviluppo, attraverso la creazione di

significati a diversi livelli: dalle narrazioni e interpretazioni alle sintonizzazioni affettive, a nuovi e concreti modi di 'essere con' che il paziente matura con l'altro. Percorsi di cambiamento paralleli in ognuno di questi ambiti conducono alla modifica di quel sapere relazionale implicito che, costituitosi precocemente, continua a guidare l'esperienza relazionale del soggetto per tutta la vita, in alcuni casi costringendolo a ripetere modalità di interazione non adattive.

Questa prospettiva del regolamento reciproco all'interno della relazione tra clinico e paziente offre una visione unitaria dei diversi livelli implicati nel lavoro clinico, che tiene conto sia delle acquisizioni della ricerca evolutiva sia della specificità della psicoanalisi e psicologia dinamica.

## 2. IL PASSAGGIO DA CONCETTO A COSTRUTTO

Detto questo, come possiamo far diventare il nostro concetto teorico un costrutto misurabile con una ricerca empirica? Quali sono le parti costitutive in cui possiamo scomporre il costrutto della sintonizzazione affettiva per poterlo studiare scientificamente? Se partiamo dal presupposto che le interazioni, positive e aversive, vengono coordinate in modo bi-direzionale, facciamo nostro il concetto statico di probabilità che il comportamento di ciascuno dei *partner* possa essere previsto in base a quello degli altri e che ogni membro sia in grado di percepire se il comportamento altrui è correlato nel tempo – o coordinato – rispetto al proprio. Questo concetto di coordinazione bi-direzionale denota una particolare accezione del termine co-costruzione e sintonizzazione. L'applicazione di questo modello alla pratica clinica richiede di approfondire sia il modo in cui il paziente influenza il clinico e ne è influenzato, sia il modo in cui il clinico influenza il paziente e ne è influenzato. Questi quattro vettori dell'esperienza (due per ogni *partner*) occorre prenderli in considerazione tutti, se si vuole costruire un disegno di ricerca sufficientemente esplicativo – il fondamento teorico è l'assunto chiave di Sander (1995) per cui i processi interni e il sé vengono organizzati sia dall'autoregolazione sia dalla regolazione interattiva e l'esperienza soggettiva di ciascun *partner* è un processo emergente influenzato continuamente dall'interazione e dalla regolazione individuale (prospettiva interattiva della mente per cui il comportamento è al tempo stesso comunicativo e autoregolatorio, Tronick, 1989).

La declinazione del modello sistemico nella clinica degli adulti (Beebe, Lachmann, 2003) diventa allora il punto di partenza per trovare gli indicatori misurabili entro cui scomporre il costrutto sintonizzazione affettiva per renderlo misurabile. La regolazione emotiva è stata concettualizzata come capacità di gestire l'esperienza emotiva, o come capacità di regolare le emozioni in conformità con l'aspettativa del contesto sociale. Le emozioni costituiscono i processi fondamentali attraverso cui la mente attribuisce valore e significato agli eventi interni ed esterni (Sroufe, 1995) e sono al centro delle dinamiche individuali e interpersonali attraverso cui si costituisce l'esperienza soggettiva del senso di sé. Pertanto la regolazione delle emozioni rappresenta un processo centrale nell'organizzazione della mente. Nel contesto della relazione clinico-paziente, il processo di regolazione emotiva è connesso alla qualità del contatto emotivo che caratterizza l'interazione e alla capacità degli attori di condividere ed elaborare attraverso il linguaggio le esperienze emotive soggettive. In quest'ottica, è possibile declinare la regolazione emotiva in due dimensioni: la capacità del paziente di auto ed etero regolarsi, e la capacità del clinico di regolare le proprie emozioni e comprendere gli stati mentali del paziente. Nella relazione clinica, quindi, la regolazione affettiva è un processo bi-fasico (Stern, 1997) di riconoscimento e sintonizzazione.

In particolare possiamo individuare tre variabili intervenienti costantemente interagenti:

- la variabile paziente, che in relazione alla qualità e tipologia specifica del suo disturbo, nonché al grado di maturità e livello evolutivo del sé raggiunto influenza e determina la comunicazione (in termini di capacità\incapacità di autoregolazione)
- la variabile clinico, che porta nella relazione il suo bagaglio di competenze tecniche e la dimensione affettiva\di personalità che gli è propria (di cui dovrebbe essere consapevole e che dovrebbe essere in grado di gestire)
- e la variabile più interessante che è l'aspetto relazionale caratterizzato da reciprocità e bi-direzionalità (significa che il flusso di risposte tra i *partner* scorre in entrambe le direzioni, vale a dire che il comportamento di ogni *partner* è contingente e influenzato da quello dell'altro).

Queste tre variabili si giocano su un duplice livello:

- esplicito\consapevole, che per il paziente coincide con il comportamento e le verbalizzazioni 'controllate', per il clinico con la tecnica dell'intervento e conduzione del colloquio in relazione agli obiettivi specifici e alla formazione professionale

- implicito\emotivo, che per il paziente coincide con la traduzione 'libera' delle emozioni in parole e comportamenti para-verbali, per il clinico con la comprensione della mente del paziente utilizzando la propria mente inconscia o non consapevole.

Ciascuno di questi due livelli può sconfinare nell'altro, cioè ciascun livello può essere tradotto nell'altro, ma non sempre coincidono e a volte il passaggio è bloccato (comunicazioni disturbate).

In un linguaggio empirico, questo cosa significa? Significa che il 'costrutto ponte' per rilevare la dimensione implicita è quello della sintonizzazione affettiva studiata dal punto di vista del funzionamento del paziente – autoregolazione – e del clinico – eteroregolazione – in un'ottica interpersonale\relazionale, cioè di come clinico e paziente si muovono insieme. Il 'costrutto ponte' per rilevare la dimensione esplicita è l'analisi delle narrative<sup>13</sup> e in particolare delle tecniche della domanda del clinico, cioè la modalità verbale che permette al clinico di trovare l'organizzatore psicopatologico affettivo o emozione primaria di fondo attorno a cui si struttura la patologia.

Nello specifico questo studio si propone di analizzare i colloqui del processo diagnostico con due principali obiettivi: studiare il processo di regolazione emotiva tra clinico e paziente, attraverso il confronto dell'andamento della loro capacità di tradurre le emozioni in parole nel corso dei colloqui, e indagare il modo in cui le tecniche di intervento scelte dal clinico per condurre il colloquio influiscono sulle tipologie di risposta del paziente e sulle capacità di quest'ultimo di connettere fatti, emozioni e significati. Il fine ultimo consiste nella descrizione del processo di regolazione interattiva che si svolge nel contesto diagnostico, a partire dagli effetti prodotti dagli interventi del clinico sulla capacità del paziente di creare connessioni tra i suoi stati di attivazione psicologica e viscerale da una parte, e il relativo significato simbolico dall'altra. Più specificatamente, si intende mettere in luce la capacità del clinico di attivare processi di simbolizzazione che sottendono un controllo volontario e la comunicazione verbale delle emozioni e al contempo valutare quanto il paziente sia in grado di esplorare lo stato della propria mente se guidato dalla competenza e dalla tecnica del clinico.

In questo modo riteniamo che, a partire dall'analisi del linguaggio e del modo in cui gli attori si coordinano, sia dal punto di vista formale verbale sia da quello implicito-emotivo, sia possibile trarre deduzioni rilevanti e informative rispetto ai processi di elaborazione del significato emotivo, sia del paziente sia del clinico, nello stesso modo in cui il clinico, grazie alla propria tecnica ed esperienza, può fare inferenze sull'esperienza interna del paziente a partire dal suo linguaggio e dal suo comportamento.

---

<sup>13</sup> Punto di partenza l'assunto di base che il linguaggio veicola le emozioni e gli stati della mente, inclusi i pensieri inconsci e gli schemi procedurali, individua nelle narrative la via attraverso cui accedere all'esperienza e alla regolazione emotiva. La narrazione infatti rappresenta un'affidabile mappatura del mondo interno del soggetto, e lo studio delle funzioni integrative ad essa sottese attraverso l'analisi degli scambi verbali che intercorrono tra paziente e clinico, permette di evidenziare gli aspetti peculiari della personalità del paziente e le caratteristiche dell'interazione comunicativa.

SECONDA SEZIONE: ANATOMIA DEI PROCESSI EMOTIVI E DI SINTONIZZAZIONE  
AFFETTIVA

Et pourtant c'était lui le frère de feintise  
qui clochard revenant jetait ses oripeaux  
d'une étrusque inscription la pierre était incise  
lorsque vient le pompier avec ses grandes eaux



Le teorie e le definizioni proposte nella prima sezione non sono altro se non un tentativo che ambisce a essere 'originale e critico' – e non sa fino a che punto riesce nell'intento – per 'combinare' una serie di concetti e costrutti niente affatto originali – da qui 'Radici'. Lo sviluppo della teoria dei processi emotivi e della sintonizzazione affettiva proposta, infatti, non procede da uno spazio vuoto, ma da una struttura pre-esistente con una sua propria identità. Il quadro che ne risulta, se ha il carattere dell'originalità, l'ha nella misura in cui crea un *puzzle* dall'immagine raffigurativa globale nuova, ma è costruito 'combinando e riciclando' pezzi che, chi più chi meno, hanno fondato la tradizione psicologica. In questa seconda sezione, a partire da una 'ricostruzione' o piuttosto 'sezionatura' – come farebbe il medico legale nel ricostruire l'Anatomia del corpo con la sua autopsia – delle teorie della mente e dei modelli teorici dell'emozione, dobbiamo richiamare e riconoscere le riflessioni cliniche che ci hanno permesso di ricostruire questo progetto di ricerca per poterne capire pregi e limiti. Le evidenze che ci hanno guidato in questo percorso sono desunte: (A) da una riflessione a partire da quello che succede nella clinica quotidiana con i pazienti (Lang, Del Corno, Orefice e tutti i clinici e gli psicoterapeuti A.R.P.) – sporcandosi le mani con loro e (B) da una rassegna critica della letteratura specializzata e dallo studio di alcuni dei principali filoni di ricerca pubblicati sul tema (essendo il nostro un intendo empirico, ci serviva partire da quello che è già stato fatto da altri per cercare di non commettere gli stessi errori). La nostra scelta è quella di partire con una piccola – e per nulla esaustiva – rassegna generale del tema dei processi emotivi nella clinica, per poi stringere il 'collo dell'imbuto' (Parolin, 4 anni) e ridurre la nostra prospettiva e il nostro vertice osservativo alla sola presentazione di come le tematiche teoriche si sono poi tradotte nella pratica clinica e hanno modificato l'approccio tecnico al colloquio.

## **EVIDENZE TEORICHE**

### 1. IL MODELLO DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA DEL DOPPIO PROCESSAMENTO (COLLECTIVE-INTERPERSONAL PROCESSES VERSUS PERSONAL-INDIVIDUAL PROCESSES)

Poiché le emozioni rappresentano lo *'wisdom of the ages'* (Lazarus, 1991, pag. 820) e sono processi multicomponenziali sovraordinati nello spazio e nel tempo, la regolazione delle emozioni – che è l'insieme dei processi attraverso i quali noi influenziamo quali emozioni avere, quando averle, come le esperiamo e come le esprimiamo (Gross, 1998) – prevede cambiamenti 'dinamici' (Thompson, 1990) consci e inconsci nei livelli di latenza, consonanza temporale, forza (*magnitude*), durata, *pattern* comportamentali, manifestazioni fisiologiche. Vogliamo presentare questo modello della regolazione emotiva teorizzato da Gross (1998, 2001) perché ci sembra importante definire la modalità con cui la mente organizza e gestisce le emozioni e definire una serie di strategie condivise che dovrebbero costituire, se funzionanti, l'assetto 'sano e normale' del funzionamento mentale. Scegliamo tra tanti proprio questo modello perché, nonostante i suoi limiti<sup>14</sup>, (A) è uno dei rari tentativi di integrazione tra teorie psicoanalitiche dei processi mentali inconsci e teorie cognitive che teorizzano il rapporto tra *stress* e *coping*, (B) permette una teorizzazione delle conseguenze di un sistema regolatorio in termini di conseguenze affettive, cognitive e sociali<sup>15</sup> e (C) rappresenta uno dei pochi 'traghetti' fondati teoricamente e almeno in parte empiricamente del fenomeno emotivo studiato in un'ottica autoregolatoria.

Tab. 1 – Un modello processuale della regolazione delle emozioni

| Sistemi emozionali di base | Comportamenti affettivi   | Emozioni emergenti primarie                 | Disturbi emozionali corrispondenti   | Reti neurali   | Neuro modulatori   |
|----------------------------|---|---|--|--|--|
| SEEKING                    | Comportamento aspecifico-motivazionale di attivazione e ricerca (arousal-seeking) e di esplorazione | Interesse, frustrazione, ricerca compulsiva | Ossessivo-compulsivo, schizofrenia paranoide, personalità tossicomaniacali | Dal nucleus accumbens alla VTA, output mesolimbici e mesocorticali, dall'ipotalamo laterale al PAG                   | Dopamina, acido glutammिनico, oppioidi, neurotensina, neuropeptidi |
| RAGE                       | Rabbia, collera (attacco affettivo)   | Collera, irritabilità, disprezzo, odio      | Aggressività, psicopatia, disturbi di personalità                          | Dall'amigdala mediale al nucleo del letto della BNST, dalle aree ventromediali e perifornicali dell'ipotalamo al PAG | Sostanza P, acetilcolina, acido glutammिनico                       |
| FEAR                       | Paura   | Ansia, preoccupazione, trauma psichico      | Disturbo d'ansia generalizzato, fobie, PTSD                                | Dall'amigdala centrale e laterale al PAG dorsale   | Acido glutammिनico, DBI. CRF, CCK, alfa-MSH, NPY                   |
| LUST                       | Sessualità, piacere   | Sentimenti erotici, gelosia                 | Feticismo, tossicomanie sessuali   | Amigdala cortico-mediale, BNST, ipotalamo pre-ottico e ventromediale, PAG  | Steroidi, vasopressina, ossitocina, LH-RH, CCK                     |

Fonte: Gross, 1998

<sup>14</sup> Uno tra tutti, lo scollamento delle evidenze cliniche.

<sup>15</sup> Integrando e studiando almeno teoricamente e in un funzionamento mentale la risultato del sistema regolatorio.

Al livello più basso possiamo distinguere tra strategie di regolazione emotiva (A) *antecedent-focused* che si riferiscono alle cose che si fanno prima che le tendenze responsive siano pienamente attivate e cambiano le manifestazioni comportamentali e le risposte fisiologiche, e (B) *response-focused* che si riferiscono alle cose che si fanno una volta che l'emozione è stata pienamente attivata e dopo che le risposte sono già state attivate. Questo macroprocesso può a sua volta essere scomposto in cinque strategie 'di secondo livello' (Gross, 1998):

- strategia della *situation selection* che si riferisce alla scelta del soggetto di entrare in interazione o al contrario evitare determinate persone, posti o cose, in relazione alla qualità dell'emozione, positiva o negativa, tipicamente associata a quella situazione (memoria emotiva a breve e lungo termine)

- *situation modification* permette, una volta selezionata una situazione, di scomporla e pensarla così da modificare il suo impatto emotivo. Questa strategia ha a che vedere con le strategie di *coping* focalizzate sul problema e permette, se funzionale, di focalizzare l'attenzione sul vissuto emotivo e ripensarlo razionalmente senza lasciarsene irrazionalmente sopraffare – permette per esempio di decidere se parlare o meno di un argomento che ingenera ansia e di vederlo in una luce più obiettiva

- *attentional deployment* permette di focalizzarsi e prestare attenzione solo ad alcuni dei diversi aspetti che compongono le situazioni (Nix, Watson, Pyszeynski, Greenberg, 1995). Questa strategia permette, per esempio, gli sforzi per concentrarsi intensamente su un argomento o compito o di venire a capo di un problema anche se implica un aspetto ruminativo ai problemi

- *cognitive change (reappraisal)* permette di scegliere quali significato, tra i tanti possibili, attribuire alla situazione su cui ci si è focalizzati. Questa strategia può ridurre la sensazione di *arousal* nella misura in cui di fronte al panico di un esame ci si autoconsola e calma dicendosi 'è solo un test' o può incrementare il *distress* nella misura in cui il significato che si attribuisce al test è quello di una valutazione che metterà in discussione il nostro valore come persona. L'attribuzione di significato, quindi, rappresenta l'elemento e il passaggio se vogliamo cruciale per la determinazione della qualità della regolazione emotiva

- *response modulation (suppression)* sono tutti i tentativi di influenzare le risposte emotive una volta che sono state elicitate a livello inconscio/non controllato.

Essendoci molti modi diversi in cui le persone possono regolare le emozioni, la domanda di interesse clinico dovrebbe focalizzarsi su quali sono le strategie che possono migliorare o peggiorare la regolazione e a quale livello il clinico può intervenire in un'ottica cognitiva insegnando al paziente a potenziare le strategie funzionali e a non utilizzare più quelle disfunzionali. Se questo modello teorico sembra chiaro e utile per scomporre le fasi di come avviene la regolazione emotiva, tuttavia ci sembra eccessivamente semplicistico nella misura in cui perde la complessità che caratterizza l'individuo considerandolo non più essere principalmente sociale e relazionale e non sottolineando – nonostante la pretesa di ispirazione psicodinamica – le modalità multiple di processamento delle informazioni cognitive ed emotive che prevedono sempre un livello di funzionamento conscio, inconscio e rappresentazionale (mediazione simbolica del linguaggio e del comportamento) – come vedremo successivamente.

## 2. IL PARADOSSO EMOTIVO

Se dunque la teoria dei processi emotivi prevede una doppia modalità di processamento delle informazioni mentali, la *self-regulation* e l'*interpersonal-regulation*, quello che è oggetto di interesse clinico/diagnostico sono entrambe le dimensioni. La prima componente ci sembra possa – o forse sarebbe più opportuno dire, deve – essere compresa e valutata dal clinico attraverso la mediazione di una serie di strumenti clinici che rimandano all'uso dei test – autosomministrati, test cognitivi, test narrativi e proiettivi, ... – che permettono di desumere informazioni più o meno mediate rispetto al funzionamento di personalità del paziente e che ci danno una fotografia del paziente in termini di competenze personali, blocchi/*deficit* evolutivi, funzionamento del sé e funzionamento del sé in relazione agli altri. Attraverso i colloqui ci sembra che possa invece maggiormente emergere una stessa fotografia – ma se vogliamo in negativo – del funzionamento del paziente, che ci presenta il suo sé per come emerge 'mediato' da una relazione del tutto particolare che trova i suoi principi guida nella capacità di condividere, conoscere, comprendere, empatizzare con, sentire, partecipare, risuonare con ed entrare nell'esperienza soggettiva di un'altra persona e nella propria attraverso una posizione emotiva mediata dal linguaggio. In questo senso, centrale diventa il ruolo di tutte le teorizzazioni che 'rivedono e rileggono' le concezioni psicoanalitiche classiche alla luce di concettualizzazioni che non possono più trascendere l'importanza di riconoscere che non esiste una realtà oggettiva del paziente che sia esterna alla matrice intersoggettiva dell'incontro. Il clinico non può essere oggettivo perché la realtà psichica del paziente non si trova nella mente del soggetto come fosse un oggetto e non è determinata solo intrapsichicamente dall'interazione tra le tendenze neurobiologiche e le sue esperienze precoci precedenti a quella analitica. Piuttosto il materiale che emerge in una seduta è necessariamente co-creato dall'unione delle soggettività del paziente e del clinico: la realtà psichica del paziente non è scoperta o anticipata, ma piuttosto determinata dal fenomeno interattivo e relazionale che prevale in un dato momento. La tendenza principale della mente non è più la scarica dell'energia e la ricerca del piacere – psicologia monopersonale – ma quella di stabilire relazioni oggettuali (Dunn, 1995) e il principio organizzatore è la vita emotiva, che

prende forma come la risposta automatica a una storia di risposte genitoriali alle esperienze emotive del bambino e diventa un compito evolutivo quando si cristallizza nella capacità di regolare le risposte comportamentali e le reazioni dolorose senza esperirle come traumatiche e soverchianti. Ma se si consente al dolore, alla solitudine, all'angoscia o al lutto primario di permanere troppo spesso e troppo a lungo, cristallizzandosi come risposta automatica al mondo, allora quell'affetto e quella miscela di affetti diventa il modo in cui il bambino si sente in ogni momento e il modo in cui l'adulto struttura la psicopatologia. (Stolorow, Atwood, 1992, pag. 224)

Tutte le persone, quindi, tentano continuamente di trovare il senso della loro vita emotiva in una relazionalità implicita o esplicita con gli altri – a partire dal rapporto con il *caregiver* fino ad arrivare al rapporto con tutti, amici, conoscenti, figure d'autorità, ... – e la situazione intersoggettiva diventa fin da subito 'la casa' dei processi emotivi (Spezzano, 1993) e il campo che organizza e dà significato attraverso modalità e forme che non sono puramente cognitive o rappresentazionali ma che implicano la mediazione di quella che può essere definita la 'memoria emotiva'<sup>16</sup>, un particolare modo di ricordare costituito da qualsiasi residuo del passato relazionale che riusciamo a sentire emotivamente ma che non sempre possiamo elaborare cognitivamente e consapevolmente<sup>17</sup>. La memoria emotiva include ogni forma o parte dell'esperienza che aggiri i processi cognitivi e porti con sé residui significativi dei mondi intersoggettivi del passato<sup>18</sup>. La memoria emotiva rimane incastonata nei principi organizzatori della persona

<sup>16</sup> Per creare il senso di noi stessi abbiamo bisogno di ricordare come siamo arrivati ad essere e ad agire in quel modo.

<sup>17</sup> Nella cura terapeutica, quindi ipotizziamo anche nella clinica diagnostica, è la memoria emotiva ciò a cui si cerca di dare un senso insieme.

<sup>18</sup> Si tratta di una 'memoria esistenziale' (Bollas, 1987), un 'ricordo non rappresentazionale' registrato a livello profondo nell'essere che costituisce la 'struttura dell'io': 'i bambini interiorizzano l'idioma reale di cura della madre, che è una rete complessa di regole per l'essere e il mettersi in rapporto' (Bollas, 1987, pag. 208).

le esperienze passate avranno un peso enorme nella costruzione delle esperienze soggettive del presente. (Stern, 1988, pag. 51)

mantenendo il suo potere finchè non viene rimpiazzata da una nuova esperienza relazionale sufficientemente nuova che a sua volta diventa memoria emotiva che è simbolizzabile e formulabile in parole

le parole non comunicano niente altro che un significato acquisito precedentemente. (Polanyi, 1958, pag. 92)

Prestate attenzione, teoricamente, alla memoria emotiva ha molti vantaggi dal punto di vista clinico. Il primo vantaggio è considerare in modo positivo l'esperienza del paziente: il clinico può cioè occuparsi di ciò che il paziente conosce e cominciare a esplorare le molte forme di questa conoscenza attraverso l'analisi dei 'derivati narrativi' (Bion, 1983; Ferro, 1995). Un effetto collaterale di questa attenzione è che il paziente inizia a provare meno vergogna per i suoi sentimenti e bisogni e sperimenta un ambiente sufficientemente sicuro per avere la fiducia di parlare di sé. Comprendere i processi emotivi, attraverso l'introspezione e la comprensione emotiva, mitiga gli effetti della storia narrata secondo i significati emotivi disfunzionali rendendoli lentamente gestibili e tollerabili. Sembra che un elemento specifico in grado di guarire sia proprio l'esperienza relazionale di un attaccamento sicuro e la mutua reciproca ricerca di comprensione profonda. Esperienze di questo tipo creano nuovi ricordi emotivi, una nuova tradizione, una nuova narrativa (Stern, 1991) e quindi nuove possibilità.

### 3. MODELLI DI ISPIRAZIONE PSICOANALITICA E INTERSOGGETTIVA IN PSICOTERAPIA DINAMICA

Presenterò ora una breve rassegna delle teorie cliniche complessive più significative che hanno ispirato questa ricerca, si tratta di quelle dei gruppi di lavoro che si raccolgono intorno alle figure di Stern, del *Boston Change Process Study Group* e di Fonagy. Nel paragrafo seguente, invece, presenterò un altro modello teorico molto utile nella misura in cui cerca di creare un ponte tra psicoanalisi, scienze cognitive e linguaggio: la teoria del Codice Multiplo e dell'Attività Referenziale di Bucci. Il vertice osservativo che guiderà la presentazione di queste teorie richiama non tanto alle teorizzazioni generali dello sviluppo dei processi emotivi e del loro significato evolutivo per lo sviluppo del sé – definite da tutti questi autori in modo chiaro nei loro scritti più famosi – ma scegliamo di dare una descrizione delle ricadute cliniche che queste teorizzazioni hanno – vogliamo cioè vedere come le nuove idee su come funzionano gli affetti si traducono direttamente nel lavoro della psicoterapia. Ma restringeremo ancora di più il campo: se queste speculazioni, infatti, nascono in ambito terapeutico e analitico, noi riporteremo e accenneremo soltanto a quelle evidenze che ci sembrano esportabili e applicabili anche al contesto diagnostico. La presentazione, quindi, inevitabilmente ha i caratteri della parzialità e non sarà esaustiva in sé, ma in questo modo ci sembra più facile capire poi le scelte e le riflessioni che ci hanno guidato nel tentativo di attribuire significato ai dati numerici trovati con la ricerca.

#### 3a. LA MEMORIA EMOTIVA E I MOMENTI DI INCONTRO

Non si può non cominciare questa rassegna – intersoggettivamente orientata – con i lavori pionieristici di Sanders (1982) e Stern (1997) la cui originale proposta è che molti dei cambiamenti che si verificano durante un trattamento non hanno a che fare solo o principalmente con l'introspezione conscia e quindi con l'interpretazione<sup>19</sup> classicamente intesa (che fa riferimento alla memoria dichiarativa<sup>20</sup>), ma piuttosto con l'elaborazione inconscia (che pertiene alla memoria procedurale<sup>21</sup>) che si sviluppa in particolari momenti significativi di incontro (*moments of meeting*) tra il clinico e il suo paziente: sono quei momenti, particolarmente significativi, di incontro umano diretto, autentico, profondo e spontaneo in cui il paziente si sente riconosciuto, accolto, accettato, 'al sicuro nonostante tutto'<sup>22</sup>.

La conoscenza dichiarativa si guadagna o si ottiene mediante le interpretazioni verbali che cambiano la comprensione intrapsichica del paziente nel contesto della relazione del *transfert*, mentre la conoscenza relazionale implicita si attua mediante processi interattivi intersoggettivi che cambiano il campo relazionale nel contesto di quella che chiamiamo relazione implicita condivisa. Come l'interpretazione è l'evento terapeutico che riorganizza la conoscenza dichiarativa conscia del paziente, così proponiamo che quelli che chiamiamo momenti di incontro siano l'evento che riorganizza la conoscenza relazionale implicita per il paziente e per il clinico in termini di un improvviso cambiamento qualitativo. Naturalmente un momento di incontro implica una certa dose di empatia, una disponibilità alla rivalutazione (*reappraisal*) emotiva e cognitiva, una specifica sintonia (*attunement*) affettiva, un atteggiamento che rifletta e ratifichi che ciò che sta accadendo si verifica nel dominio della relazione implicita condivisa e che cioè si sta cercando un nuovo stato diadico specifico dei partecipanti. Gli aspetti di *transfert* e *controtransfert* sono ridotti al minimo in un momento di incontro e viene messa in gioco la personalità delle due persone che interagiscono, relativamente spogliate di qualsiasi investitura di ruolo. (Stern, 1998, pag. 905)

---

<sup>19</sup> Comunicazione dell'analista all'analizzando intesa ad ampliare la conoscenza che il paziente ha di se stesso e a mettere in evidenza delle connessioni, presenti nella sua vita mentale, di cui era in precedenza inconsapevole (Person, Cooper, Gabbard, 2009).

<sup>20</sup> Tipo di memoria caratterizzato dal richiamo attivo e conscio di fatti ed eventi, solitamente di natura verbale. Viene contrapposta alla memoria procedurale che si riferisce a regole o a comportamenti appresi in modo implicito.

<sup>21</sup> Forma di memoria dei pattern motori, delle abitudini e delle abilità. È non verbale e inconscia, ha molte componenti non esprimibili direttamente attraverso il linguaggio.

<sup>22</sup> La posizione di Stern, se positivamente accolta nell'ambito dell'intersoggettivismo (Fosshage, 2004), ha trovato alterne fortune nel mainstream psicoanalitico che lo accusa di trascurare le classiche concettualizzazioni psicoanalitiche e muoversi fuori dall'ortodossia. Ryle (2002), per citarne uno, critica come inappropriata la polarizzazione tra conoscenza procedurale non simbolica e conoscenza dichiarativa e verbale, sostenendo che tale posizione porta a trascurare la possibilità e potenziale utilità del tentativo di rendere esplicito l'implicito e dissente sull'equazione automatica ma non comprovata relazione madre-bambino e diade clinico-paziente. Ryle ritiene inoltre che la proposta sterniana sia poco sostanziata in termini di indicazioni concrete sul come tradurre in termini pratici le sue intuizioni teoriche.

Determinante del cambiamento sembra essere allora il momento di incontro, lo *'shared feeling voyage'* (Stern, 2004, pag. 372) o viaggio sentimentale condiviso che, anche se breve, tuttavia è sufficiente per determinare il cambiamento:

i partecipanti hanno creato un mondo privato condiviso. E dopo essere entrati in quel mondo, scoprono che, quando ne escono, la loro relazione è cambiata. C'è stato un elemento di discontinuità. È stato ridisegnato il confine tra ordine e *caos*. È stata aumentata la coerenza e la complessità. Hanno creato un mondo intersoggettivo allargato che spalanca nuove possibilità di modi di essere l'uno con l'altro. Sono cambiati e sono ora legati in modo diverso che se uno avesse cambiato l'altro. (Stern, 2004, pag. 371)

Il punto fondamentale della teoria di Stern per quanto riguarda il lavoro terapeutico è, dunque, che quando il momento presente viene colto dai due membri della coppia al lavoro, l'esperienza relazionale che si determina diventa costitutiva della coscienza implicita della relazione, indipendentemente da qualsiasi necessità di verbalizzazione, si crea cioè un campo intersoggettivo da cui scaturisce una coscienza che può essere codificata nella memoria emotiva e che ha la capacità di riscrivere il passato e produrre sul lungo termine un cambiamento. Quello che questi autori sottolineano è la co-creazione e ripetizione, nel corso del processo terapeutico, di una serie di tappe nella costruzione e crescita dei modelli operativi interni (*moving along, present moments, now moments, moments of meeting*) e le condizioni di accadimento necessarie e propiziatrici al loro accadere: il modello terapeutico proposto non implica più la presa di coscienza dell'interpretazione, cioè il passaggio di un contenuto da inconscio a conscio, ma il cambiamento delle rappresentazioni inconscie interne avviene senza raggiungere la coscienza.

Se questa posizione sembra per certi versi interessante, non si può trascurare la critica di Mancina (2006) e Speciale-Bagliacca (2007) secondo i quali trascura completamente gli aspetti inconsci collegati alla memoria implicita e fondati emotivamente sulle esperienze precoci che non possono essere rimosse ma si sono solidificate nella memoria non consapevole. Il punto critico da noi condiviso diventa:

come è possibile che la coscienza prodotta dal momento presente possa di per sé e, senza una necessaria verbalizzazione, riscrivere un'esperienza passata e produrre un cambiamento? E il lavoro sull'inconscio del paziente e quello ricostruttivo sulle sue esperienze precoci che hanno contribuito a fondarlo, come può essere affrontato in queste condizioni di breve incontro colto sul piano fenomenologico e non interpretato? (Mancina, 2006, pag. 215)

Non sono forse questi, nella nostra teoria/clinica degli affetti letta alla luce del processo diagnostico, i *focus* dei primi colloqui e dei colloqui di restituzione rispettivamente? A questo proposito ci sembra più condivisibile la posizione di Greatrex (2002) che se riecheggia Stern teorizzando che

un cambiamento reale, che comprenda cioè nuove aspettative ed esperienze emozionali deve implicare una riorganizzazione complessiva della categorizzazione degli affetti inconsci sia a livello psicologico sia – credo – a livello neurofisiologico. Riusciamo a mettere in gioco le nostre incapacità solo in presenza di qualcun altro e sembra che solo in presenza di qualcun altro sia possibile costruire dei cambiamenti che possano durare. L'incontro intersoggettivo consente al paziente e al clinico di sperimentare di nuovi stili e atteggiamenti emotivi disturbanti che costituiscono delle categorie inconscie dell'affetto. Questo è il cuore del coinvolgimento, il modo più profondo e talvolta più doloroso che conosciamo di sperimentare il nostro sé in presenza di un altro. Il momento della riparazione comprende il senso che il clinico è in grado di sopportare quello che paziente e clinico trovano insopportabile. La sensibilità che emerge da un momento di intenso incontro empatico alla Stern contiene nuovi potenziali di esperienza intima del sé e dell'altro e fonda la nozione che il cambiamento avviene prima dell'*insight*. (Greatrex, 2002, pag. 195)

tuttavia si spinge oltre riconoscendo che

però, perché il cambiamento divenga duraturo, dobbiamo riorganizzare le nostre memorie emozionali implicite subsimboliche in costrutti simbolici espliciti, in rappresentazioni simboliche linguistiche. La nostra capacità di pensiero auto-riflessivo, incardinata nei nostri stati emozionali, ci offre il più grande potenziale per una riorganizzazione interna delle categorie inconscie dell'affetto. (Greatrex, 2002, pag. 196)

Fondamentale allora diventa il ruolo dell'integrazione conscia del processo di cambiamento e cura: introspezione e inconscio sono solo una parte dell'attività mentale, il fattore terapeutico fondamentale è la totalità dell'esperienza, non verbale e verbale, che viene fatta con il clinico (Migone, Liotti, 1998).

### 3b. INTERSOGGETTIVITA'

In senso generale, l'intersoggettività riguarda la capacità di condividere con un'altra persona le esperienze vissute, più specificamente, è l'interazione dinamica tra l'esperienza soggettiva dell'analista e quella del paziente nella situazione clinica' (Dunn, 1995, pag. 723) e implica una componente attiva – afferrare significati, comprendere, interpretare – e una componente passiva – risuonare, perdersi nell'altro, empatia (Reed, 1984). È una lettura emotiva del pensiero che passa attraverso l'interpretazione dei comportamenti manifesti come la postura, il tono della voce, il ritmo del discorso, l'espressione del viso, così come dei contenuti verbali.

Il punto di partenza di queste teorizzazioni, è il concetto di campo, assai vicino alle teorizzazioni di Baranger (1952), anche se il campo intersoggettivo si distingue da quello bi-personale per un'enfasi ancora maggiore posta sull'*hic et nunc* e sulla simmetria tra analizzando e analizzato, simmetria che, parziale e soprattutto funzionale nella teoria di campo (Bion, Baranger, Ferro, 2005), diventa costitutiva una volta inserita nel contesto intersoggettivo. Sottolineiamo la scelta della parola 'contesto', che non è casuale, dato che la prospettiva intersoggettiva può essere definita contestualista nel senso più ampio del termine, ed è proprio in tale ottica che essa prende in considerazione lo sviluppo del bambino e della patogenesi in generale. Nella situazione analitica il contesto è il campo stesso, inteso come

intersezione di due soggettività: quella del paziente e quella dell'analista (Atwood, Storolow, 1984, pag. 64)

due soggettività all'interno del sistema che esse creano e dal quale esse emergono. (Orange, Atwood, Storolow, 1997, pag. 5)

Da tale punto di vista non sarà più possibile il secondo sguardo con cui l'analista abbracciava il campo elevandosi al di sopra di esso:

non possiamo lavorare all'interno del campo intersoggettivo e contemporaneamente tenere un piede fuori dal campo per descriverlo come se fosse dal punto di vista di Dio. (Atwood, Storolow, 1984, pag. 6)

Allo stesso modo viene rifiutata anche l'osservazione partecipe degli interpersonalisti, perché mantenere una prospettiva esterna al campo impedisce un totale coinvolgimento nella situazione analitico-relazionale:

i contesti relazionali sono reciprocamente costitutivi: come dicono talvolta gli studiosi di estetica, lo scrittore crea il lettore e il lettore pone in essere lo scrittore. (Atwood, Storolow, 1984, pag. 7)

In psicoanalisi il contesto del campo intersoggettivo che si genera all'interno del *setting* è formato da relazionalità e soggettività; all'interno di esso diventa possibile esplorare alcune aree dello stato inconscio che ne caratterizzano gli aspetti problematici. Gli attori della scena analitica, attraverso il doppio movimento *transfert-controtransfert* possono essere di volta in volta: paziente e analista, figlio e genitore, fratelli, coniugi o altro ancora, laddove il termine attore non è però inteso tanto nel suo significato attuale di chi recita una parte, quanto nella sua accezione più etimologica di agire (dal latino *agere*), cioè fare, in accordo con una visione dell'essere umano come organizzatore di esperienza, come soggetto esperienziale. In quest'ottica la psicoanalisi rappresenta il:

tentativo dialogico di due persone che insieme cercano di comprendere l'organizzazione dell'esperienza emotiva di una persona costruendo insieme il senso della loro esperienza configurata in modo intersoggettivo. (Atwood, Storolow, 1984, pag. 8)



Dal punto di vista della pratica<sup>23</sup> clinica questo si traduce nella premessa per cui l'argomento clinico centrale è costituito dal materiale che emerge durante un colloquio dallo scambio co-cocreativo di due soggettività. Ne deriva che occorre essere molto attenti al 'qui e ora', ossia al momento presente in cui il materiale emerge: i ricordi diventano esperienze che vengono riattualizzate e stanno accadendo ora per essere ricomposti nel contesto presente del campo relazionale.

In un articolo del 1994, riprendendo un noto aforisma di Winnicott, Ogden scrisse:

io ritengo che, in un contesto analitico, non esista una cosa come un analizzando indipendentemente dalla relazione con l'analista, così come non esiste una cosa come un analista al di là della relazione con l'analizzando. (1999, pag. 155)

Questo stesso stralcio viene citato in un altro importante articolo di Gabbard (1995) nel quale l'autore cerca di spiegare l'importanza dell'uso del *controtransfert* nella psicoanalisi attuale. Secondo l'autore, due sono state le concettualizzazioni teorico-tecniche che più di altre hanno portato al formarsi di nuovi paradigmi ora largamente accettati dalla maggior parte della comunità analitica: l'identificazione proiettiva e l'*enactment* di *controtransfert*. La prima viene universalmente intesa nel significato 'esteso' dato da Bion (1996) rispetto alla formulazione originaria della Klein (1918), come comunicazione pre-verbale primitiva, tipica del neonato e del paziente grave, cui la madre o l'analista risponde nel processo di *rêverie*; così, anche nella teoria psicoanalitica, si è andato spostando il *focus* dell'interesse dal soggetto come fonte di proiezione (paziente), all'oggetto e alla sua disponibilità e capacità ricettiva di identificazione proiettiva (analista). Il *controtransfert* diventa dunque il centro del problema. Ma anche il concetto di *controtransfert* ha subito importanti modificazioni. Ritenuto inizialmente un problema da evitare attraverso l'analisi didattica, era infatti inteso come l'emergenza di sentimenti inconsci nell'analista dovuti al *transfert* del paziente. Le raccomandazioni di Freud (1915) in tal senso, che espresse nelle sue celebri metafore dell'analista 'specchio' e 'chirurgo', dicono di una forte preoccupazione che l'analista potesse 'agire' il *transfert* del paziente attraverso agiti di *controtransfert*, a causa di 'macchie cieche' non elaborate e analizzate a sufficienza. Dopo il lavoro della Heimann (1950), il *controtransfert* è stato considerato un importante strumento di lavoro, ed è stato inteso come la totalità dei sentimenti che l'analista prova, che gli derivano dal paziente. Importante strumento di lavoro perché, secondo la concezione bioniana di identificazione proiettiva, l'analista prova controtransferalmente ciò che il paziente non riesce a sentire da solo ma che può solo evacuare nel contenitore analista. Da qui si dipanano almeno due strade che non si escludono a vicenda: da un lato si è visto come il rischio maggiore a cui l'analista era sottoposto era 'l'eccessivo gioco di identificazioni proiettive dell'analizzato' (Grinberg, 1976, pag. 121) sull'analista, che potevano costringere l'analista a reagire con una 'controidentificazione proiettiva' (che è la risposta inconscia dell'analista alle proiezioni del paziente, quando in pratica l'analista reagisce di fronte a tali identificazioni come se realmente e concretamente avesse acquisito, assimilandoli, gli aspetti che gli sono stati proiettati. È come se non potesse essere se stesso per trasformarsi, senza poterlo evitare, in ciò in cui il paziente ha voluto farlo trasformare' (Grinberg, 1976, pag. 122). Dall'altro vi è la teorizzazione sul concetto di *enactment*, che invece valorizza l'interazione anche agita tra analista e paziente. *Enactment* è un termine di difficile traducibilità e benché a esso sia stato dedicato un Panel nel 1992 dalla Società Psicoanalitica americana, non vi è una vera propria unanimità da parte dei vari autori al riguardo. Ponsi (1999) ne parla come di 'qualcosa di più di uno stato d'animo', una 'messa in atto' (pag. 156): qualcosa che sta tra la relazione emotiva privata, tutta interna alla persona dell'analista, e un comportamento in qualche modo evidenziabile nell'interazione. Nella definizione di *enactment*, rientra anche quella di *controtransfert*. Se per alcuni autori il termine

---

<sup>23</sup> Parliamo di 'pratica' e non di 'tecnica' dato che, secondo gli intersoggettivisti, considerare il lavoro clinico come frutto di una tecnica è un macroscopico errore, e per giunta enormemente dannoso. L'essere umano, secondo loro, è un organizzatore di esperienza che 'si sviluppa sempre all'interno di un sistema intersoggettivo in evoluzione' (Storolow, Atwood, 1992, pag. 33), tutto ciò in aperto contrasto con l'idea di una tecnica psicoanalitica applicabile in differenti contesti e con differenti pazienti, così come era stata formulata dal padre della psicoanalisi. Incapaci di accettare quello che definiscono 'riduzionismo positivista', essi propongono di sostituire il termine 'tecnica psicoanalitica' con 'pratica psicoanalitica' dove, nella pratica del setting, ogni esperienza che è possibile compiere all'interno del campo intersoggettivo è diversa dall'altra, così come ogni essere umano nella sua soggettività è unico e differente.

*controtransfert* si qualifica soprattutto nella 'reazione' dell'analista a un movimento transferale del paziente, da questa visione verrebbe esclusa la possibilità che l'analista possa contribuire in modo personale alla relazione analitica. Invece la formula *enactment* di *controtransfert* porrebbe in evidenza il ruolo attivo dell'analista all'interno del *setting*, ruolo che oscilla, a seconda del percorso e dei momenti, tra quello di soggetto e di oggetto. Secondo Aron (1991) è proprio nella capacità di oscillare tra questi due ruoli di soggetto e di oggetto che si realizza la funzione dell'analista. Quindi la nuova posizione è che in una concezione del *setting* caratterizzata da relazionalità e simmetria tra due soggettività all'interno del campo analitico, l'*enactment* rappresenti qualcosa di più di una semplice 'possibilità' per l'analista e assurga a importante strumento di lavoro. Insomma si teorizza il valore dell'agire' dell'analista nella relazione, a rischio dell'arbitrarietà e dell'improvvisazione che hanno sempre fatto ritenere questo agire come un errore. È forse questo l'atto finale di una domanda che ha 'perseguitato' gli analisti dopo la valorizzazione positiva del concetto di *controtransfert*: se fosse il caso cioè che l'analista 'confessasse' al paziente il suo *controtransfert*.

Il termine *selfdisclosure*, che potrebbe essere tradotto con auto-rivelarsi, descrive uno svelamento cosciente e deliberato, e non involontario o inconscio, da parte dell'analista di alcune parti di sé. In quest'ottica, il *selfdisclosure* è un passo oltre l'*enactment*, è un qualcosa dell'analista che concretizza nella pratica clinica il suo atteggiamento e il suo stile attivo e molto coinvolto nella relazione. Nei momenti più critici di un'analisi, soprattutto con pazienti gravi come ad esempio alcuni borderline con i quali si rischiano continue fasi di stallo o reazioni terapeutiche negative, il lavoro psicoanalitico è possibile solo se l'analista è in grado di mettere in gioco, o 'rivelare', alcune parti di sé all'interno della relazione col paziente, come 'sentire per far sentire', 'pensare per far pensare', 'dire per far dire', 'raccontare per far raccontare'. Non appartenendo al dominio della tecnica ma al più complesso regno della pratica, non esistono norme o prescrizioni che regolino l'uso né dell'*enactment* né tantomeno del *selfdisclosure*. Per Aron (1997) prescrivere il *selfdisclosure* sarebbe limitante e sbagliato tanto quanto non farlo; in altre parole se la neutralità o l'auto-rivelarsi sono solo frutto di imposizioni tecniche, e quindi lontani dall'*hic et nunc* della relazione, sono entrambi dannosi. È invece fondamentale che l'analista presti un ascolto costante ai propri vissuti, tanto a quelli che lo spingono a mettersi in gioco nella relazione, quanto a quelli che gli raccomandano prudenza e neutralità. Equilibrata in tal senso sembra la posizione di Schafer (1983) quando teorizzando sull'atteggiamento analitico' dice qualcosa che dovrebbe segnalare anche un limite alle derive intersoggettiviste:

l'analista concentra l'attenzione sull'interpretazione della realtà psichica. Dunque non è obbligato a rispondere adeguandosi agli approcci emotivi dell'analizzando. L'obbligo dell'analista è quello di analizzare tali approcci. (Schafer, 1983, pag. 22)

In questo modo Schafer traccia un limite ben fermo tra un atteggiamento atto a cogliere i movimenti affettivi dell'analizzando al fine di interpretarli e la partecipazione 'dal vivo' a questi movimenti affettivi fino al coinvolgimento totalmente simmetrico, come predicano gli intersoggettivisti.

Altra implicazione fondamentale – fondamentale anche nell'ottica di questo lavoro che si propone proprio questo come oggetto di studio – è che viene posto in primo piano non solo il contenuto, ma anche il processo: questo significa un'attenzione puntuale ai microeventi, cioè ai dati non elaborati di un colloquio (una frase, una parola, un silenzio, una postura, un turno nel prendere la parola) e ai loro significati narrativi. Assumono quindi pari importanza i processi di livello micro che corrono in parallelo con i contenuti significativi della produzione verbale, che si realizzano a livello microtemporale attraverso tre sequenze:

- sondare l'altro per vedere in quale punto del campo intersoggettivo ci si trova. Questa operazione implica un esame momento per momento, il più delle volte non consapevole, dello stato della relazione e di dove stia andando. Orientarsi è una preconditione per lavorare insieme
- condividere l'esperienza per farsi conoscere. Ogni volta che il campo intersoggettivo si amplia, la relazione implicitamente si modifica. Il paziente sperimenta un nuovo modo di essere con, imparando una conoscenza

relazionale implicita nuova che potrà cristallizzarsi anche nel rapporto con il mondo. Questo è il prerequisito per l'aprirsi di nuove vie d'accesso all'esplorazione esplicita verbale: una parte più grande del mondo del paziente diventa conscia e verbalmente comprensibile

- definire e ridefinire se stessi attraverso il rispecchiamento di sé che viene dagli occhi e dalle parole del clinico. In questo processo l'identità si modifica e viene consolidata.

Questo processo di co-creazione è in larga parte indeterminato, imprevedibile e spontaneo e quello che guida clinico e paziente è una modalità 'tentativo-errore-riparazione-elaborazione'.

### 3c. IL SOMETHING MORE THAN INTERPRETATION

Nell'estate del 2005 si apre il dibattito su quali siano i fattori di cambiamento e ci si interroga sulla veridicità e applicabilità delle teorizzazioni del Boston Change Process Study Group<sup>24</sup> che trovano il loro manifesto in questa comunicazione:

siamo arrivati a pensare che l'interazione terapeutica psicoanalitica sia un processo estremamente approssimato (*sloppy*) a motivo della intrinseca indeterminatezza dei processi di co-creazione che si realizzano nell'incontro tra le due menti. Con *sloppiness*<sup>25</sup> ci riferiamo alle qualità di indeterminatezza, disordine e approssimazione dello scambio di significato tra analista e paziente. Cercheremo di descrivere il processo analitico a quello che abbiamo chiamato il livello locale, cioè l'interscambio istante per istante tra paziente e terapeuta che consiste di movimenti relazionali costituiti da accadimenti verbali e non verbali, come le frasi che vengono dette, i silenzi, i gesti e gli spostamenti di posizione o di argomento: ognuno di questi movimenti relazionali a livello locale è visto come rivelatore dell'intenzione di creare, alterare o sintonizzare la natura della relazione terapeutica in quel momento. (BCPSG, 2005, pag. 693)

Questo quadro teorico ha varie caratteristiche tipiche:

primo, il motore dinamico della terapia sta nelle proprietà auto-organizzative del paziente e del clinico presi nel loro insieme come una diade. Secondo, l'analista e il paziente mettono in gioco sia le loro tendenze individuali sia l'*input* plasmato dagli altri: queste variabili possono a volte essere convergenti e complementari, a volte in contrasto tra di loro. Terzo, la traiettoria che emerge dall'interazione tra i due membri della diade è imprevedibile e comprende proprietà emergenti che vengono fuori dall'interazione di molte variabili. Quarto, la traiettoria emergente sarà influenzata e vincolata dalle condizioni iniziali della relazione, compresa la storia relazionale dei due protagonisti. In aggiunta al quadro dei sistemi dinamici, la ricerca sullo sviluppo ha sottolineato l'importanza delle forme di memoria non conscia, implicita, procedurale: noi abbiamo richiamato l'attenzione sull'importanza di queste forme implicite di rappresentazione e le abbiamo denominate conoscenze relazionali implicite (*implicit relational knowings*). Non respingiamo il concetto di inconscio dinamico: piuttosto, pensiamo nei termini di una gamma di fenomeni inconsci. Tradizionalmente l'inconscio dinamico, costruito come verbale o simbolico e come inconscio per via della rimozione, è considerato in psicoanalisi come il solo fenomeno inconscio realmente psicodinamico, quindi come la sede di tutte le rappresentazioni affettivamente importanti: ma c'è anche la conoscenza implicita che non è conscia, non ha alcuna etichetta verbale o simbolica e non ha bisogno di alcuna rimozione per rimanere inconscia e poiché questo livello implicito rappresenta l'azione interpersonale diretta a uno scopo, con tutte le sue forti valenze emozionali ed elementi conflittuali, anche questo livello è ben ricco di significato psicodinamico, senza per questo necessariamente far parte dell'inconscio dinamico. Il concetto della conoscenza relazionale implicita che ci libera dall'aspettativa che il cambiamento richieda necessariamente una comprensione verbale nel senso di rendere conscio l'inconscio. Il nostro modello propone che processi affettivamente ricchi possano produrre cambiamento nelle capacità interattive del momento: in alcuni casi, questi cambiamenti potrebbero anche non richiedere che i protagonisti della diade debbano riflettere esplicitamente su quello che è emerso. Riassumendo, assumiamo che la massima parte delle esperienze di vita affettivamente significative rilevanti per la psicoterapia siano rappresentate nel dominio della conoscenza implicita non conscia, ivi comprese le manifestazioni del

---

<sup>24</sup> Il gruppo ruota attorno alle eminenti figure di: Nadia Bruschweiler-Stern, M. D.; Karlen Lyons-Ruth; Alexander C. Morgan, M.D.; Jeremy P. Nahum, M.D.; Louis W. Sander M.D.; Daniel N. Stern, MD.

<sup>25</sup> Approssimazione, non lineare, non sistematico, sdruciolevole.

*transfert*: perciò, la massima parte di quello che accade a livello locale è psicodinamicamente significativo anche se non necessariamente rimosso. Il fatto che l'inconscio dinamicamente rimosso abbia esso pure un'influenza attiva sul livello locale è al di fuori del nostro specifico interesse: semplicemente ci limitiamo a richiamare l'attenzione su un altro livello del processo. (BCPSG, 2005, pag. 698)

Se interessante è sicuramente l'aiuto che questi autori ci danno nel focalizzare l'attenzione su aspetti specifici del processo che richiamano al campo e alle concettualizzazioni bioniane, colpisce comunque il loro 'non sapere come e cosa fare' (House, Portuges, 2009): è come se il loro concetto chiave, quello della *sloppiness*, sia un'arma a doppio taglio che permette di spiegare e radicare i momenti di interazione e cambiamento, ma in una modalità che già nella teoria appare a tratti 'magica e sfuggente' e diventa ancora più incomprensibile, per quanto affascinante e seduttiva, nelle esemplificazioni cliniche che riportano vignette con le trascrizioni delle sedute. Mina le basi concettuali dell'approccio anche la critica di Mayes (2008) che, se riconosce e condivide l'esistenza di momenti significativi relazionali che provocano una ristrutturazione affettiva del campo, tuttavia è convinta che questi momenti abbiano un significato solo retrospettivo e che le teorizzazioni del BCPSG non sono in grado di fornire al clinico degli strumenti per suscitargli e gestirli. Il loro lavoro, infatti, è in grado non di spiegarli e indurli ma solo di riconoscerli a posteriori decostruendo le interazioni della trascrizione delle sedute. Condividiamo anche la critica di Litowitz (2009) che 'accusa' il gruppo di non tenere in adeguata considerazione la mediazione semiotica (linguaggio e modalità comunicative extra-verbali) che costituiscono le basi dell'intersoggettività nel momento in cui tentano di dar vita a un modello narrativistico di co-costruzione di significati.

Invece, i temi salienti di questa tesi, dunque, sottolineano la priorità delle forme implicite di conoscenza e di riconoscimento delle azioni e dell'interazione nell'ambito della vita psicodinamica perché è nel dominio implicito di ciò che accade di momento in momento che gli affetti, il conflitto e la difesa cominciano a organizzarsi, si manifestano e potenzialmente vanno incontro al cambiamento. Insistono molto sul significato ampio e ricco della conoscenza implicita, quale osservata dagli studi sullo sviluppo infantile e sul suo essere una rappresentazione del 'come stare con gli altri' che non è né simbolica né dipendente dal linguaggio, né primitiva né limitata, né conclusa nel periodo infantile ma sviluppatasi nel corso della vita. La centralità della comprensione, però, diventa diretta e non riflessiva:

l'analisi del comportamento umano motivato in termini di intenzioni è una proprietà fondamentale della mente/cervello e risulta in una struttura di base, l'unità intenzionale, che viene afferrata implicitamente e rappresentata in maniera non simbolica: le intenzioni sono così le unità psicodinamiche elementari a livello di percezione e di intenzione ed è a partire da esse che si costituiscono le altre strutture psichiche. (BCPSG, 2007, pag. 123)

Il pensiero, dunque, non coincide affatto con il linguaggio e con la simbolizzazione: si crea un significato prima e indipendentemente dall'avvento della capacità linguistica, quello che occorre ricercare, quindi, non sono i significati cognitivi, ma quelli affettivamente rilevanti e relazionalmente incarnati che organizzano le nostre intenzioni. I concetti psicodinamici e la vita emotiva diventano fenomeno psichici che partono dal livello profondo della conoscenza relazionale implicita (sono primariamente processi interpersonali e non intrapersonali) e ciò che si deve teorizzare non è soltanto un riflesso verbalizzato, astratto e distante dall'esperienza ma i 'movimenti relazionali impliciti e affettivi' tra paziente e clinico.

Nella situazione clinica ci saranno sempre intenzioni e significati multipli da comunicare in ogni singolo atto; noi consideriamo queste comunicazioni estemporanee come proprietà emergenti di un processo dinamico composto da tre componenti che creano una *gestalt*: 1. l'intensione e l'emozione sono sperimentate implicitamente 2. una versione riflessivo-verbale di questa esperienza implicita è radicata nei concetti non verbali mentali-corporei contenuti nel dominio implicito (filogenesi, ontogenesi, cultura) 3. c'è una inevitabile disgiunzione tra l'implicito-emotivo e il riflessivo-verbale: questa non è una mancanza o un problema ma solo un'altra proprietà della *gestalt* emergente. Queste tre componenti si combinano in un processo chiamato *intention unfolding process*. Nel mondo reale della comunicazione dialogica non si presta attenzione focalizzata alle parole che scorrono o ai gesti convenzionali che non hanno una pregnanza mentale o alla disgiunzione tra di essi; ci si

concentra invece sul significato della comunicazione nel suo complesso e nella sua intenzione: è il centro fenomenologico. (BCPSG, 2008, pag. 145)

Il primo rilievo critico è di Knoblauch (2009) che, ispirandosi a metafore artistiche e musicali (il *jazz*), interviene sulla questione del gap tra i due registri sottolineando come un concerto sia la fusione e la risultante di come il solista reinterpreta in modo del tutto personale il tema centrale dell'elaborazione musicale prodotto e dell'incontro con l'orecchio di un ascoltatore più o meno positivamente predisposto e preparato ad ascoltare questo nuovo tema – linguaggio e interpretazione sono quindi legati in modo indissolubile. Modell (2003) ugualmente critica il binomio inconscio-emozione e conscio-linguaggio che ignorerebbe la tradizione psicoanalitica e le successive teorizzazioni nate intorno al dibattito, che ne uscirebbe imper-semplificato in maniera incongrua e ignorerebbe tutta la tradizione che ha provato a dimostrare i legami e le connessioni che intercorrono tra i due domini. Quello che sinteticamente ci sembra sarebbe opportuno fare è recuperare le intenzioni degli autori del BCPSG che si proponevano di teorizzare un elemento in più – il *something more* – da aggiungere e affiancare alle classiche teorizzazioni. Anziché eliminare, allora, la determinazione del concetto di mente e di affetto in ambito psicodinamico e il ruolo del linguaggio e dell'elaborazione secondaria sarebbe invece più proficuo fare dialogare queste tradizioni e non riscrivere tanto la metapsicologia quanto fondare una teoria della tecnica in grado di comprendere emotivamente e riflessivamente gli aspetti consci e inconsci degli organizzatori psicopatologi, senza dimenticare che se la loro base è relazionale e radicata nella qualità del clima primario *caregiver*-bambino allora questa può emergere direttamente nella qualità della sintonizzazione clinico-paziente e può trovare una manifestazione nelle comunicazioni verbali e narrative che si creano in questo campo relazionale.

### 3d. I PROCESSI EMOTIVI ALLA BASE DELLO SVILUPPO DEL SÉ

Pioniere e autorità indiscussa del dibattito sul legame che intercorre tra regolazione emotiva, cognizione e sé è evidentemente Fonagy (2004, e il suo gruppo di lavoro Bateman e Target e la *Psychoanalysis Unit* dell'*University College* di Londra), che coniuga psicoanalisi (Sandler e la teoria della funzione-alfa di Bion, in particolare), teorie della mente, attaccamento e acquisizioni neuroscientifiche. Punto di partenza sono le evidenze che forniscono sostegno empirico all'idea che il senso di sé e gli stati psicologici dell'adulto originano dalla qualità affettiva della relazione con il *caregiver* primario. Alla nascita il bambino non ha alcuna consapevolezza introspettiva dei suoi vari stati emozionali: impara a differenziare le diverse modalità delle sue stimolazioni viscerali e somatiche osservando le risposte mimiche e verbali che il *caregiver* gli rimanda in relazione a esse, a condizione che il rispecchiamento che ne riceve sia sufficientemente congruo al suo stato mentale e abbia una sorta di marcatura che gli fa capire che si sta riferendo a uno stato suo e non dell'interlocutore. Di qui due possibili tipi di difficoltà: se il rispecchiamento non è sufficientemente congruo, non si avrà una rappresentazione realistica dello stato mentale e dell'affetto sperimentato e si costituirà la predisposizione allo sviluppo di un sé narcisistico (falso sé), se invece sarà deficitaria la marcatura, l'espressione del *caregiver* sarà vista come un'esternalizzazione dell'esperienza del bambino e si getteranno le basi per la costruzione di una struttura psichica che ha bisogno dell'altro per provocare le proprie emozioni (personalità borderline). Un rispecchiamento incongruo o mal marcato, associato a una base d'attaccamento non sicura, genera un indebolimento e uno scadimento delle rappresentazioni affettive e dei sistemi di controllo dell'attenzione: questo malfunzionamento risulta in uno stato di disorganizzazione della strutturazione del sé che non è in grado né di regolare i suoi stati affettivi né di attribuire loro dei significati soggettivi e oggettivi ('affettività mentalizzata'<sup>26</sup>), questo perché la qualità della regolazione affettiva primaria è il preludio della mentalizzazione<sup>27</sup> o funzione riflessiva. Quindi la regolazione

---

<sup>26</sup> La capacità degli adulti di regolare gli affetti.

<sup>27</sup> Conquista evolutiva grazie alla quale il bambino si rende conto dell'esistenza della mente e del fatto che altre persone, nell'ambiente, sono motivate dalle proprie attività mentali, talvolta simili a quelle del bambino stesso, talvolta differenti.

affettiva, attraverso un processo interattivo dove gli affetti stessi sono usati per regolare il sé, denota la capacità di scoprire i significati soggettivi dei propri stati affettivi e determina lo sviluppo del sé, che prevede cinque livelli evolutivi:

- il sé come agente fisico, che comporta la rappresentazione differenziata del corpo come entità dinamica separata che è in grado di provocare cambiamenti fisici nell'ambiente
- il sé come agente sociale, che rappresenta le interazioni affettivo-comunicative specie-specifiche
- il sé come agente teleologico, che fa riferimento alla comprensione delle azioni razionali dirette a uno scopo
- il sé come agente mentale intenzionale, che implica una comprensione mentalistica di alcuni stati mentali
- il sé come agente rappresentazionale, che implica l'abilità di comprendere le proprietà rappresentazionali e causali autoreferenziali degli stati mentali intenzionali e porta all'instaurarsi del concetto di sé autobiografico.

Coerenza e unità emergono dalle modalità con cui energia e informazioni, emozioni positive e negative fluiscono attraverso i diversi stati mediante processi di 'integrazione' che creano l'esperienza soggettiva del sé (Schore, 1997). Il principio regolatore è quello affettivo che prevede diversi oggetti (Thompson, 1994): (A) i processi neurofisiologici sottostanti l'attivazione emozionale e la loro gestione (B) i processi attentivi (C) i processi di elaborazione come la re-interpretazione degli eventi (legata ai meccanismi di difesa) (D) la codifica degli indizi interni di attivazione emozionale (E) il miglioramento all'accesso alle strategie di *coping* (F) l'espressione congrua delle emozioni. In quest'ottica, si sceglie di utilizzare come strumento di analisi il linguaggio che diviene, quindi, il canale principale d'interazione simbolica, nonché il mezzo attraverso il quale costruire un ponte concettuale che permetta il dispiegarsi del sé attraverso la manifestazione delle emozioni.

Al minimo livello di regolazione si deve tener conto dell'equilibrio dell'organismo (Damasio, 1996; Hofer, 1994): la regolazione affettiva è equivalente all'omeostasi e si verifica fuori dalla consapevolezza. La regolazione ci spinge ad alterare il nostro stato e ad agire prontamente in circostanze in cui questo si renda necessario, come le situazioni in cui è in gioco la vita. La scelta può diventare una parte di questo livello, sebbene l'azione che ne scaturisce può essere spontanea e non accompagnata dalla riflessione. A un altro livello la regolazione si verifica in connessione alla nostra relazione con gli altri. La regolazione serve a facilitare nel modellare gli affetti e la loro comunicazione. Si parla di autoregolazione che investe sia gli affetti, ma anche la creazione del sé (Gergely, Watson, 1996): l'autoregolazione si verifica quando l'oggetto della regolazione è il sé. La regolazione affettiva, a un secondo livello, riguarda il significato che gli affetti hanno: entra in gioco il contributo della cognizione e della mentalizzazione:

è un processo cognitivo ma che inizia con la scoperta degli affetti nella relazione primaria d'oggetto, implica sia una componente autoriflessiva sia una componente interpersonale perché evolve dall'infanzia e il suo sviluppo dipende criticamente dall'interazione con menti più mature che però non sempre sanno essere riflessive e benevole. Questo è il cuore dell'impresa psicoanalitica e rappresenta la comprensione esperienziale dei sentimenti in una maniera che va al di là della comprensione intellettuale. (Fonagy, 2002, pag. 53)

Il modello di intervento clinico allora viene a fondarsi su tre principi fondamentali: (A) creare un senso di sicurezza e attaccamento sicuro (B) rispondere al momento giusto ai segnali affettivi (C) stabilire dialoghi emotivi reciproci centrati sul parlare e sul riflettere sui sentimenti e sugli stati mentali (Tyson, 2005). Viene sottolineata allora la funzione normativa primaria delle comunicazioni linguistiche che sfuggono alle norme pragmatiche di Grice (1975) nella misura in cui la funzione primaria del linguaggio diventa l'esternalizzazione dei contenuti affettivi interni che saranno rispecchiati e sintonizzati dal clinico. Il *setting* comunicazione fornisce l'esperienza emozionale e rappresentazionale simbolica correttiva attraverso esternalizzazioni marcate finalizzate alla regolazione degli affetti del paziente sotto forma di interpretazioni o espressioni di rispecchiamento. Queste esternalizzazioni contingenti servono le molteplici funzioni di sensibilizzare il paziente ai propri stati affettivi interni, stabilire delle rappresentazioni di



secondo ordine per questi stati fornendoli delle etichette verbali e trasformare in senso adattivo il loro contenuto affettivo esternalizzandoli in una prospettiva interpretativa modificata. Il paziente, sensibilizzandosi e stabilendo rappresentazioni di secondo ordine dei suoi stati affettivi interni, diventa capace di conoscere e riflettere sui suoi contenuti affettivi soggettivi in quanto stati mentali rappresentazionali, non rischiando più di confonderli con la realtà esterna, e stabilisce una nuova capacità introspettiva per l'espressione degli affetti a livello sia esteriore sia interiore. Il paziente impara gradualmente nuove abilità mentali e alimenta la sua capacità di mentalizzazione dell'affettività. Nel trattamento che propone per i pazienti borderline, la MBT (*Mentalization Based Treatment*), individua tre elementi base che compongono le tappe del lavoro clinico:

- identificazione degli affetti. Significa dare un nome all'emozione fondamentale che si sta provando (ci sono molti pazienti che evitano di denominare i loro affetti, o omettono i loro nomi specifici, o ancora si confondono), soprattutto imparare a distinguere tra combinazioni di affetti differenti che spesso si associano insieme a una situazione definendone i gradi relativi specifici
- modulazione degli affetti. Questa comporta una modificazione degli affetti a livello di intensità e durata e può associarsi a una più profonda trasformazione che porta ad adattamenti sofisticati. Modulare l'affetto attraverso la propria valutazione significa tenere conto dell'esperienza e della propria vita per rivalutarlo e reinterpretarlo nei suoi significati
- espressione degli affetti. Al livello più rudimentale, possiamo distinguere tra la scelta di limitare l'espressione o lasciarla fluire. Gli affetti poi non devono necessariamente essere espressi a livello esteriore, ma possono trovare una loro manifestazione interiore nel fenomeno dell'auto-riflessività, per esempio. La terapia può allora essere pensata come un esercizio dell'espressione interiore degli affetti che sarà poi rispecchiata e comunicata attraverso il linguaggio in un contesto sicuro ed empatico.

Il compito del clinico è allora primariamente quello di rimanere in contatto con lo stato mentale e affettivo del paziente, nonostante le sue messe in atto, di affrontare e sfidare le capacità mentali del paziente verbalizzando gli stati interni, differenziando i sentimenti, riducendo le esperienze che provocano un'angoscia ingestibile a entità più semplici e gestibili, favorendo lo sviluppo di un atteggiamento 'come se' in cui si può iniziare a pensare le idee in quanto tali piuttosto che come realtà. Possiamo pensare a questi interventi come a delle 'piccole interpretazioni' pertinenti agli aspetti del mondo mentale e affettivo che non sono né consci né semplici. La loro qualità specifica deve avere le caratteristiche della disponibilità affettiva, elaborativa (linguistica) e mentalistica (interpretativa). E proprio in quest'ottica accettiamo *in toto* il lavoro di Fonagy, perché con questa teoria della tecnica – affettiva, elaborativa e mentalistica – è l'esempio più convincente di un approccio che rimane coerentemente e assolutamente psicoanalitico ma che si ispira e integra temi e indirizzi delle tradizioni teoriche successive (Mancia, 2007).

#### 4. IL DIALOGO TRA PSICOANALISI E SCIENZA COGNITIVA

L'esigenza di un dialogo tra psicoanalisi e scienza cognitiva nasce come feconda reazione alle controversie degli ultimi decenni circa lo *status* della teoria della mente proposta dalla psicoanalisi e alla 'rivoluzione cognitiva' della psicologia scientifica che ha cambiato il modo di concettualizzare i processi psichici mentali ed emotivi. Questi due campi spesso distanti hanno bisogno di trovare un punto di contatto: la psicologia cognitiva – che cerca di sviluppare una teoria del linguaggio e del pensiero trascurando spesso gli aspetti emotivi – può, infatti, modificare il modo in cui comprendiamo i concetti psicoanalitici e la possibilità di farli diventare oggetto di studio empirico, e dal canto suo la psicoanalisi – che cerca di produrre cambiamenti nelle emozioni e nel pensiero, primariamente attraverso il linguaggio – ha molto da offrire alla psicologia cognitiva sia riguardo al contenuto sia riguardo ai metodi. Una proposta interessante che cerca di 'gettare questo ponte tra le due rive' ci sembra quella del Codice multiplo proposta da Bucci (2004) che cerca di individuare una base scientifica che racchiuda in sé i concetti psicoanalitici concernenti le modificazioni strutturali degli schemi dell'emozione e che si presti nel contempo alla ricerca empirica. La Teoria del Codice Multiplo, modello di strutturazione e di funzionamento della *psiche*, con la sua 'teoria psicologica generale delle interazioni fra i sistemi cognitivo, linguistico, emozionale e corporeo' (Bucci, 2000, pag. 2) rappresenta un importante momento di ricerca empirica su studi clinici, nonché un prezioso strumento di ricerca sul cambiamento in psicoterapia e sui microprocessi che in essa accadono.

Punto di partenza è l'evidenza che la psicoanalisi può essere considerata una scienza cognitiva nella misura in cui, come gli scienziati cognitivi

opera inferenze dal linguaggio, dal comportamento e da altri indicatori osservabili per trovare le rappresentazioni mentali ed emotive e i processi alla base di una teoria generale dell'apparato psichico. (Bucci, 1997, pag. 8)

Se allora la metapsicologia freudiana ci offre le spiegazioni per trarre le inferenze dall'osservazione dei significati o rappresentazioni sottostanti, la scienza cognitiva è in grado di spiegarci come si stabilisce il legame tra significato e concetto, con regole di corrispondenza che individuano e danno vita a costrutti ipotetici e variabili intervenienti a partire da eventi osservabili, precisando gli strumenti per rilevare l'attendibilità dell'osservatore.

##### 4a. LA TEORIA DEL CODICE MULTIPLIO

La teoria del codice multiplo è una teoria psicologica dell'intelligenza emotiva e dell'elaborazione emotiva dell'informazione. Attualmente nel campo cognitivo c'è un riconoscimento crescente dell'esistenza di un'ampia gamma di elaborazione sistematica dell'informazione che opera attraverso un apparato a codice multiplo e parallelo. La mente umana (cosciente e inconscia) può essere rappresentata come costituita da un apparato che elabora un numero elevatissimo di informazioni, con più dispositivi, per diversi tipi di contenuti, in formati diversi. A questo si aggiunge la difficoltà del rapporto connessione/disconnessione fra il linguaggio – lo 'strumento' principe della psicoanalisi – e tutti gli altri apparati (mnestici, percettivi, sensoriali, motori).

Il punto cardine della teoria psicoanalitica che organizzava l'apparato psichico in un sistema duale di pensiero – il processo primario<sup>28</sup> non verbale e il processo secondario<sup>29</sup> verbale – è andata incontro a numerose trasformazioni successive e ha lasciato oggi il posto a un modello della mente e dell'emozione più comprensivo ed elaborato che struttura modelli multipli di elaborazione delle informazioni simboliche e subsimboliche. La teoria di Bucci postula l'esistenza di tre modalità differenti di elaborazione dell'informazione: subsimbolica non verbale, simbolica non verbale e simbolica verbale.

---

<sup>28</sup> Il processo primario è la modalità dell'inconscio o dell'es ed è associata alle funzioni non verbali.

<sup>29</sup> Il processo secondario è la modalità del pensiero conscio o dell'io ed è associato alle funzioni verbali.



Tab. 2 – I formati di codifica multipla e le loro proprietà

| Codici subsimbolici   | Codici simbolici non verbali                                      | Codici simbolici verbali                                       |
|---|---|--|
| Elaborazione analogica su dimensioni continue                       | Rappresentazioni mentali discrete, specifiche o pattern analogici | Parole con caratteristiche fonetiche, sintattiche e semantiche |
| Modalità-specifici, sensoriale, viscerale, cinestesico              | Modalità-specifici, tutte le modalità sensoriali                  | Amodali  |
| Modellati dai sistemi dell'elaborazione parallela distribuita (PDP) | Sequenziali o paralleli, modellati dai sistemi simbolici          | Sequenziali, formato a canale unico                            |

Fonte: Bucci, 1997

**FORMATI SUBSIMBOLICI.** L'elaborazione subsimbolica è quella modalità di elaborazione sistematica delle informazioni che avviene a livello motorio, viscerale e sensoriale in assenza di partecipazione dell'attenzione soggettiva: è un funzionamento automatico globale dei nostri programmi neurali, che codificano le informazioni in forma 'analogica', cioè con processi continui, senza elementi discreti o unità metriche stabilite e in parallelo<sup>30</sup>, dove l'esperienza soggettiva risulta *off-line*, resta cioè sullo sfondo (Bucci, 2000, pag. 4). Damasio (1994) descrive questo tipo di funzionamento cognitivo come 'il substrato della rappresentazione delle emozioni e dei sentimenti' (pag. 103): i segnali umorali e i segnali neurali, combinandosi insieme, operano continui cambiamenti ('il paesaggio del corpo viene modificato e poi rappresentato in strutture somato-sensoriali del sistema nervoso centrale, dal tronco encefalico in su', Damasio, 1994, pag. 104). Questa forma di processamento è determinata dal contenuto piuttosto che dalla struttura ed è presente in tutte le modalità sensoriali, essendo predominante nell'olfatto e nel gusto. È la modalità operativa centrale dei sistemi viscerale e cinestesico e per sua propria natura viene rappresentato in codici personali, che non sono prontamente suscettibili di comunicazione e condivisione con gli altri. Riconosciamo cambiamenti negli stati emotivi degli altri orientandoci sulla percezione di cambiamenti sottili nella loro espressione facciale o postura, e ci rendiamo conto di cambiamenti nel nostro stato in relazione all'esperienza somatica o cinestesica. Compriamo questo processo senza essere in grado di individuare su quale base costruiamo il nostro giudizio: per questo, operando senza intenzione o direzione esplicita, queste rappresentazioni subsimboliche possono essere sperimentate come al di fuori del sé, esterne al controllo intenzionale.

**SCHEMI DI ELABORAZIONE SIMBOLICA: IMMAGINI E PAROLE.** L'elaborazione simbolica, invece, richiede la produzione di 'simboli', unità discrete con proprietà di riferimento e generatività che compattano le informazioni analogiche in unità discrete e hanno un potenziale generativo, poiché 'possono essere combinati per generare una pressoché infinita varietà di nuove forme' (Bucci, 2000, pag. 5). L'elaborazione simbolica dipende dall'identificazione di parametri specifici espliciti ed è soggetta al controllo intenzionale; è ugualmente modalità-specifica e usa gli stessi canali della percezione. I simboli possono essere:

- non verbali, e questi sono i 'proto-simboli', cioè le immagini transazionali che possono essere attivate in uno o più dei cinque sensi, oppure attraverso l'attività motoria o la postura, o ancora attraverso problemi somatici 'raffigurati'

<sup>30</sup> L'architettura che modella l'elaborazione subsimbolica è quella del PDP o Parallel Distributed Processing (McClelland, Rumelhart, Hinton, 1989). Un sistema PDP è una rete con una serie infinita di nodi, interconnessioni e ognuno in uno stato di arousal diverso. Lo stato del sistema è lo stato di ciascun nodo in un tempo dato, ovvero il suo livello di arousal. Il livello di arousal di ciascun nodo in ciascun momento dipende dai livelli precedenti di arousal di tutti gli altri nodi. I valori sono calcolati dallo stato di arousal per ciascun nodo e da una matrice di pesi: gli apprendimenti e l'esperienza determinano la natura dei pesi. Si tratta di un sistema dinamico che può essere iterato. Dato l'input di un particolare stato di arousal per ciascun neurone, il sistema assegna un nuovo stato di arousal a ognuno, che potrà quindi essere usato come nuovo input per il sistema. I sistemi proseguono questo processo iterativo, testando la corrispondenza con gli schemi attesi e valutando l'errore, la differenza tra la posizione reale e quella attesa, fino al punto in cui l'errore è abbastanza piccolo da permettere di procedere.

nello spazio interno al corpo: sono le rappresentazioni sensoriali, motorie o organiche dell'esperienza (Bucci, 2000, pag. 7)

- il livello ultimo della rappresentazione simbolica utilizza i simboli verbali, con la modalità di elaborazione simbolica che è tipica solo della specie umana: anche il linguaggio permette un'infinita creatività di forme nuove, sia attraverso le possibili ri-combinazioni dei fonemi e dei morfemi nella costruzione delle parole, sia attraverso le ri-combinazioni delle parole secondo i principi della sintassi e della semantica. La rappresentazione fondamentale del linguaggio è una sorta di struttura logica e proposizionale che ha un riferimento arbitrario: una stringa di parole ha la stessa sintassi e lo stesso significato quando viene letta o ascoltata, benché l'impatto emotivo dei vari formati facilmente differirà. Ogni messaggio verbale, allora, può essere definito nei termini della struttura fonemica, dell'organizzazione morfologica e sintattica e del suo significato semantico: il linguaggio è quindi molteplicemente codificato su differenti livelli. Gli aspetti paralinguistici del parlare, tra cui il tono, le pause, l'altezza e l'intensità, che esprimono in maniera più diretta l'emozione, sono processati nel formato subsimbolico e hanno caratteristiche più espressive che verbali. Maggiore indagine dovrebbe essere posta a questi aspetti paralinguistici che non trovano un posto nella teoria del codice multiplo, ma potrebbero costituire un quarto formato di elaborazione.

I processi di elaborazione simbolica – tanto a livello non verbale quanto a livello verbale – permettono di rappresentare eventi interni ed esterni al corpo e costituiscono in un certo senso il 'primo piano' del nostro funzionamento mentale (la figura rispetto allo sfondo) (Bucci, 2000, pag. 8). I tre sistemi, con contenuti e principi organizzativi diversi, sono collegati da legami referenziali, che ci consentono di simbolizzare e verbalizzare le esperienze emozionali e di capire e riflettere sulle parole altrui.

**IL PROCESSO REFERENZIALE.** Il processo referenziale sarebbe il meccanismo attraverso cui componenti multipli del sistema di elaborazione dell'informazione sono connessi<sup>31</sup> (Bucci, Freedman, 1978; Bucci, 1984, 1997; Bucci, Kabasakalian-McKay, 1992; Bucci, Miller, 1993). Il principale meccanismo del processo referenziale, il meccanismo di trasformazione delle informazioni subsimboliche a quelle simboliche non verbali, fino a giungere ai simboli verbali, può essere comparato allo sviluppo della funzione di simbolizzazione nel bambino e alle associazioni dei pazienti dell'esperienza emozionale in parole. All'interno di ciascuna modalità sensoriale, le rappresentazioni subsimboliche continuamente varianti che costituiscono le classi funzionalmente equivalenti di rappresentazioni sono connesse a, e rappresentate da, immagini specifiche che funzionano come simboli o prototipi. La suddivisione della gamma continuamente variabile di rappresentazioni in rappresentazioni porto tipiche discrete è il processo fondamentale di simbolizzazione all'interno del dominio non verbale. Solo dopo tale costruzione di immagini e caratteristiche prototipiche discrete può prendere corpo la mappatura dell'esperienza nel linguaggio. La suddivisione delle rappresentazioni continue in immagini prototipiche basata su equivalenza di struttura o funzione o associazione nel tempo e nello spazio può realizzarsi in via intra e inter modale; in questo modo si formano simboli e concatenazioni di immagini in episodi prototipici che forniscono la base per la costruzione degli schemi emotivi. Gli *step*, quindi, che portano dal subsimbolico al simbolico non verbale e al verbale sono: (A) variazione continua dello stimolo (rappresentazioni subsimboliche) (B) suddivisione in classi di rappresentazioni funzionalmente equivalenti (C) costruzione di immagini prototipiche (forme simboliche non verbali) che operano a vari livelli di astrattezza (D) rappresentazione in forma verbale. La costruzione del processo referenziale attraverso cui viene espressa l'esperienza emotiva ha inizio nella primissima infanzia nel contesto della relazione madre-bambino. Il processo referenziale ha basi interpersonali perché include connessioni tra il proprio stato soggettivo e l'espressione manifesta, ma anche tra la propria esperienza interna e l'espressione degli altri. Le reazioni facciali e comportamentali materne costituiscono i primi simboli esterni che il bambino può usare per riferirsi al suo proprio stato interno. Anche Stern (1985) considera

---

<sup>31</sup> La connessione consente l'integrazione delle funzioni, l'organizzazione del comportamento orientato allo scopo e lo stabilirsi di un senso unitario del sé.

che le espressioni e il comportamento della persona che accudisce forniscono rappresentazioni simboliche esterne per l'esperienza interna del bambino, espletando questa funzione prima dell'acquisizione del linguaggio. Definisce questa interazione, che ha inizio verso i 9 mesi, 'sintonizzazione degli affetti':

una sintonizzazione è un rimodellamento, una riproposizione di uno stato soggettivo. Tratta lo stato soggettivo come il referente e il comportamento manifesto come una delle tante manifestazioni o espressioni possibili del referente. (Stern, 1985, pag. 161)

Il processo di sintonizzazione degli affetti può essere considerato il primo stadio del processo referenziale, per come si applica alla verbalizzazione dell'emozione. La risposta di colui che accudisce serve da rappresentazione ed estensione dello stato emotivo del bambino, non essendo una semplice imitazione del comportamento esterno.

Il processo referenziale, che organizza l'esperienza non verbale connettendola alle parole, è una funzione cognitiva e si traduce in diverse modalità linguistiche:

- un'alta RA indica connessioni attive e dirette tra rappresentazioni mentali e parole, si riflette in un linguaggio che acquisisce una qualità di immediatezza nelle rappresentazioni di colui che parla e che facilmente evocherà anche in chi ascolta un'esperienza vivida, particolareggiata e immediata

- una bassa RA si associa a un linguaggio generico, astratto e vago che indica che chi parla non sembra in contatto con la sua esperienza e non riesce a farvi entrare in contatto chi ascolta.

Sono state sviluppate diverse misure per determinare queste qualità del linguaggio, che sono in grado di dirci se e fino a che punto è probabile che l'esperienza non verbale, compresa quella emotiva, venga attivata nella mente di chi parla. Le misurazioni 'manuali', affidate alla valutazione di giudici, identificano quattro dimensioni fondanti il discorso: (A) concretezza, si fonda sul grado di qualità percettiva o sensoriale tra cui riferimenti a tutte le modalità sensoriali, all'azione e all'esperienza corporea (B) rappresentazione mentale, è il grado in cui il linguaggio evoca in chi ascolta l'esperienza corrispondente (C) specificità, è l'ammontare dei dettagli e la quantità di descrizioni esplicite (D) chiarezza, è la chiarezza di un'immagine per come emerge attraverso il linguaggio, è il giudizio sul grado di focalizzazione appropriata dell'immagine linguistica (Bucci, 1992). Le scale di concretezza e rappresentazione mentale sono molto intercorrelate tra loro e la loro media, il CONIM, può venire usata come livello di espressione della rappresentazione mentale sensoriale; specificità e concretezza, se combinate a livello medio, definiscono il CLASP che è un indicatore dell'organizzazione del discorso.

Le misure computerizzate non vanno a rilevare questi indicatori linguistici, ma identificano caratteristiche dello stile linguistico tramite l'analisi di specifiche unità lessicali e di loro categorie, indipendentemente dal loro ordinamento sequenziale e dalla costruzione grammaticale (Mergenthaler, Bucci, 1993; Bucci, 1995). Sono state costruite a partire dalla valutazione di giudici esperti che dovevano decidere per tutta una lista di vocaboli se erano rappresentativi di un'alta o bassa RA, se indicavano un'emozione positiva, negativa o neutra, o piuttosto se potevano essere considerate parole riflessive o rientravano invece nelle categorie di tutti gli intercalari che inframmezzano la lingua. Le liste di parole sono costituite da parole con alta frequenza nell'uso quotidiano e l'analisi si focalizza sullo stile piuttosto che sul contenuto. Queste misure computerizzate hanno degli indubbi vantaggi: l'efficacia di applicazione a larghi campioni, l'eliminazione del problema dell'affidabilità delle valutazioni dei giudici e la possibilità di applicare standard significativi e fissi a differenti popolazioni e materiali.

**GLI SCHEMI DELL'EMOZIONE.** Le emozioni sono viste, all'interno della teoria del codice multiplo, come schemi di memoria costruiti dalle ripetute interazioni con persone significative, dall'inizio della loro vita. Gli schemi emozionali sono rappresentati come eventi prototipici che partecipano a un nucleo centrale subsimbolico di esperienze sensoriali, viscerali, somatiche e motorie. Essi costruiscono le previsioni nei confronti degli altri e di noi stessi: come agiranno con noi le altre persone in particolari circostanze, come agiremo e reagiremo noi, e cosa probabilmente proveremo. Come

tutti gli schemi di memoria, gli schemi emozionali determinano come noi percepiamo il mondo circostante e come tale percezione può modificarsi in base a nuove percezioni. Gli schemi emozionali possono operare nella o al di fuori della consapevolezza. La formulazione degli schemi emozionali come schemi di memoria<sup>32</sup> è costruita sulle prime nozioni degli schemi di memoria<sup>33</sup> di Bartlett (1932), ed è compatibile con il corrente approccio dell'elaborazione dell'informazione alla teoria dell'emozione (Lang, 1994; Scherer, 1984), così come alla corrente di ricerca sulla neurofisiologia delle emozioni (Damasio, 1994; LeDoux, 1989).

Gli schemi dell'emozione sono definiti come rappresentazioni prototipiche del sé in relazione con gli altri, costituite attraverso la ripetizione di episodi con stati affettivi condivisi. Gli stati affettivi consistono di raggruppamenti di elementi sensoriali, viscerali e motori subsimbolici, che si realizzano all'interno o al di fuori della consapevolezza. Tali stati affettivi sono attivati ripetutamente e regolarmente in risposta a persone o eventi particolari. Gli stessi episodi prototipici costituiscono, immagazzinati nella memoria, la struttura degli schemi dell'emozione. Sono eventi concreti resi astratti, metafore degli accadimenti esistenziali che incorporano ciò che accade quando si ha un desiderio o un bisogno, ciò che le altre persone fanno, il modo in cui si sentono. Le immagini delle persone che figurano negli episodi prototipici conferiscono significato simbolico interpersonale alle costellazioni subsimboliche dello stato affettivo centrale.

LA COSTRUZIONE DEL SE'. Gli schemi dell'emozione spiegano la costruzione del sé e della conoscenza del mondo interpersonale. Nel funzionamento adattivo, gli schemi emotivi sono costantemente e flessibilmente regolati nelle relazioni interpersonali e, inoltre, un modello emotivo adattivo sarà caratterizzato dall'integrazione dei tre sistemi di elaborazione. Per spiegare la costruzione del sé 'normale' Bucci (2002) parte dalle teorizzazioni di Damasio (1994) che definisce il concetto di *dispositional representations* come la base neurologica per gli schemi dell'emozione. Si tratta di strutture neuropsicologiche o *networks* neurali connessionistici che prendono vita

quando i neuroni si attivano, con un particolare *pattern*, in un certo momento, per un certo tempo e verso un dato *target* che dà vita anche a un altro complesso di neuroni. (Damasio, 1994, pag. 103)

Costituiscono l'insieme delle nostre conoscenze, innate e acquisite e sono associate a vari risultati: possono attivare altri dispositivi associati in vari modi, generare immagini o movimenti. In quest'ottica, l'emozione può essere intesa come un *pattern* complesso di reazione somatica a una variazione comportamentale ed è il fatto essenziale e irrinunciabile dell'esperienza di coscienza. L'autore delinea quindi un parallelo tra stati di coscienza, rappresentazioni del sé e stati emotivi.

---

<sup>32</sup> Definita come un processo attivo di ricategorizzazione e ricostruzione e non come semplice ricostruzione di immagini fissate nella mente.

<sup>33</sup> Si tratta di rappresentazioni organizzate di conoscenza e di esperienze passate che sono attivate e modificate dall'esperienza, determinando interattivamente il modo in cui viene percepita.

Tab. 3 – Coscienza, sé, emozioni e sentimenti

| Coscienza  | Sé   | Stati emotivi   |
|--|--|---|
| Non-coscienza  | Proto-sé – basato sulle mappe neuronali che rappresentano aspetti del corpo, assemblamenti cerebrali che mantengono continuamente e senza consapevolezza lo stato del corpo entro il range necessario per la sopravvivenza   | Avere un'emozione – si manifesta con comportamenti osservabili, ben orchestrato set di risposte, immediate soluzioni a un problema<br><br>Avere il sentimento di un'emozione – si manifesta come rappresentazioni interne, facilita la presa di consapevolezza di un problema (mappe neurali di primo ordine) |
| Coscienza nucleare – rappresentazione di un oggetto, un organismo e la relazione tra essi  | Sé nucleare – immagine transiente di quanto e come l'organismo è emotivamente coinvolto nel processare un oggetto, fornisce all'organismo un senso di sé in un dato momento e in un dato luogo   | Sentimento di sapere di avere un sentimento – facilita la pianificazione di nuove risposte, situazione-specifica (mappe neurali di secondo ordine)  |
| Coscienza estesa – quando sia un oggetto presente (che può essere un evento interno o esterno) sia un oggetto della memoria autobiografica generano simultaneamente una coscienza nucleare | Sé autobiografico – nozione tradizionale di sé, costruito sugli schemi della memoria autobiografica, associato ai costrutti di identità e personalità, è un senso elaborato del sé e ci colloca in un punto del nostro tempo storico con la piena consapevolezza del passato vissuto e del futuro previsto e con una profonda conoscenza del mondo che ci circonda | Opera a livelli multipli di complessità, incorporando eventi passati, fantasie sul futuro, tutti i contenuti della memoria autobiografica   |

Fonte: Damasio, 1994, 1999

Questa teoria fornisce un ancoraggio per spiegare la patologia e la formazione di schemi patologici.

**UN MODELLO PER SPIEGARE LA PATOLOGIA.** Nel funzionamento adattivo, gli schemi della memoria sono continuamente aperti al cambiamento. Ogni attivazione di uno schema ha la capacità di immagazzinare nuova informazione e quindi di modificare lo schema in qualche modo. Il cambiamento negli schemi dell'emozione, che sono dominati dalle componenti subsimboliche, è generalmente più difficile da raggiungere rispetto agli schemi della memoria. I processi subsimbolici lavorano con immediatezza ed efficacia, finché sono adeguati; quando non lo sono più, il processore subsimbolico potrebbe non essere in grado di operare il ridimensionamento necessario. I cambiamenti negli schemi dell'emozione presentano ancora più problemi di quelli presentati dagli schemi cognitivi e sensoriali. Nella natura degli schemi dell'emozione, ciascun elemento dello schema – una parola, un'immagine, un'azione, un odore – può attivare altri schemi. Quando viene attivato uno schema emotivo negativo da uno qualsiasi dei suoi elementi, verranno suscitati anche il nucleo affettivo e la risposta comportamentale associati con lo schema. Lo schema può venire attivato nell'esperienza attuale o dalla memoria o immaginazione. Nel caso di schemi negativi o conflittuali, agli elementi sensoriali e viscerali, che non possono essere controllati e regolati intenzionalmente, verrà associata sofferenza. L'anticipazione di un evento temuto è una sua riedizione parziale, con le sue componenti somatiche dolorose, in una qualche forma di traccia: è angoscia e diventa la sofferenza stessa. Alcune persone possono, invece, avere sviluppato schemi di protezione o tranquillizzanti, forse incorporando immagini internalizzate del *caretaker*, che vengono attivati in risposta ad aspettative dolorose e che permettono una certa regolazione dell'affetto. Se l'affetto non è sopraffacente, o se gli schemi di auto conforto sono efficaci nel modulare l'affetto, il soggetto potrà essere in grado di esaminare la validità dell'aspettativa nel modo in cui si realizza nella realtà o nell'immaginazione. Il soggetto può riuscire a integrare nuove informazioni in nuove situazioni, potendo esaminare il grado di corrispondenza tra l'aspettativa e l'evento. Le aspettative e le convinzioni associate a eventi minacciosi possono essere cambiate e lo schema in seguito ricostruito. Se l'affetto doloroso è sopraffacente, si costituirà uno

schema dell'emozione patologico. Gli schemi dell'emozione possono agire in senso disadattivo: forme differenti di psicopatologia possono essere caratterizzate da disintegrazione dei sistemi simbolico verbale, non verbale e subsimbolico. La dissociazione entro lo schema emotivo può sopravvenire attraverso un *range* di situazioni legate allo sviluppo. Le componenti somatiche e sensoriali di alcuni eventi (paura, rabbia nei confronti del *caretaker*, desideri conflittuali, sentimenti di disperazione, impulsi distruttivi verso altri o verso di sé, timore di abbandono) possono essere esperite come potenzialmente schiacciati, opprimenti o minacciose per la propria sopravvivenza.

Tab. 4 – Funzionamento adattivo versus psicopatologia

| Coscienza  | Sé   | Stati emotivi   |
|--|--|---|
| Non-coscienza  | Proto-sé – basato sulle mappe neuronali che rappresentano aspetti del corpo, assemblamenti cerebrali che mantengono continuamente e senza consapevolezza lo stato del corpo entro il range necessario per la sopravvivenza   | Avere un'emozione – si manifesta con comportamenti osservabili, ben orchestrato set di risposte, immediate soluzioni a un problema<br><br>Avere il sentimento di un'emozione – si manifesta come rappresentazioni interne, facilita la presa di consapevolezza di un problema (mappe neurali di primo ordine) |
| Coscienza nucleare – rappresentazione di un oggetto, un organismo e la relazione tra essi  | Sé nucleare – immagine transiente di quanto e come l'organismo è emotivamente coinvolto nel processare un oggetto, fornisce all'organismo un senso di sé in un dato momento e in un dato luogo   | Sentimento di sapere di avere un sentimento – facilita la pianificazione di nuove risposte, situazione-specifica (mappe neurali di secondo ordine)  |
| Coscienza estesa – quando sia un oggetto presente (che può essere un evento interno o esterno) sia un oggetto della memoria autobiografica generano simultaneamente una coscienza nucleare | Sé autobiografico – nozione tradizionale di sé, costruito sugli schemi della memoria autobiografica, associato ai costrutti di identità e personalità, è un senso elaborato del sé e ci colloca in un punto del nostro tempo storico con la piena consapevolezza del passato vissuto e del futuro previsto e con una profonda conoscenza del mondo che ci circonda | Opera a livelli multipli di complessità, incorporando eventi passati, fantasie sul futuro, tutti i contenuti della memoria autobiografica   |

Fonte: Bucci, 1992

La persona che si trova nella morsa di un'emozione dolorosa non può controllare direttamente le componenti subsimboliche. I simboli sono ciò che siamo in grado di regolare e dirigere fino a un certo limite. Nella nevrosi, piuttosto che usare il sistema simbolico per valutare ed esaminare il significato emotivo di una fantasia o di un evento anticipato, o per mettere alla prova la fondatezza dell'aspettativa, la persona può tentare di evitare i simboli allontanandosene o eliminandoli in qualche modo. Così si ritira da, o agisce distruttivamente sugli oggetti, le immagini, le parole, i suoni connessi allo schema e che servirebbero ad attivarlo. L'evitamento può avvenire nella realtà o tramite il ritiro dell'attenzione da tali entità che sono rappresentate mentalmente o esistono nella memoria. L'operazione della dissociazione o desimbolizzazione, nella quale vengono recise le connessioni tra gli elementi subsimbolici e simbolici dello schema, lavora in maniera inversa rispetto al processo organizzativo degli schemi. Questa strategia è mal adattiva: i contenuti subsimbolici dolorosi, infatti, continuano a essere attivi anche se l'oggetto simbolico viene evitato – benché non vengano riconosciuti. Come tutti gli elementi subsimbolici non connessi ai simboli, possono venire sperimentati come fuori di se stessi, al di fuori della sfera sulla quale si esercita il controllo. Allo stesso tempo, il soggetto si è allontanato e ritirato dai simboli, componenti degli schemi dell'emozione, che potrebbe intenzionalmente dirigere. In questo modo si sperimenta un'alta attivazione delle componenti somatiche o motorie dello schema emotivo, che si verifica in situazioni diverse da quella in cui è stata evocata, senza mezzi di organizzazione simbolica,

di comunicazione agli altri e di regolazione attraverso il sé. Questa è la natura peculiare degli schemi dell'emozione che determina la loro persistenza e pervasività. L'anticipazione dello schema temuto, con il suo nucleo affettivo, è in sé dolorosa e si autogiustifica. La strategia di dissociazione o di desimbolizzazione interrompe e blocca i processi valutativi e la possibilità di autoregolazione. Gli schemi dell'emozione dolorosi, così, si autoperpetuano e incorporano una gamma sempre più vasta di situazioni diverse da quelle in cui gli schemi sono stati inizialmente evocati. La persona si sente attivata, senza comprenderne il motivo e si sentirà così in molti contesti nei quali l'attivazione potrebbe non essere adattiva.

La dissociazione può sopraggiungere a livelli multipli entro rappresentazioni disposizionali distribuite che costituiscono schemi emotivi, bloccando l'immissione di nuove informazioni e l'elicitazione di risposte appropriate. La dissociazione può articolarsi su differenti livelli:

- un primo livello sarà caratterizzato dal fallimento della connessione tra esperienza corporea e rappresentazione simbolica; cioè l'individuo sarà cosciente dell'emozione, ma non la riconoscerà come parte integrante del proprio sé. Tale livello può essere associato ad eventi traumatici, abusi e gravi disturbi psicopatologici; ad esempio, in pazienti colpiti da traumi, si potrà verificare la perdita della comprensione di ciò che accade come avvenimento legato al proprio sé corporeo
- un secondo livello sarà caratterizzato dalla consapevolezza di eventi nel presente, privi di connessione con il passato; ossia l'emozione sarà esperita senza il suo significato contestuale o il suo equivalente rappresentazionale: verrà provato come avvenimento riguardante il proprio sé, ma il suo significato 'storico', interpersonale, non sarà riconosciuto, individuato o distinto
- un terzo e più complesso livello farà riferimento a disconnessioni nella memoria autobiografica; ovvero alcune componenti del significato emotivo degli eventi della propria vita saranno accessibili, mentre altre saranno bloccate, tenute fuori dalla coscienza.

Per ristabilire un senso di controllo sul suo stato corporeo o emotivo, può attivare il meccanismo della ri-simbolizzazione, tentando di attribuire un nuovo significato all'innescò dello schema doloroso, evitandone così il significato reale, allo scopo di connettere di nuovo i processi subsimbolici ai simboli. Questi tipi di processo sono le 'attribuzioni' delle teorie cognitive dell'emozione e in senso psicoanalitico possono essere intesi come spostamento e relative operazioni difensive. Il nuovo oggetto o la nuova situazione saranno probabilmente simili o associati con gli elementi simbolici dissociati, ma abbastanza distanti da non rendere visibile la connessione. La ri-simbolizzazione, per quanto pur sempre patologica, costituisce comunque un tentativo di simbolizzazione, di guarigione spontanea all'interno del campo rappresentazionale pur mantenendo l'iniziale dissociazione difensiva. Anche se la regolazione e il controllo sono sollecitati in maniera disadattiva, costituiscono ugualmente una base per la connessione a oggetti e per la cura. Il tentativo di stabilire un significato sostitutivo/surrogato, consentirà di evitare o schivare la conoscenza dell'attuale schema stimolato: è ciò che si verifica nella somatizzazione e negli *acting-out*. A tal proposito, la teoria del Codice multiplo considera le manifestazioni sintomatiche come entità simboliche discrete – un primo passo verso una forma più adeguata di simbolizzazione – piuttosto che una semplice espressione di resistenza o di regressione:

la sofferenza, l'*acting-out*, le preoccupazioni ossessive possono costituire le sole entità disponibili per essere sperimentate e analizzate insieme, nelle fasi precoci del trattamento di pazienti con gravi patologie. (Bucci, 1997, pag. 262)

A tal proposito, è possibile rintracciare un parallelo tra il modello elaborato dalla Bucci e le ipotesi avanzate da Chiozza e Matthis (1999), secondo i quali

tutti i disturbi somatici, al di là delle loro manifestazioni sintomatologiche, rappresentano specifici significati simbolici. (Solms, Bucci, 2000, pag. 197)



La somatizzazione implica, infatti, l'attivazione delle rappresentazioni somatiche subsimboliche non connesse alle rappresentazioni simboliche o che se ne sono dissociate, per cui vengono in seguito vissute solo come eventi somatici, senza riconoscere alcun significato psichico. Tale fenomeno è, a volte, evidente nei pazienti con disturbo post traumatico da stress, che percepiscono i fenomeni somatici e quelli derivanti dall'eccitamento cronico del sistema nervoso come ricordi di eventi traumatici non integrati con la strutturazione cognitiva dell'esperienza traumatica.

La Bucci ha inoltre utilizzato il suo modello emozionale anche per spiegare il fenomeno dell'*alexithymia*, intendendolo come assenza di simboli – verbali e non – per spiegare i propri stati somatici, piuttosto che ridurla alla semplice definizione di 'essere senza parole per le emozioni' (Bucci, 1997; Taylor, 2003).

**LA TALKING CURE.** La dissociazione tra funzioni subsimboliche e simboliche blocca il cambiamento e lo sviluppo degli schemi dell'emozione nella direzione adattativa<sup>34</sup>. Lo scopo del trattamento consiste nel fare breccia nella nevrosi così che i processi di sviluppo possano procedere lungo il loro corso normale:

al circolo vizioso si sostituirà un circolo benigno. (Strachey, 1934, pag. 341)

Il circolo vizioso della nevrosi, nella lingua del codice multiplo, riguarda la disconnessione delle componenti subsimboliche dello schema emotivo dai sistemi organizzanti delle immagini e delle parole, mentre l'affetto doloroso continua a essere attivato, divenendo sempre più pervasivo. Il cambiamento strutturale necessario e così difficile da raggiungere è la connessione del nucleo affettivo dissociato di uno schema dell'emozione a simboli che esprimono il suo reale significato emotivo. Ciò può richiedere l'abbandono del significato simbolico che è subentrato, che può esso stesso causare difficoltà e dolore. Per cambiamento strutturale si intende la riorganizzazione duratura degli schemi dell'emozione. La cura analitica è specificamente designata a permettere l'attivazione di vecchi schemi emotivi, con il loro nucleo affettivo, in un nuovo contesto interpersonale nel quale possano essere tollerati, esaminati e ricostruiti e dove possa svilupparsi nuovo significato emotivo. Il cambiamento che si persegue concerne le componenti sensoriale, viscerale e motoria dello schema, così che l'individuo si senta realmente diverso e guardi al mondo in modo diverso. L'attivazione dello schema con le sue componenti subsimboliche è necessaria per questo cambiamento: non è sufficiente parlarne, i vecchi schemi devono essere ri-sperimentati anche a livello corporeo. L'attivazione delle componenti subsimboliche permettono il manifestarsi dello schema, che viene poi ricostruito in nuove classi di esperienza funzionalmente equivalenti che consentono una ri-categorizzazione funzionale del campo interpersonale. Per fare questo, il primo passo è che il paziente impari a sviluppare il processo di simbolizzazione perché è solo attraverso il linguaggio e la verbalizzazione che si costruisce un discorso condiviso di accettazione e riconoscimento che può insegnare l'etero e l'auto regolazione delle emozioni. Per essere un 'buon paziente', dunque, il soggetto deve imparare a parlare e a simbolizzare gli schemi dell'emozione: imparare ad essere un paziente dipende dallo sviluppo del processo referenziale – la costruzione di connessioni all'interno di un individuo tra l'esperienza emotiva e le parole e la costruzione di connessioni tra individui nel discorso condiviso.

**IL CERCHIO DELLA COMUNICAZIONE EMOTIVA NEL COLLOQUIO CLINICO: GLI STADI DEL PROCESSO REFERENZIALE.** Secondo il costrutto dell'Attività Referenziale il trattamento psicoanalitico avrà come fine ultimo la ricostruzione dello schema emotivo dissociato, attraverso l'attivazione del Ciclo referenziale, che indica sostanzialmente il buon funzionamento della terapia. Tale ciclo si dispiega in tre differenti fasi:

- attivazione dell'esperienza emozionale in forma subsimbolica. Il processo ha inizio con l'attivazione di un'emozione con le sue diverse componenti, tra cui il nucleo affettivo dell'esperienza sensoriale e viscerale, le tendenze all'azione rappresentate come programmi motori, gli oggetti dell'emozione e altri contenuti simbolici. In questa fase, il soggetto

---

<sup>34</sup> Circolo vizioso nevrotico di Strachey (1934).



attiverà solo le componenti subsimboliche dello schema, senza la conoscenza emotiva a esse connesse, ovvero si sentirà attivato, ma non sarà in grado di attribuire un nome alle proprie emozioni<sup>35</sup>

- fase di simbolizzazione. È la fase della connessione dell'esperienza subsimbolica ai simboli e può essere divisa in due sottofasi: (A) costruzione di rappresentazioni mentali prototipiche per cui l'esperienza subsimbolica in ciascuna modalità sensoriale viene categorizzata in classe funzionalmente equivalenti che diventano prototipiche (B) racconti di immagini prototipiche ed episodi associate all'emozione – narrare una storia è il modo più vicino per comunicare un affetto in forma verbale. È la fase dell'emergenza dell'immaginario: dal protosimbolico al simbolico (racconto simbolico dalle immagini alle parole). Attraverso la narrazione il soggetto sarà in grado di connettere le componenti subsimboliche al nucleo affettivo corrispondente; attribuirà, cioè, un nome alle proprie emozioni. Si tratterà per lo più di un'attivazione protosimbolica, in cui le esperienze subsimboliche saranno verbalizzate, ma il paziente non sarà ancora in grado di comprenderne il significato profondo

- riflessione e verifica (continua elaborazione dei contenuti dello schema). Con l'aiuto del terapeuta, il paziente è ora pronto a instaurare i presupposti per il cambiamento all'interno della relazione. Sarà, cioè, pronto a riattualizzare gli schemi dissociati e a modificarli attraverso la figura del terapeuta. Il valore terapeutico del transfert può, a questo punto, assumere tutta la sua pregnanza. Lo schema non sarà solo reiterato, bensì ricostruito:

la verbalizzazione delle emozioni attraverso i racconti autobiografici permetterebbe al paziente un'elaborazione dei significati affettivi conflittuali o dissociati, attraverso una maggiore integrazione fra esperienza emozionale e pensiero verbale, fino a introdurre nuove modalità di organizzare l'esperienza sia nella narrazione in seduta che nei comportamenti fuori dalla seduta. (De Coro, Mariani, 2006, pag. 4)

La fase della riflessione e verifica sarà caratterizzata da un decremento nei livelli di RA: è come se il soggetto, in un tentativo di maggiore comprensione del suo stato, ripercorresse il ciclo referenziale a ritroso. È importante, comunque, ricordare che il ciclo referenziale è attivo, ricorsivo e bi-direzionale. Tale bi-direzionalità, nel dialogo terapeutico, si evidenzia non solo nella modalità in cui il soggetto percorre e ripercorre i differenti stadi, ma anche nella modalità in cui attiverà gli stessi nel terapeuta; infatti il processo referenziale

nel paziente andrà dal non verbale al verbale, nel tentativo di comunicare verbalmente la propria esperienza; nel terapeuta, invece, avverrà nella direzione opposta, nella comprensione e decodificazione delle comunicazioni verbali in termini di esperienza soggettiva. (De Coro, Caviglia, 2000, pag. 28)

Nel ciclo referenziale, il cambiamento può avvenire ricongiungendo il nucleo affettivo dissociato di uno schema emotivo al suo reale significato simbolico. Ciò comporta un lavoro di riconnessione delle componenti somatiche, sensoriali e motorie dello schema tra loro e alle parole. Solo così è possibile perseguire una

riorganizzazione duratura degli schemi dell'emozione. Tale cambiamento è il fine ultimo della terapia psicoanalitica, che la contraddistingue da altre forme di trattamento (Bucci, 1997, pag. 198)

se il processo referenziale opera con successo, le nuove connessioni all'interno del sistema verbale retroagiranno per consentire il cambiamento in quelli non verbali: emergono nuovi raggruppamenti di esperienze funzionalmente equivalenti nei sistemi subsimbolici, mentre la loro identificazione avviene in modalità simboliche. E così via in modo ciclico e ricorsivo. Questa ciclicità riprende le teorizzazioni rispetto al ciclo della 'buona ora analitica' di Kris (1956): c'è una prima fase di 10-15 minuti di preparazione e incubazione prima che si attivi il ciclo che portano all'attivazione del lavoro sub simbolico. Qualcosa avviene all'interno del paziente, anche se niente ancora può essere verbalizzato e condiviso. Il paziente accenna solo a qualche elemento dello schema, anche se il significato emotivo di questo materiale non è manifesto. In seguito si realizzerà la seconda fase del ciclo, quella della simbolizzazione o

---

<sup>35</sup> L'affetto precede la cognizione (Zajonc, 1980).

illuminazione con l'emergere di un sogno o di un ricordo che possono avere gradi diversi di carica affettiva. La possibilità di intervento per un cambiamento può verificarsi a questo livello:

può essere un'interpretazione, ma non solo. A volte tutto quello che l'analista deve fare è porre una domanda. Il paziente potrà egli stesso operare una sintesi e arrivare alle conclusioni. (Kris, 1956, pag. 446)

Questa è la terza parte del ciclo, dominata dalla riflessione e rielaborazione del materiale. È un processo di *insight* emotivo nel quale può realizzarsi una certa riorganizzazione dello schema. Possono essere formulate nuove connessioni all'interno del sistema verbale, che può retroagire per attivare altri aspetti non verbali dello schema. In seguito può iniziare un nuovo ciclo a livello più profondo.

Da quanto detto, sembra possibile affermare che

il metodo elaborato da Bucci può essere utilizzato come supporto alla valutazione clinica del cambiamento, offrendo la possibilità di individuare, attraverso un'analisi del linguaggio, le variazioni tra esperienze emozionali profonde ed esperienze riportate in modo ripetitivo, razionalizzato e congelato. (De Coro, Caviglia, 2000, pag. 33)

**IL CICLO REFERENZIALE NEL PROCESSO DI ASCOLTO.** Caratteristica fondamentale del ciclo referenziale è la sua caratteristica bi-direzionale: il processo è attivo solo mentre colui che ascolta traduce le parole degli altri nei propri sistemi rappresentazionali subsimbolici ed emotivi. Il processo di traduzione all'indietro è coinvolto in modo continuo e iterativo mentre il soggetto usa il linguaggio per dirigersi e regolarsi. L'abilità specifica del clinico, ascoltare il materiale verbale con il 'terzo occhio', scovare il filo nascosto tra gli elementi delle strutture emotive, dipende dall'attivazione della funzione referenziale bi-personale nel processo di ascolto. La descrizione di Arlow (1979) del processo di ascolto segue la progressione del ciclo referenziale:

- il clinico comincia con la sospensione del giudizio critico, ascoltando passivamente e indiscriminatamente ciò che viene riportato dal paziente. Le modalità di comportamento, tra cui l'espressione facciale, la postura corporea, i gesti, il timbro di voce e la velocità del discorso trasmettono informazioni sugli aspetti emotivi del paziente. Informazione viene ugualmente prodotta dall'esperienza del clinico dei suoi propri stati affettivi e fisiologici. È la fase dell'elaborazione subsimbolica: il clinico è aperto e si connette allo schema dell'emozione attivato dal paziente con il suo nucleo affettivo subsimbolico, senza ancora imporre categorie emotive

- a un certo punto, rappresentazioni mentali della memoria e dell'esperienza del clinico entrano nella sua coscienza, causando uno spostamento da ciò che lui definisce uno stato passivo-dipendente – o subsimbolico. Queste rappresentazioni arrivano sotto forma di

una sorta di pensiero occasionale, il ricordo di un paziente con un problema simile, un verso di una poesia, le parole di una canzone, una barzelletta ascoltata, un commento, magari un libro letto la sera prima, o un incontro alla sezione locale di una qualche settimana prima. (Arlow, 1979, pag. 200)

La connessione della nuova rappresentazione a ciò che il paziente sta dicendo, all'inizio potrebbe non essere chiara. Questa è la fase di simbolizzazione o illuminazione del processo di ascolto del clinico, che può concretizzarsi sia in forma di rappresentazione mentale sia di pensieri verbali

- l'associazione delle rappresentazioni del clinico con gli aspetti emotivi del paziente è realizzata o in maniera concomitante o immediatamente dopo. Il clinico realizza l'associazione per se stesso; poi deve decidere, sulla base del giudizio clinico, quali parte comunicare al paziente e in che modo. La risposta deve 'conformarsi' con il materiale del paziente secondo criteri ordinati e cognitivi, prima di venire formulata in una interpretazione. Questa è la terza fase, quella riflessiva, del processo di ascolto del clinico tramite il quale vengono generate le interpretazioni.

Le rappresentazioni che sono alla base della risposta del clinico sono la simbolizzazione del suo schema di ciò che il paziente gli sta comunicando. È la significazione emotiva operata dal clinico sul materiale del paziente a essere sviluppata, indipendentemente dal grado di completezza con cui il paziente può essere rappresentato nella mente del

clinico. La comprensione del clinico deve essere influenzata dai suoi propri schemi emotivi, compresi quelli a lui non familiari o dissociati. Con il procedere del colloquio, il clinico dovrebbe essere poi in grado di determinare dalla risposta del paziente fino a che punto il suo schema che ha del paziente corrisponde ai reali problemi di quest'ultimo.

## EVIDENZE CLINICHE

### 1. UNA DIGRESSIONE NECESSARIA: L'OGGETTO DI INDAGINE. CHE COSA E' IL PROCESSO DIAGNOSTICO?

Prima di definire e declinare queste evidenze teoriche nel *setting* particolare che vogliamo studiare, vorremmo accennare brevemente e tracciare un *excursus* proprio sulle caratteristiche salienti che definiscono il processo diagnostico. Che cosa è? Quali le peculiarità? In che cosa si distingue dal colloquio terapeutico?

Il processo diagnostico consiste nell'insieme dei primi incontri tra clinico e paziente, due estranei che hanno un obiettivo comune, l'individuazione di una diagnosi e la pianificazione di un intervento/non intervento, e per raggiungerlo assumono ruoli e compiti distinti. L'oggetto della consultazione è il sintomo o il disagio lamentato dal paziente, rispetto al quale in genere egli ha già formulato una personale attribuzione di significato, nel tentativo di individuare una soluzione. A causa di una generale scarsità di conoscenze rispetto alle competenze e ai compiti del clinico, nonché dei numerosi stereotipi legati a questa figura professionale, spesso chi si rivolge allo psicologo non sa esattamente quale sia il suo ruolo, né quali specifiche forme di aiuto possa offrirgli. Questa diffusa carenza di informazioni ha portato a introdurre nella pratica clinica la prassi che prevede, nel corso del primo contatto con i pazienti, di fornire chiarimenti in merito alle funzioni svolte dallo psicologo. Spesso infatti, il paziente matura la decisione di consultare uno psicologo semplicemente da una riflessione relativa al fatto di avere un problema (vuole separarsi) a cui non riesce a far fronte e alla necessità di avvalersi di un aiuto – che però non è lo psicologo che gli può dare (avvocato divorzista?).

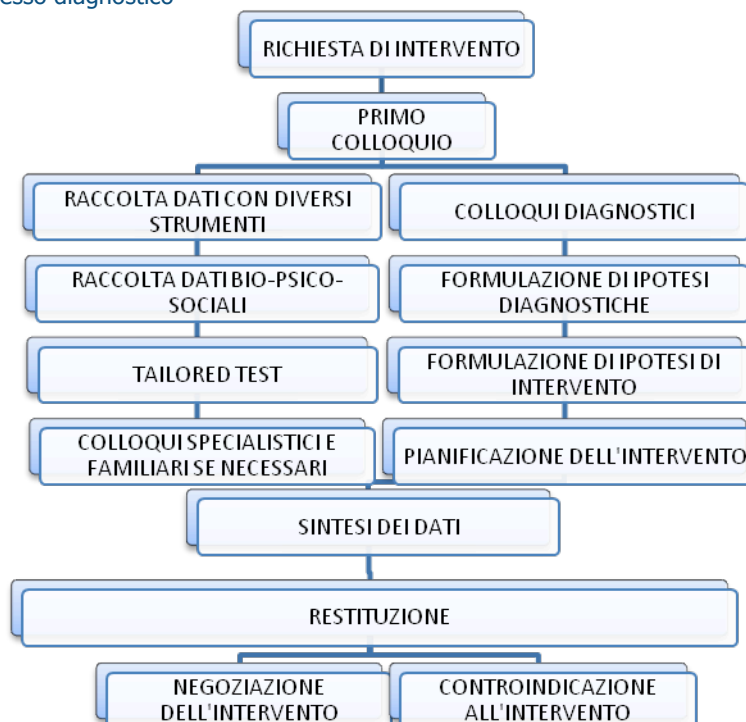
I colloqui del processo diagnostico, solitamente, si collocano all'interno del processo di *assessment* o valutazione, che è costituito da varie attività: lo *screening* di primo livello, la valutazione di competenze specifiche, la valutazione diagnostica, la valutazione per l'indicazione o meno al trattamento. Più genericamente, con il termine *assessment*, ci si riferisce a quel processo di conoscenza del paziente finalizzato a formulare una diagnosi – intendiamo specificamente il processo per mezzo del quale cerchiamo di conoscere (*dia*) il funzionamento (*gnosis*) psichico di un soggetto – e, sulla base di questa, formuliamo un'indicazione alla cura. L'*assessment* è considerato di grande importanza, soprattutto grazie al filone di ricerche che hanno dimostrato come una buona valutazione iniziale sia in grado di condurre a migliori esiti di trattamento. Una corretta individuazione delle problematiche presentate dal paziente e la loro adeguata definizione permette infatti la selezione delle aree in cui intervenire e del miglior intervento possibile. Inoltre il rilevamento dei punti di forza e di debolezza di un individuo consente di pervenire alla scelta degli obiettivi e delle tecniche più adeguate per ogni specifico paziente. Per questi motivi l'*assessment* si può considerare una tappa fondamentale di qualsiasi strategia terapeutica, nonché parte integrante del processo terapeutico, sia in qualità di momento iniziale, sia come verifica periodica dei cambiamenti del paziente e dei suoi progressi in rapporto agli obiettivi prefissati (Fava, Viganò, Ba, 2003). Un'altra funzione fondamentale della valutazione, nel caso in cui questa sia seguita da un percorso di psicoterapia, è quella di filtro strutturante la relazione terapeutica (Fava, Viganò, Ba, 2003). Il clinico, infatti, si avvale in primo luogo della relazione per la realizzazione delle sue finalità terapeutiche, relazione che si struttura anche sulla base dell'esperienza fatta dal paziente all'interno del percorso diagnostico. La modalità in cui la valutazione iniziale è stata svolta, il modello teorico di riferimento, la capacità del clinico di ascoltare e accogliere il paziente, raccogliere le informazioni in modo non invasivo né distanziante e le reazioni del paziente stesso a tutto questo, condizioneranno la strutturazione dell'eventuale indicazione terapeutica, l'adesione a essa e anche, in parte, dell'esito. È proprio in questa fase che vengono gettate le basi della relazione e dell'alleanza e in questa fase inizia quindi la costruzione del progetto terapeutico.

Per processo diagnostico intendiamo quindi quanto accade nella situazione diagnostica e in un contesto di sufficiente alleanza, in un ordine di tempo definito e sufficiente, procedendo per acquisizioni successive degli elementi significativi dell'organizzazione del paziente. (Lang, 1996, pag. 18).

Così come nella pratica medica in generale, anche in ambito della salute mentale è possibile ipotizzare che già nel momento del primo incontro il paziente metta in moto una precisa richiesta di intervento, ma nel caso specifico questa sarà accompagnata da un complesso di bisogni, affetti e fantasie che solo in parte possono essere ricondotte a una definizione più precisa e riconoscibile (Correale, 1991).

**GLI STRUMENTI DEL PROCESSO DIAGNOSTICO.** La consultazione si avvale di diversi strumenti, tra cui il colloquio clinico, il colloquio psichiatrico, il colloquio anamnestico e gli strumenti testologici. Il processo diagnostico si articola in una serie di passaggi, che vanno dal primo contatto con il paziente alla conclusione del processo stesso, attraverso la formulazione di ipotesi diagnostiche, l'individuazione degli interventi possibili, la scelta dell'intervento ritenuto elettivo per quello specifico paziente. L'attuazione dell'intervento e il *follow-up* non fanno parte del processo diagnostico, ma dei trattamenti e della loro valutazione.

Fig. 1 – Il processo diagnostico



Fonte: Lang, 2004

La schematizzazione delle tappe di un processo diagnostico ideale può essere quella presentata nella Figura 1, ma questo processo si può declinare in modi anche molto diversi tra di loro, in quanto è costruito in base alle diverse necessità del paziente secondo un approccio di *tailored assessment*.

Il primo incontro tra dottore e paziente, nella maggior parte dei casi, consiste in un colloquio clinico, nel corso del quale al paziente è dato ampio spazio affinché possa esporre sia la sintomatologia sia la diagnosi che ha fatto del proprio malessere sia descrivere gli eventuali rimedi che ha provato e i motivi per i quali, a suo avviso, si sono dimostrati del tutto o in parte inefficaci. In altri termini, l'obiettivo del primo colloquio è quello di permettere al paziente di formulare una richiesta che, sempre nel corso di quello stesso colloquio, il clinico può precisare e definire meglio. Così come Tuckett (1985) aveva definito la visita medica come un incontro tra due esperti, anche in questo

caso si può pensare il primo colloquio come l'incontro tra due esperti, dove il paziente è l'esperto del suo disagio e degli eventuali fallimenti terapeutici e il clinico mette a disposizione molteplici dati che potrebbero essere di ausilio per cercare di precisare e meglio definire non solo i confini del disagio attuale, ma anche il momento di insorgenza e le possibili cause che lo hanno in qualche modo determinato. Dopo il primo colloquio – in alcuni casi, dopo i primi colloqui – il clinico ha a disposizione diverse opzioni: può convocare altre persone che sono in qualche modo coinvolte nel malessere del paziente (ad esempio, i genitori o il *partner*), può ottenere altri dati facendo somministrare test di vario genere (cognitivi, proiettivi, inventari di personalità, ...), può chiedere una visita (ad esempio, neurologica, psichiatrica, internistica, ...) e un parere a un esperto diverso in modo da fugare dubbi diagnostici, può proporre la raccolta di dati bio-psico-sociali al fine di avere informazioni più specifiche che riguardano l'anamnesi remota, prossima e patologica del paziente e/o della sua famiglia. Nella pratica clinica, il percorso diagnostico non deve e non può necessariamente seguire un *iter* standard. La conclusione del processo diagnostico può coincidere con la formulazione di un'ipotesi diagnostica e la comunicazione della stessa al paziente (restituzione o raffronto), con un'indicazione di terapia o di intervento o con un'indicazione di non trattabilità o, ancora, con una controindicazione per un trattamento specifico.

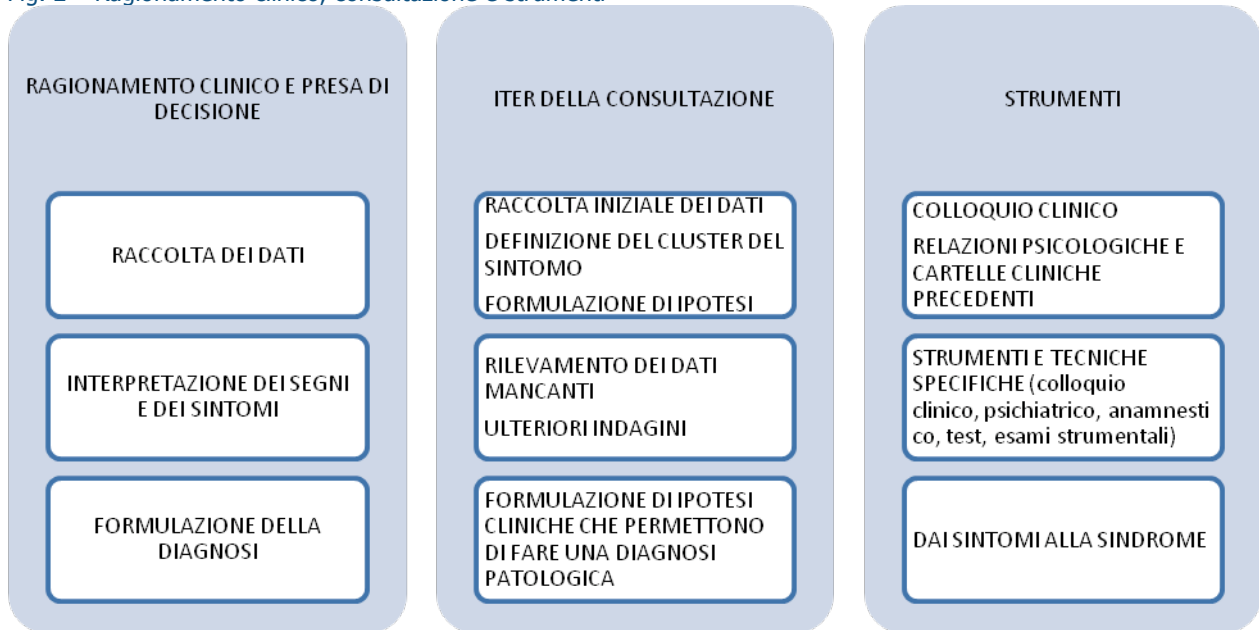
L'ipotesi diagnostica che conclude il processo diagnostico è la sintesi dei dati ottenuti dal paziente (elementi informativi diretti) e/o dai suoi familiari (elementi informativi indiretti), dei dati rilevati con l'osservazione, delle conclusioni diagnostiche cui sono pervenuti altri operatori (anche attraverso l'impiego di strumenti diversi, ad esempio, i test), delle ipotesi parziali generate nei diversi *step* dell'indagine e le loro eventuali discrepanze. Nella restituzione, questa ipotesi diagnostica è articolata in una serie di formulazioni comprensibili per il paziente, aderenti ai suoi vissuti e adeguate alle sue richieste (Del Corno, Lang, 1995). La restituzione o raffronto, infatti, è la tappa del processo diagnostico nella quale si comunicano al paziente e in cui si discutono con lui i risultati dei dati raccolti.

L'elemento che è il 'filo rosso' del processo diagnostico è il ragionamento clinico che permette al clinico di raccogliere una serie di dati rilevanti, formulare delle ipotesi che sottopone a verifica, per pervenire infine a una diagnosi che verrà adeguatamente elaborata prima di essere comunicata al paziente. Questo processo di pensiero è lo strumento che rende possibile scegliere le domande che si fanno, acquisire dati, interpretare i dati, generare ipotesi, sottoporle a verifica e valutare la loro correttezza:

è la trasformazione di giudizi inconsci, sensazioni e conoscenze in qualcosa di più esplicito. (Scriven, 1976, pag. 180)

a partire da osservazioni che vengono interpretate – vale a dire raggruppate sulla base di una capacità di pensiero inferenziale. Il ragionamento clinico è analogo al processo logico cui ricorre chiunque voglia risolvere un problema. Il suo scopo è tradurre la domanda aperta: che cosa non funziona in questo specifico paziente? in una serie di quesiti meglio definiti e più precisi (Del Corno, Lang, 1995).

Fig. 2 – Ragionamento clinico, consultazione e strumenti



Fonte: Lang, 1995

CARATTERISTICHE DEL PROCESSO DIAGNOSTICO. Il processo diagnostico è una situazione simile a quella di due persone che cercano di fare insieme un *puzzle*. Il paziente ha i pezzi del rompicapo, il clinico conosce il disegno che si deve ricomporre e deve quindi sapere come prendere i pezzi giusti del paziente (li chiede e li assembla per piccole porzioni: tecniche di valutazione), esaminare e muovere tutti i pezzi continuamente per trovargli la giusta collocazione (stato mentale) e confrontare costantemente i pezzi a disposizione con il disegno per vedere quali pezzi mancano ancora (diagnosi). Il fatto che entrambi vogliano fare il *puzzle* insieme costituisce il fondamento del rapporto (relazione). Questo processo di costruzione del *puzzle* si svolge nel tempo per fasi successive:

Fig. 3 – La formulazione della diagnosi



Fonte: Othmer, Othmer, 1989

Per formulare una diagnosi allora bisogna:

Tab. 5 – Un modello multifasico per la conduzione di un colloquio clinico

| Fase                                 | Relazione con il paziente   | Esame psichico  | Tecnica  | Diagnosi   |
|--------------------------------------|---|---|--|--|
| Warm up                              | Mette il paziente a proprio agio e pone dei limiti al setting         | Osserva l'aspetto, l'attività motoria, il comportamento, il linguaggio, il pensiero, il tono di umore, la capacità di orientamento e la memoria | Seleziona domande finalizzate                              | Rileva indici del comportamento del paziente   |
| Individuazione del problema          | Empatizza con la sofferenza del paziente                              | Indaga il tono di umore, l'insight, la memoria e la capacità di giudizio  | Inizia con domande aperte ampie                            | Classifica il problema principale, valuta i sintomi, la loro gravità, l'andamento, gli stressor, i fattori di rischio e protezione |
| Follow up delle impressioni iniziali | Diventa un alleato, rende chiari i passaggi da un argomento all'altro | Valuta la rapidità di pensiero e la capacità di cambiare contesto   | Passa da un argomento all'altro, pone domande chiuse       | Verifica o esclude le ipotesi diagnostiche   |
| Verifica attraverso l'anamnesi       | Mostra padronanza, interesse e capacità di porsi come esperto         | Valuta il senso di responsabilità e la capacità di giudizio   | Cambia argomenti, maneggia le difese                       | Valuta l'andamento, l'impatto sulla vita sociale, l'anamnesi   |
| Completamento dei dati di base       | Motiva alla valutazione   | Valuta le funzioni psichiche  | Riempie i vuoti, segue gli indizi e valuta le incongruenze | Esclude le diagnosi errate   |
| Feedback                             | Si assicura l'accettazione della diagnosi                             | Discute i risultati diagnostici e li confronta col paziente   | Spiega la diagnosi e le opzioni terapeutiche               | Formula diagnosi e prognosi  |
| Contratto per il trattamento         | Decide il da farsi e garantisce la compliance                         | Fa inferenze rispetto alla capacità di insight, al giudizio e alla compliance   | Discute il contratto terapeutico                           | Formula una predizione sull'esito  |

Fonte: Othmer, Othmer, 1989

È importante che questo processo, perché funzioni in modo ottimale, abbia un suo *setting* specifico e che la posizione emotiva si mantenga strettamente differenziata da quella terapeutica. La diagnosi è, infatti, una situazione di tregua in cui ogni giudizio è sospeso: le ipotesi, i convincimenti, le vicissitudini emotive dei singoli momenti godono del credito, provvisorio e a termine, di poter essere riviste in un insieme probabilmente diverso. Ogni decisione di intervento è sospesa, solo si vuole conoscere, capire, fotografare. La disponibilità concettuale ed emotiva del clinico e del paziente va a costituire quella che viene concettualizzata come 'alleanza diagnostica', quel particolare rapporto emotivo che si stabilisce tra paziente e clinico nel corso della consultazione. Essa presuppone che clinico e paziente riescano a lavorare su uno o più oggetti in comune, mettendo a disposizione ognuno le proprie competenze e specificità in vista di un operare comune. L'alleanza diagnostica non si instaura spontaneamente né è implicita nel processo diagnostico, ma per stabilirsi necessita di interventi specifici da parte del clinico (Del Corno, Lang, 2005). Si definisce quindi alleanza diagnostica un particolare tipo di alleanza tra clinico e paziente, che è diverso dall'alleanza terapeutica, pur costituendone spesso il miglior precursore, e che per la sua natura temporanea e sospensiva può essere condivisa anche da coloro che temono o rifiutano una relazione terapeutica. Il fondamento dell'alleanza diagnostica è costituito



dalla condivisione di un obiettivo ben definito: comprendere la situazione del paziente e valutare quali eventuali passi successivi si prospettino.

In genere chi si rivolge allo psicologo chiedendo aiuto considera positivamente una proposta di lavoro diagnostico finalizzato: la necessità di indagare il problema, prima di formulare un'eventuale indicazione al trattamento, viene percepita come un segnale di attenzione e professionalità, ed è quindi facilmente condivisibile (Balestri, Orefice, Pandolfi, 2002). Diversamente, nel caso di pazienti che per varie ragioni non condividono l'esigenza di questa fase valutativa, si rende necessario soffermarsi sull'argomento, esplicitando in modo più articolato quali siano il senso e l'utilità della diagnosi. Infatti è possibile che la situazione diagnostica venga rifiutata a causa dell'impossibilità a dilazionare la richiesta di aiuto dalla sua soddisfazione. L'alleanza diagnostica, così come quella terapeutica, è comunque condizionata dalla psicopatologia del paziente, in particolare dalla sua capacità di strutturare e mantenere relazioni, nonché da eventuali esperienze cliniche precedenti e dalla fiducia nelle sue risorse. Si possono così incontrare persone che per caratteristiche strutturali anche diverse, non riescono a comprendere e prevedere uno spazio temporaneo di sospensione. In altri casi l'ostacolo all'alleanza di lavoro può provenire dall'intolleranza alla dilazione del tempo tra la richiesta di aiuto e la soddisfazione dell'aiuto richiesto. In tal caso è necessario distinguere tra un effettivo stato di urgenza e una modalità impaziente di dover ottenere tutto e subito (fretta). Ogni ostacolo può comunque essere compreso e utilizzato come materiale significativo per la strutturazione dell'alleanza stessa e per una migliore comprensione del paziente. La mancanza di sufficiente alleanza diagnostica fornisce informazioni scarsamente utilizzabili e può predire successive difficoltà del paziente a proseguire una terapia. È perciò indispensabile cogliere prontamente le difficoltà o le fratture dell'alleanza, segnalarle al paziente e farle divenire oggetto di lavoro comune. Ciò si rivela di grande utilità ai fini di un buon processo diagnostico e della costruzione di una successiva alleanza terapeutica (Del Corno, Lang, 2002). Infatti le ricerche sull'alleanza di lavoro (Horvath, Greenberg, 1994) hanno mostrato come, sebbene un'alleanza positiva non debba svilupparsi immediatamente all'inizio del trattamento, sembra che lo stabilirsi di un'alleanza 'sufficientemente buona' sia necessario prima che possa realizzarsi un lavoro terapeutico. Le prove di una forte associazione tra alleanza terapeutica ed esito positivo appaiono in particolar modo per le misure rilevate nelle prime fasi del trattamento. Il fallimento dell'*engagement* con il terapeuta, l'incapacità di essere d'accordo su quanto è necessario fare e il mancato sviluppo di fiducia entro i primi incontri, condurranno probabilmente all'interruzione della terapia. Sembra probabile che il paziente si approcci alle sedute iniziali con speranza, aspettative di ripresa in tempi rapidi e una certa quota di ansia. Se non si sviluppa al più presto la base su cui costruire una relazione collaborativa, la speranza può trasformarsi in pessimismo. Appare allora importante utilizzare il tempo del processo diagnostico, in cui inizia a costituirsi l'alleanza terapeutica, anche per rinegoziare in senso realistico le aspettative di sollievo immediato dalla sofferenza, per confrontarsi, cercare un punto di incontro, una condivisione almeno parziale di prospettive, che permetta l'inizio e il proseguimento dell'eventuale trattamento.

**QUESITI A CUI RISPONDERE ALLA FINE DEL PROCESSO DIAGNOSTICO.** Alla fine di un processo diagnostico il clinico deve essere in grado di fare una diagnosi del disturbo psicopatologico, che contraddistingue il paziente. Nella pratica clinica, la diagnosi è un'operazione complessa che richiede una grande esperienza del clinico poiché si tratta di individuare i criteri di inclusione e di esclusione di uno specifico quadro psicopatologico. Come ampiamente descritto in letteratura, infatti, diagnosi e sistemi classificatori<sup>36</sup> hanno uno strettissimo legame. La maggior parte dei pazienti, però, non corrisponde alle descrizioni nei libri: un paziente può presentare alcuni dei sintomi (ma non tutti) previsti dalla categoria diagnostica, l'intensità della sintomatologia può essere molto diversa e/o possono mancare alcuni criteri necessari e sufficienti per la diagnosi, per cui si deve ripiegare sulle diagnosi NAS (Non Altrimenti Specificata).

---

<sup>36</sup> I sistemi classificatori sono suddivisi in sistemi nosografico-descrittivi e sistemi interpretativo-eplicativi. Nei primi viene 'attribuita' una etichetta nosologica in base alla descrizione dei sintomi e dei comportamenti; nei secondi, la diagnosi si basa sul fondamento della diversa eziologia che il lavoro interpretativo individua dietro sintomi e comportamenti (e, quindi, delle 'spiegazioni' che possono essere dati di essi).

La diagnosi in psicologia clinica può essere considerata un comportamento strategico che permette di affrontare il problema clinico in maniera più economica per il paziente, per il clinico (diminuisce il numero di esiti negativi) ed, eventualmente, per la struttura di appartenenza (riduzione dei costi).

In psicologia la diagnosi clinica prevede una diagnosi descrittiva e una diagnosi di struttura e/o di funzionamento. Questa ultima si basa sulle risposte a tre gruppi di domande:

- che cosa desidera la persona? Che cosa teme? A che cosa dà valore? In quale misura queste motivazioni sono coscienti e in conflitto?
- quando cerca di soddisfare i suoi desideri nel particolare contesto ambientale in cui vive, la persona ha a disposizione risorse psicologiche, cognitive, affettive, comportamentali e processi di regolazione affettiva?
- in che modo la persona fa esperienza di sé e degli altri? È in grado di creare e mantenere relazioni mature, che siano reciprocamente soddisfacenti? (Westen, 1998).

La diagnosi consiste essenzialmente nella 'spiegazione' del problema lamentato dal paziente: questa spiegazione 'avviene attraverso l'impiego di ipotesi' (Scandellari, 2005, pag. 62), che hanno un diverso grado di probabilità. In base al livello di probabilità le diagnosi si possono classificare in diagnosi di certezza<sup>37</sup>, di probabilità<sup>38</sup>, di verosimiglianza<sup>39</sup> e di esclusione<sup>40</sup>. I clinici vorrebbero fare solo diagnosi di certezza. In realtà, nella maggior parte dei casi, si fanno diagnosi di probabilità e diagnosi di verosimiglianza. La diagnosi è l'esito dei ragionamenti clinici che il clinico porta avanti mentre raccoglie e organizza i dati e formula ipotesi, avvalendosi di strumenti di indagine diversi (*multimethod assessment*) e integrando dati quantitativi e qualitativi. Il disturbo dovrebbe essere classificato secondo un modello nosografico-descrittivo (DSM-IV-TR) e interpretativo-esplicativo (PDM) che va a cercare l'organizzatore emotivo primario del disturbo. Il clinico deve poi essere in grado di descrivere le caratteristiche di struttura del paziente e dell'ambiente in cui vive. Bisogna quindi considerare le caratteristiche di struttura del soggetto in relazione alle diverse aree, le capacità adattive sviluppate in relazione all'ambiente, l'influenza avuta dall'ambiente primario e l'eventuale presenza di fattori di rischio<sup>41</sup> e di protezione<sup>42</sup>. Su questi elementi si fondano le ipotesi di funzionamento del paziente e su questi dati ci si basa per la formulazione di una eventuale indicazione al trattamento.

---

<sup>37</sup> La diagnosi di certezza si basa su sintomi patognomonici, cioè sintomi che hanno una probabilità probativa del 100%.

<sup>38</sup> La diagnosi di probabilità si riferisce alle situazioni in cui il grado di probabilità è inferiore al 100%, ma ha un sufficiente scarto di probabilità con le ipotesi alternative.

<sup>39</sup> Si parla di diagnosi di verosimiglianza, quando il giudizio clinico si basa su criteri di verosimiglianza teorica.

<sup>40</sup> La diagnosi di esclusione si riferisce alle situazioni in cui una specifica diagnosi costituisce l'unica possibile dopo l'esclusione di tutte le altre ipotesi alternative.

<sup>41</sup> Sono considerati fattori di rischio quei fattori che aumentano la probabilità che il bambino sviluppi un disturbo emotivo rispetto a un altro bambino selezionato in modo casuale dalla popolazione.

<sup>42</sup> Sono considerati fattori di protezione quei fattori che modificano, migliorano o cambiano la risposta della persona a un qualche rischio ambientale, che può predisporre a un esito di disadattamento.

## 2. IMPLICAZIONI TECNICHE DELLA TEORIA DEI PROCESSI EMOTIVI E DELLA SINTONIZZAZIONE AFFETTIVA NELLA CLINICA DIAGNOSTICA DEGLI ADULTI

La teoria dei processi emotivi e le nuove teorie su come funzionano gli affetti si traducono direttamente nel lavoro della diagnostica, della psicoterapia e della psichiatria:

tutte le malattie psichiatriche sono tipi di disregolazione emotiva e tutte le psicoterapie sono tipi di regolazione affettiva. Lo psicoterapeuta è un regolatore psico-biologico dello stato del paziente. Benché il paziente ascolti a livello verbale conscio, ascolta e agisce anche a un altro livello. Tutte le psicoterapie stanno attualmente sottolineando che per avere un qualunque tipo reale di cambiamento bisogna avere un'esperienza emozionale insieme con il terapeuta e magari diretta nei suoi confronti. Ma il punto chiave di tutto questo è che il paziente deve poter avere il sentimento di una reale esperienza del suo sé somatico come pure una viva capacità riflessiva circa le sue modalità di interazione emozionale con gli altri. Un altro punto importante è che la gran parte della psicoterapia è tuttora indirizzata verso la rimozione del sintomo e delle emozioni negative e poco interessata alle implicazioni degli stati positivi: le ricerche sul ruolo materno come amplificatore e regolatore della gioia del bambino devono ancora essere convenientemente metabolizzate nel lavoro psicoterapeutico. (Schoore, 2001, pag. 168)

La psicologia diventa, allora, teoria e clinica delle rappresentazioni mentali e delle strutture psichiche che parte dalla regolarità dei fenomeni esterni e dei fatti osservabili per comprendere i fenomeni privati, interni, inconsci e inaccessibili direttamente. Il dominio delle esperienze soggettive e gli eventi oggettivi derivano il loro significato e il loro *status* di 'fatti psicologici' alla luce del *network* teorico dei fatti emotivi interpretabili grazie al linguaggio. La lezione principale che la teoria della tecnica del lavoro clinico ha recepito è la duplice attenzione tanto ai processi impliciti – teorizzati dalla psicoanalisi e dalla teoria dei processi emotivi – quanto a quelli espliciti – proposti dalle teorie più cognitivo-comportamentali più spesso sostenuti da evidenze sperimentali (Gabbard, 2005).

Se, però, ancora una volta si ribadisce l'importanza fondamentale e la centralità dei processi emotivi per la comprensione della vicenda mentale umana, la battaglia si gioca ancora sulla capacità di trovare teorie in grado di integrare implicito ed esplicito: la strada più promettente per lo studio dei comportamenti emozionali è la descrizione di una serie di stati emozionali prototipici, di reti emozionali, di circuiti preordinati neuro-fisiologicamente comuni a tutti i mammiferi, che sarebbero responsabili dei fondamentali affetti emozionali<sup>43</sup> (Panksepp, 2005) o piuttosto la strada maestra è la descrizione non solo dell'emozione primaria ma anche dell'interazione emozione/contesto intersoggettivo ed emozione/cognizione (o competenza riflessiva) (Damasio, 2003)?

La caratteristica principale del primo approccio postula che una reale comprensione del fenomeno emotivo richieda il concerto di tre diverse prospettive di ricerca a livelli diversi della scala filogenetica: quella comportamentale<sup>44</sup>, quella psicologica e quella neuro-scientifica.

---

<sup>43</sup> Il punto nodale della battaglia di Panksepp (2005) sta nella rigida determinazione che tutto ha a che vedere con i processi secondari dell'emozione e quindi con l'interazione emozione-cognizione, mentre gli aspetti fondamentali della vita emotiva – le emozioni prototipiche di base e i sentimenti associati – giacciono più in basso a livello sotto-corticale.

<sup>44</sup> Lo studio dei comportamenti emozionali istintuali negli animali inferiori.

Tab. 6 – Le emozioni di base nel cervello

| Sistemi emozionali di base | Comportamenti affettivi   | Emozioni emergenti primarie   | Disturbi emozionali corrispondenti   | Reti neurali   | Neuro modulatori   |
|----------------------------|---|---|--|--|--|
| SEEKING                    | Comportamento aspecifico-motivazionale di attivazione e ricerca (arousal-seeking) e di esplorazione | Interesse, frustrazione, ricerca compulsiva                               | Ossessivo-compulsivo, schizofrenia paranoide, personalità tossicomaniacali   | Dal nucleus accumbens alla VTA, output mesolimbici e mesocorticali, dall'ipotalamo laterale al PAG                   | Dopamina, acido glutammिनico, oppioidi, neurotensina, neuropeptidi |
| RAGE                       | Rabbia, collera (attacco affettivo)   | Collera, irritabilità, disprezzo, odio                                    | Aggressività, psicopatia, disturbi di personalità                            | Dall'amigdala mediale al nucleo del letto della BNST, dalle aree ventromediali e perifornicali dell'ipotalamo al PAG | Sostanza P, acetilcolina, acido glutammिनico                       |
| FEAR                       | Paura   | Ansia, preoccupazione, trauma psichico                                    | Disturbo d'ansia generalizzato, fobie, PTSD                                  | Dall'amigdala centrale e laterale al PAG dorsale   | Acido glutammिनico, DBI, CRF, CCK, alfa-MSH, NPY                   |
| LUST                       | Sessualità, piacere   | Sentimenti erotici, gelosia   | Feticismo, tossicomanie sessuali   | Amigdala cortico-mediale, BNST, ipotalamo pre-ottico e ventromediale, PAG  | Steroidi, vasopressina, ossitocina, LH-RH, CCK                     |
| CARE                       | Accadimento, cure materne   | Accudimento, amore, attrazione  | Disturbi della dipendenza, isolamento autistico, disturbi dell'attaccamento  | Corteccia anteriore del cingolo, BNST, area preottica, VITA, PGA   | Ossitocina, prolattina, dopamina, oppioidi                         |
| PANIC                      | Angoscia di separazione, legame sociale   | Angoscia di separazione, tristezza, colpa, vergogna, timidezza, imbarazzo | Attacchi di panico, lutto patologico, depressione, agorafobia, fobie sociali | Corteccia anteriore del cingolo, BNST, area preottica, talamo dorso-mediale, PAG                                     | Oppioidi, ossitocina, prolattina, CRF, acetilcolina                |
| PLAY                       | Gioco, gioia, affetto sociale   | Gioia, felicità, voglia di giocare felicemente                            | Mania, ADHD  | Diencefalo dorso-mediale, area parafascicolare, PAG  | Oppioidi, acido glutammिनico, acetilcolina                         |

Fonte: Panksepp, 2005

La seconda concettualizzazione, invece, sottolinea maggiormente la complessità del fenomeno emotivo:

il motore principale neurale che produce l'emozione e il sentimento è sottocorticale ma i nuclei del tronco cerebrale svolgono un ruolo decisivo in questi fenomeni. Però le emozioni e i sentimenti di creature complesse richiedono l'intervento della corteccia cerebrale in una grande varietà di ruoli. Credo anche che sia probabile che molte specie, in particolare quelle con un sistema nervoso complesso, abbiano coscienza e sentimenti. La memoria e la ragione conferiscono un'ampiezza e una profondità differente alla nostra conoscenza dei nostri sentimenti: non si tratta solo di essere consci o non consci dei propri sentimenti, ma piuttosto di essere capaci di riflettere ampiamente su questi sentimenti e sul loro contesto, processo che influenza l'elaborazione di base dell'emozione e del sentimento e che determina la vita emotiva. (Damasio, 2003, pag. 215)

La presa di consapevolezza della vita emotiva rivoluziona la clinica e la tecnica nella misura in cui, a partire da queste concettualizzazioni, definisce in una nuova luce il concetto di sé – in relazione a salute e malattia – come concetto

mediato dalla qualità del legame tra consapevolezza e regolazione dell'emozione. Le emozioni costituiscono 'i processi organizzativi e integrativi' (Ciompi, 1991) fondamentali attraverso i quali la mente conferisce valori e significati a eventi interni ed esterni, indirizza i nostri meccanismi attenzionali nell'ulteriore elaborazione di queste rappresentazioni e collega processi mentali 'sincronicamente' e 'diacronicamente' (in un dato momento e nel corso del tempo, Sroufe, 1995). La capacità di modulare le emozioni in termini di intensità<sup>45</sup>, sensibilità<sup>46</sup>, specificità<sup>47</sup>, finestre di tolleranza<sup>48</sup>, processi di ritorno entro i margini di tolleranza<sup>49</sup>, accesso alla coscienza<sup>50</sup> ed espressioni esteriori<sup>51</sup> è alla base dei processi che organizzano la struttura della mente nelle sue interazioni con il mondo in termini di auto-organizzazione e auto-regolazione (Garber, Dodge, 1991; Cicchetti, Tucker, 1994; Fox, 1994; Schore, 1994; Sroufe, 1995). Le emozioni e la loro regolazione, allora, muovono il sé verso stati funzionali intra e inter sistemici più complessi: una regolazione delle emozioni ottimale permette alla mente di interagire con l'ambiente in maniera elastica, stati di 'disregolazione emotiva' possono essere invece il risultato della compromissione di questa capacità di organizzare risposte flessibili e adattive nei confronti del mondo interno ed esterno (Rutter, 1991; Calkins, 1994; Cole, 1994; Feeney, Kirkpatrick, 1996; Fox, 1994). Molte patologie psichiatriche e disturbi psicologici possono, quindi, essere visti proprio come disturbi dei processi di regolazione delle emozioni a questo livello (Cicchetti, Rogosch, 1997; Schore, 1997), disturbi determinati da una combinazione di fattori costituzionali, esperienze interpersonali e interazioni tra queste due componenti. Questi stati di disregolazione emotiva si possono manifestare con improvvise esplosioni di emozioni, come rabbia, tristezza o terrore, che superano i limiti della finestra di tolleranza e travolgono le capacità di pensiero razionale, di flessibilità di risposta e di autoriflessione. Compito dello psicologo è favorire lo sviluppo di processi di organizzazione del sé più efficaci attraverso lo sviluppo di capacità metacognitive e di una funzione riflessiva mentalizzante e attraverso 'comunicazioni emotive' possibili quando le menti di due individui – clinico e paziente – possono entrare in connessione interpersonale e risonanza emotiva e mentale. Il clinico diventa allora il regolatore esterno del paziente e supplisce alla sua carenza emotiva specifica: ancorandosi ai suoi punti di forza e alle sue capacità, lo aiuta a rinarrare e inserire in un nuovo *framework* o cornice narrativa (Murakami, 2002) le emozioni dolorose che il paziente ha rimosso (secondo la lettura classica psicoanalitica) o dissociato<sup>52</sup> (secondo la teoria degli schemi emotivi di Bucci, 1997) perché non trovavano una coerente integrazione nella narrazione di sé costruita e accettabile. Compito del clinico è trovare 'un'esperienza vicina al linguaggio' in grado di riflettere e dialogare con il sé del paziente, pensato come l'insieme di stati multipli più o meno efficacemente integrati delle sue emozioni, arrivare a una 'comprensione e consapevolezza degli affetti' prerequisito ineluttabile per la comprensione delle esperienze di vita – cuore di memoria, motivazione e mente – e per la comprensione del sé.

---

<sup>45</sup> Il processing delle emozioni si basa sulle attività dei sistemi di valutazione e arousal che valutano la risposta emotiva lungo un continuum dalla minima attivazione del cervello a un'attivazione eccessiva.

<sup>46</sup> La soglia di sensibilità personale è il livello minimo al di sotto del quale sensazioni e stimoli non inducono un'attivazione dei sistemi di valutazione.

<sup>47</sup> Le modalità con cui i centri di valutazione stabiliscono il significato delle rappresentazioni.

<sup>48</sup> Margini entro i quali stati emozionali di diversa intensità possono essere processati senza che ciò comprometta il funzionamento del sistema nel suo complesso.

<sup>49</sup> Quando l'intensità di uno stato di arousal supera i limiti della finestra di tolleranza, la mente viene sommersa da un'ondata di emozioni che coinvolge tutta una serie di processi, dal pensiero razionale al comportamento sociale, e che può travolgere la coscienza. L'individuo perde il controllo e per ritrovarlo deve ridurre gli effetti disorganizzanti prodotti dall'arousal emozionale.

<sup>50</sup> La coscienza non ha necessariamente una parte e un ruolo attivo, ma le emozioni dirigono i flussi di attivazione e stabiliscono i significati.

<sup>51</sup> Manifestazione e contenuto delle emozioni interne.

<sup>52</sup> La dissociazione è qui intesa non in termini DSM-IV-TR, ma come una funzione della mente dell'uomo normale e quotidianamente usata, che origina da esperienze del sé non collegate e non integrate, ciascuna coerente in sé stessa. L'esperienza di unitarietà del sé è un'illusione adattiva evolutivamente acquisita; diventa non-adattiva nel momento in cui è minacciata da conflitti interni intrapsichici che non possono essere integrati insieme e vengono, quindi, dissociati difensivamente – per garantire la continuità del sé – perché non possono essere processati simbolicamente e riflessivamente. Il risultato diventa una rottura del collegamento tra stati del sé coesi che impedisce a certi aspetti del sé – in termini di affetti, memorie, valori e capacità cognitive – di diventare consapevoli e accessibili come componenti della personalità.

I 'meccanismi di negoziazione di un linguaggio affettivo' (Chefet, Bromberg, 2006) che permetta la comprensione e il dialogo tra clinico e paziente e le modificazioni della tecnica necessarie per supportare questo processo di negoziazione nel contesto del colloquio clinico possono essere così schematizzate:

- all'inizio, nei primi colloqui, è auspicabile che il clinico si mantenga in una posizione tecnica definita da Havens (2000) di '*counter-projection*', perché il paziente possa esplicitare la sua storia e autodiagnosi, è necessario cioè che il clinico stia fuori dal campo del *transfert-controtransfert* e indaghi a un livello non emozionale i dettagli delle esperienze riportate dal paziente garantendo in questo modo il suo livello di sicurezza affettiva – mantenendo, cioè, a un basso livello di *arousal* il gradiente di ansietà\paura e di iperattivazione emotiva del paziente e impedendo la sua destabilizzazione\scenso nonché la dissociazione degli stati affettivi. Se infatti il clinico si fa catturare dalle proiezioni del paziente, cade in errore. Questa tecnica sembra ricalcare quella utilizzata nei lavori sul trauma: il clinico costruisce un contesto di 'sicurezza affettiva' per impedirsi di assecondare\colludere con i processi di messa in atto del paziente volti a non elaborare il trauma, permettendo così al paziente un canale per avere accesso e processare queste esperienze senza esserne travolto affettivamente o sentirsi minacciato e destabilizzato

- tuttavia, se ci si limitasse a questo, non sarebbe possibile permettere una possibilità di crescita profonda del paziente. La più potente fonte di crescita e cambiamento è, infatti, possibile solo quando il clinico lavora con il paziente totalmente immerso nel fenomeno affettivo di '*projection*'. Si tratta di una posizione emotiva che il clinico può assumere fin dal secondo colloquio ed è una potente tecnica nei colloqui di restituzione che permettere al paziente di sentire ed essere la sua 'confusione' e di sperimentarla all'interno della relazione con il clinico, che diventa parte di questa 'confusione' – ma non se ne lascia sopraffare – attraverso una sua sperimentazione interna. Il clinico deve aiutare il paziente a focalizzare l'attenzione sui propri stati della mente in quanto tali e in quanto parte di ciò che accade nelle relazioni interpersonali. I dettagli delle esperienze riportate dal paziente devono essere indagate non come eventi oggettivi, ma piuttosto come dettagli esperienziali: il paziente non ha bisogno di essere compreso, ma conosciuto e riconosciuto. È l'attitudine e posizione clinica definita da Bromberg (2004) di '*standing in the spaces*', si tratta di un processo fisico e psicologico in grado di creare un ponte tra psiche e soma, affetti e pensieri, stati del sé consapevoli e dissociati. Queste tecniche riecheggiano il metodo di Sullivan (1984) del '*detailed inquiry*' – la necessità di ricostruire gli eventi in modo così preciso da fare emergere gli aspetti e la dimensione interpersonale dimenticata della storia del paziente, fino a arrivare a una ri-sperimentazione delle esperienze del sé affettivamente stressanti che altrimenti sarebbero dissociate – ma se ne differenziano nella misura in cui l'attenzione non è posta più sugli aspetti interpersonali del paziente in relazione agli altri, ma bensì sugli aspetti interpersonali emotivi circolari e mutuamente regolati del paziente in relazione al clinico e viceversa. L'obiettivo del colloquio diventa una ricostruzione diadica e 'presente' delle attività mentali dei due interlocutori, all'interno di una matrice relazionale connotata affettivamente che permette che i dettagli dell'esperienza soggettiva dissociati siano messi in atto come elementi nella relazione e diventino in questo modo processabili a livello simbolico – affettivo e linguistico – come stati della mente riconoscibili, pensabili e dicibili.

La domanda clinica in termini di tecnica diventa quindi: come deve fare il clinico per permettere al paziente di fare emergere il materiale intrapsichico e mentale sotto forma di parole emotive e come deve fare per mettere in grado il paziente di sviluppare la capacità di parlare emotivamente in un contesto relazionale del suo mondo interno?

Schore (2005) teorizza – riecheggiando i concetti di *transfert-controtransfert* e alleanza terapeutica – che il sistema in grado di connettere diversi stati del sé (affettivi e simbolici, linguistici) è la capacità di regolazione\disregolazione emotiva diadicamente determinata nella relazione clinico-paziente: un trattamento riuscito non è quello che riesce ad accedere al nucleo traumatico, ma piuttosto quello che riesce a modificare i sistemi biologici e psicologici immaturi di regolazione delle emozioni – in particolare quelli dissociativi direttamente associabili alla disregolazione emotiva. Il

meccanismo della identificazione proiettiva – centrale nel processo di *enactment* – sarebbe il principale canale subsimbolico di comunicazione che, neurobiologicamente, rappresenta il ponte d'integrazione tra emisferi durante la comunicazione genitore-bambino e, successivamente, paziente-clinico. Questa forma di comunicazione subsimbolica sarebbe l'unico modo in cui i bambini e i pazienti traumatizzati possono comunicare le loro storie e i loro conflitti. Non basta, infatti, semplicemente portare il paziente a stare di fronte alle esperienze di sé dissociate – specialmente le sue memorie – perché questo non si associa a una capacità di pensare e riflettere sulle esperienze e sulle emozioni. Quello che rende le esperienze non simbolizzate così rigidamente inflessibili alla comprensione cognitiva e alla riflessione è che sono organizzate intorno a elementi più potenti delle evidenze del buon senso e che hanno radici emotive primitive nel contatto primario: quello che serve, allora, è la tecnica che il Boston Change Process Study Group definisce come acquisizione di una 'conoscenza relazionale implicita' che è qualcosa in più e di diverso rispetto all'interpretazione e che ha a che fare con un processo relazionale di comunicazione intersoggettiva, piuttosto che con il contenuto del colloquio e che per questo è la causa della conoscenza e della comprensione del paziente.

Nella nostra prospettiva integrata, tuttavia, non si deve superare e cancellare l'assioma della teoria analitica classica per cui condizione necessaria per il cambiamento è rendere conscio l'inconscio attraverso un processo determinato dal contenuto e rigettiamo la posizione del BCPSTG, se radicale, secondo cui nessun particolare contenuto deve essere inseguito. Integriamo invece, queste prospettive sottolineando anche la forza e l'intensità del processo relazionale: è anche nel processo relazionale di scoperta del contenuto che avviene il cambiamento, non solo nell'emergere di nuovi contenuti di per sé. Il cambiamento avviene all'interno della dimensione emotiva del contenuto: il contenuto traumatico è, cioè, incastrato in un'esperienza relazionale che è parte integrante del contenuto e questa esperienza relazionale non simbolizzata è rivissuta nella messa in atto relazionale clinico-paziente come parte intrinseca e costituente la loro relazione.

La domanda allora diventa: come è possibile, attraverso la relazione, legare nel cervello queste due modalità di elaborazione delle informazioni funzionalmente dissimili? È un ambiente interpersonale 'abbastanza sicuro' che può permettere la simbolizzazione delle precoci esperienze traumatiche, senza riprodurre l'*outcome* originario. È attraverso questo processo che il dolore e la sfiducia del paziente sono persuasi a partecipare più attivamente e apertamente a una comunicazione affettivamente regolata. Quello che gli analisti chiamano i 'processi comunicativi inconsci di *enactment*' non diventa altro, nella clinica, che lo sforzo del paziente di ri-negoziare le faccende rimaste in sospeso e dissociate dal nucleo del sé a causa di una regolazione affettiva non avvenuta o avvenuta senza successo e che ha impedito uno sviluppo del sé a livello di processi di simbolizzazione linguistica e di pensiero. Centrale già nel processo diagnostico diventa allora la necessità di incrementare nel paziente la capacità di regolare stati affettivi senza riattualizzare la paura della ri-traumatizzazione. Questo però si associa per forza di cose a un *enactment*<sup>53</sup> – emotivamente pregnante – e all'emergere nel corso dei colloqui di esperienze affettive subsimboliche che vengono riconosciute dal clinico a livello affettivo quando risuonano con i suoi stati mentali e quando risuonano in lui in maniera vivida a livello emotivo. Attraverso l'essere riconosciuto da un'altra mente affettivamente presente-ingaggiata e consapevole, l'esperienza non simbolizzata del paziente che aveva dovuto intrappolare in una prigione interna diventa evocabile anche a livello linguistico, all'interno di questa relazione affettiva. Il paziente non è quindi capace da solo di riconoscere e accettare – non dissociare – la dimensione emotiva del contenuto delle sue storie, ma può imparare a farlo in un contesto relazionale di co-costruzione interattiva dei significati emotivi con il clinico. Il cambiamento avviene quindi in un contesto affettivamente pregnante in cui il clinico riconosce prima a livello affettivo e poi riflessivo gli stati mentali del paziente. Secondo Bucci (2009), obiettivo del clinico è integrare gli schemi dissociati e riconnettere le componenti degli schemi emotivi dissociati attraverso l'attivazione delle esperienze subsimboliche attraverso il

---

<sup>53</sup> Espressione, realizzata attraverso l'azione, degli impulsi o delle fantasie di transfert e dei ricordi che vi sono associati, come sostituto dell'esperienza, della comprensione o della rievocazione di essi.



linguaggio. Questo diventa possibile connettendo le memorie del passato non integrare all'interno di una nuova esperienza interpersonale – presente e riparatoria. Affinché ciò che è stato dissociato diventi simbolizzabile e disponibile a partecipare con gli altri stati del sé al processo di risoluzione dei conflitti interni, deve essere creato un collegamento tra la rappresentazione mentale di un evento che risiede nella memoria a breve termine e di lavoro e la rappresentazione mentale del sé come agente. Parlare di sé porta spesso a rivivere in maniera dissociata esperienze del sé congelate troppo disorganizzanti perché la mente le possa contenere – e perciò rimaste non processate a livello di memoria affettiva e somatica. Per usare questo fenomeno in modo che comporti una comprensione, occorre che si sia stabilito un contesto relazionale sufficientemente sicuro per il paziente dal punto di vista affettivo, così da permettere l'emergere della memoria dissociata. La sicurezza affettiva del paziente, tuttavia, deve esserci ma non troppo perché la relazione con il clinico deve essere il risultato di un giusto equilibrio tra sicurezza e possibilità di crescita – una possibilità di crescita che implica la necessità di uno spazio di sperimentazione e contatto emotivo con gli stati del sé dissociati. La parola è efficace se interfaccia stabilità – sicurezza affettiva – e cambiamento – dimensione relazionale di ri-attualizzazione di esperienze e stati del sé dissociati che producono un *outcome* diverso da quello atteso e traumatico e favoriscono quindi la riparazione dei fallimenti relazionali e di riconoscimento primari. Nel momento in cui gli stati dissociati emergono emotivamente nella relazione e riescono a essere tradotti con delle parole – simbolizzati – il trauma del passato diventa presente 'in modo affettivamente sicuro' nel presente e favorisce la crescita della capacità del paziente di simbolizzare e esprimere con le parole quello che non è in grado di dire con la voce. L'obiettivo diventa, per il paziente, di spostarsi – in una condizione relazionale di sicurezza – da una struttura mentale nella quale le strutture narrative del sé sono organizzate secondo il principio della dissociazione a una struttura mentale nella quale sia in grado di 'stare nello spazio con stati mentali diversi' cognitivamente e affettivamente, di sperimentarli come conflittuali e trovare quindi nuove e più flessibili modalità di essere.

Il compito del clinico è quello di portare alla consapevolezza e dialogare con questi stati emotivi del paziente così da renderli pensabili, integrabili e comprensibili riflessivamente attraverso sei strumenti-fasi:

- fermarsi, osservare e ascoltare, cioè focalizzare l'attenzione sul paziente e su di sé. Ogni cambiamento emotivo è accompagnato sempre da un cambiamento fisiologico e corporeo come per esempio: cambiamenti nella posizione, postura, nell'espressione facciale, nello sguardo, deglutizioni, arrossamenti della pelle, lacrime, movimenti ripetitivi e ripetuti, cambiamenti nella temperatura – calda, fredda – della stanza, nella qualità della voce e nella cadenza, nel ritmo e nel tono vocale. Importante è quindi non solo prestare attenzione alle componenti e variazioni linguistiche (segnali di conflitti intrapsichici) – come per esempio: *lapsus*, doppi sensi e sogni – ma anche a quelle corporee, facciali e affettive. Oltre a osservare gli stati corporei del paziente, il clinico deve monitorare accuratamente anche le proprie reazioni fisiologiche inconsce – il fenomeno del *controtransfert* o se si preferisce dell'identificazione proiettiva. I cambiamenti nelle esperienze corporee e affettive del clinico sono indicatori, infatti, che qualcosa nei pensieri e nei sentimenti del paziente è cambiato in risposta a qualcosa che è accaduto nella stanza (la mente del clinico diventa attiva in risonanza con un riconoscimento inconscio del paziente)

- il secondo *step* è domandare direttamente al paziente quello di cui si rende conto rispetto a variazioni fisiologiche, emotive, di pensiero in relazione alle sue esperienze rimanendo focalizzati sul presente. Non richiede saper usare tecniche elaborate, ma semplicemente porre domande come 'qualcosa è cambiato sul tuo viso. Lo ha notato? Se ne è reso conto? Controlli il suo corpo e riferisca le sue sensazioni. Cosa nota? Osservi con la percezione della sua mente. C'è un'immagine, un suono, una sensazione, un pensiero, un'idea diverse? Cosa nota?' o più semplicemente 'Come si sente?'

- cercare nella narrazione gli indicatori di coerenza-non coerenza rispetto alle sensazioni, pensieri, affetti, comportamenti che sono associati alle parole



- favorire lo sviluppo della consapevolezza riflessiva sugli stati mentali partendo dall'analisi di situazioni prototipiche della vita di tutti i giorni. Le esperienze degli stati emotivi infatti sono alla base della percezione e della qualità delle conclusioni che si traggono rispetto al funzionamento del sé e del mondo

- mettere insieme e integrare l'intera gamma di stati del sé, sensazioni fisiologiche, emozioni, conoscenze e comportamenti che descrivono la costellazione di funzionamento del paziente. I pazienti che riportano le loro esperienze in modo obiettivo non hanno raggiunto questo livello di integrazione; invece, un'eccessiva paura può essere un ostacolo per l'integrazione a questo livello perché usata per evitare l'integrazione. Questo uso dell'affettività, che può essere conscio o inconscio, deve essere indagato e compreso – maneggiato con cautela perché deputato alla difesa e al mantenimento del senso del sé

- riconoscere il cambiamento nell'organizzazione degli stati emotivi come risultato della comprensione e del lavoro di pensiero e riconoscere l'effetto che questo cambiamento ha sul quotidiano. In questo modo l'affetto può essere integrato nell'identità. Parallela a questa esperienza nel paziente è l'esperienza nel clinico del cambiamento del sé in relazione al paziente: che cosa il paziente mi ha insegnato rispetto ai miei stati emotivi? Mi sento in modo diverso ora? Mi comporto in modo diverso anche con gli altri pazienti? Se il clinico rimane impassibile e non cambia significa che non è stato capace di 'incontrare emotivamente ed efficacemente' il suo paziente.

Il clinico, mentre esplora questo funzionamento emotivo, dovrebbe avere in testa cinque principi basilari che hanno a che fare con le competenze che deve testare per poi modificare:

- in generale, gli affetti perché poi il suo obiettivo sarà l'acquisizione delle abilità che permettono la consapevolezza, tolleranza – consapevolezza riflessiva – e comprensione delle emozioni nella loro interezza e integrità nel contesto esperienziale

- l'allarme e i comportamenti autolesivi in generale, perché dovrà insegnare al paziente ad abbandonare l'uso del dolore e dell'iperattivazione per attenuare un altro dolore. Durante il procedere del trattamento, le dichiarazioni di piacere associate ai comportamenti allarmati e iperattivati dovrebbero essere sostituite dal riconoscimento disperato della necessità di vedere il sé come agente

- il sé come aggregazione flessibile ed elastica di stati del sé, è l'aspettativa che il clinico deve avere nella testa e viene comunicata a livello inconscio al paziente. Compito del clinico è comprendere l'attività degli stati del sé sulle esperienze proprie e del paziente e modellare il livello di consapevolezza riflessiva sulla base delle competenze e del livello del paziente con un linguaggio che possa essere da lui compreso e accolto

- il sé come agente, oggetto e spazio. È la definizione di identità di Schafer (1990) che parla di percezione della persona di essere agente (colui che fa), oggetto (in relazione agli altri) e spazio (occupare una dimensione fisica). Il paziente solitamente ha una lesione a livello di una di queste dimensioni che costituiscono l'identità: per esempio, si sente fuori dal corpo e sceglie di esistere a fianco degli altri piuttosto che entrare realmente in interazione con loro

- il sé come capace negoziatore con gli altri, in particolare se nella relazione con il clinico, il paziente non è un *partner* reale che negozia la diagnosi e il 'linguaggio dei significati' condivisi e idiosincratici che fondano la relazione, allora non potrà crescere. Il clinico deve essere una persona reale in grado di ingaggiare il paziente in una conversazione affettivamente coinvolgente, favorendo la mutualità della relazione. Il clinico deve modellare una consapevolezza riflessiva dei loro stati mentali se il paziente fa lo stesso: le soggettività devono essere organizzate in stati della mente. Le esperienze incoerenti, incompatibili con le aspettative, incongruenti col passato e prive di continuità col resto della vita provocano organizzazioni degli stati della mente che devono essere sperimentati come non-me. L'incoerenza è intollerabile per il me. La creazione del non-me è volta a garantire la sopravvivenza del me finché questi non è in grado di tollerare gli affetti intensi associati. Quindi, il ruolo degli affetti è essenziale. La costruzione di nuovi

*framework* narrativi – che includano comportamenti, sensazioni corporee, conoscenze autobiografiche e intensi affetti – ha un potere curativo sul paziente immediato se si associa ai fenomeni emotivi-relazionali del *transfert-controtransfert*. La negoziazione della relazione tra paziente e clinico deve includere un modello di consapevolezza riflessiva sugli stati affettivi e mentali di clinico e paziente. Questa può essere favorita e stimolata con (A) interventi che riconoscono la confusione e la mancanza di fiducia del paziente nel suo sé, (B) interventi che incoraggino la riflessione nel paziente, evitando interpretazioni e chiarificazioni. Il *focus* è sulle parole del paziente e sulla condivisione di un linguaggio co-costruito e condiviso. L'enfasi è sulla sintonizzazione sugli affetti: non sul contenuto linguistico, ma sul contenuto affettivo che fa sentire il paziente accettato e compreso. Questo porta alla costruzione di una intimità e fiducia che permette a clinico e paziente di 'essere' davvero 'con l'altro' e risuonare con lui, (C) interventi volti a testare la consapevolezza della mente del paziente con domande generiche e non specifiche che non forzano cioè il paziente a parlare di quello che vuole nascondere ma che lo portano a focalizzare l'attenzione sul fatto che c'è qualcosa di cui non vuole parlare. Le domande del clinico sono molto semplici e 'stupide' ma rispecchiano il linguaggio del paziente, la sua tonalità, il suo ritmo e i cambiamenti nel tono della sua voce, (D) interventi che cercano di favorire l'identificazione delle emozioni, partendo dal presupposto che la consapevolezza degli affetti è l'obiettivo del trattamento. Gli affetti forniscono il contesto e il significato. Gli interventi sono volti a riempire il vuoto e la confusione del paziente aiutandolo ad associare stati riconosciuti e non riconosciuti – anche usando lo *humor*, (E) interventi volti ad aumentare la consapevolezza delle esperienze del paziente. Il clinico cerca di porre molta attenzione anche alle espressioni e alla mimica facciale del paziente rimandandogli chiari *feedback* in questo senso perché diventi consapevole che le sue espressioni facciali veicolano affetti e significati – e tutte le volte che viso e parole rimandano vissuti contrastanti si genera in lui confusione. Quello che il paziente si propone ingaggiandosi nel lavoro clinico è finalmente raggiungere una qualche comprensione della propria vita e imparare a comprendere e distinguere i suoi sentimenti, emozioni e affetti senza che nessuno gli suggerisca il loro significato, ma con qualcuno che gli si affianchi per trovare questo significato dentro di lui.

### 3. OSSERVAZIONI, QUESITI, PROBLEMI DELLA DIAGNOSTICA DEGLI ADULTI: LE DOMANDE DELLA CLINICA

Le riflessioni cliniche alla base di questo lavoro nascono all'interno del particolare clima teorico e di ricerca – a cavallo tra l'innovazione e la tradizione – della realtà clinica con cui mi sono confrontata a partire dal tirocinio *post-lauream* e per tutta la durata di questo dottorato e, in particolare, rimandano al valore che l'A.R.P. attribuisce alla diagnosi e a tutto il processo diagnostico<sup>54</sup> inteso come 'metodologia clinica per i casi difficili' (Del Corno, Lang nella presentazione di Orefice, 2002, pag. XIII). In particolare, se i processi emotivi e la qualità della competenza/incompetenza nella regolazione emotiva sono gli organizzatori del sé<sup>55</sup> e della realtà e rappresentano – o dovrebbero rappresentare – il *focus* della clinica terapeutica, la prima e fondamentale domanda che si dovrebbe porre la clinica diagnostica è se ugualmente i processi emotivi e di sintonizzazione affettiva dovrebbero essere il *focus* del processo diagnostico, nell'ottica in cui che questi hanno un 'ruolo legato al cambiamento a breve termine' fin da subito e quindi possono essere considerati precursori della capacità del paziente di lavorare poi in psicoterapia<sup>56</sup>. Un processo diagnostico che è stato in grado di strutturare una sintonizzazione affettiva e di comprendere la vita mentale ed emotiva del paziente è effettivamente maggiormente associato a trattamenti o interventi riusciti e a una riduzione del *drop-out* terapeutico e, quindi, a una riduzione del fenomeno dei pazienti multitrattati?

Alla luce della teoria dei processi emotivi, posto che 'la psicoanalisi, e la psicoterapia in generale, è una teoria degli affetti' (Spezzano, 1993, pag. 46), anche l'esperienza che interessa allo psicologo clinico – che quando svolge la sua attività professionale fa consultazioni diagnostiche e si occupa di diagnosi funzionale – deve essere l'esperienza emotiva<sup>57</sup> che sarà indagata con un metodo e una finalità che non hanno nulla a che vedere con il metodo di qualunque trattamento psicoterapeutico. L'imperativo di 'comprendere', tuttavia, impone il riconoscimento del valore costitutivo della 'vita emotiva' (Orange, 2001) del soggetto e la diagnosi del 'funzionamento emotivo' diventa l'unico modo per iniziare 'efficacemente' il processo di cura.

Se allora impariamo a pensare al processo diagnostico in questi termini, esso diventa un insieme eterogeneo di colloqui in cui c'è un clinico disponibile nel tempo che – in termini di processi della tecnica e dell'azione clinica – si propone di valutare e iniziare a regolare (quando possibile fin da subito) le emozioni usando empatia, confronti, dichiarazioni, parafrasi, ristrutturazioni cognitive, significato condiviso e interpretazione

che viene però radicata quanto più è possibile nella storia del paziente e delle sue relazioni. Interpretazioni che non vengono costruite dall'alto in basso, ossia derivate da postulati metapsicologici astratti e dalla tradizione, ma costruite dal basso verso l'alto tenendo in considerazione sia il contenuto sia il contesto. (Spence, 1992, pag. 570)

In questo modo, già qui, il paziente può fare una prima esperienza di un senso positivo della continuità della vita, in termini di rappresentazione sia di sé sia dell'altro, imparando a sviluppare un atteggiamento empatico e fiducioso nei confronti del proprio sé del passato (Beres, Arlow, 1974), vedendosi su una linea evolutiva che va dall'inizio della vita fino al momento attuale e ad accettare gli aspetti di sé rifiutati. L'obiettivo è quello di aiutare il paziente a costruire la propria bibliografia (Erikson, 1950) e a comprendere e affermare la propria personalità e individualità come radicate nella biologia, nella famiglia e nella cultura. La comprensione emotiva, in un ambiente volto al sostegno e all'accettazione non giudicante, offre al paziente una nuova opportunità di raggiungere la competenza – conoscenza

---

<sup>54</sup> Solo per citare alcuni contributi del gruppo di lavoro: Lang, Orefice (1995), Balestri, Orefice, Pandolfi (1996), Lang (1996), Del Corno, Lang (1997), Del Corno (1998).

<sup>55</sup> Stern, per esempio, ha descritto quattro strutture emotive di base per mezzo delle quali si sviluppa un senso integrato del sé: (A) essere agenti, nel senso di esercitare volizione e controllo rispetto alle azioni auto-generate, in quanto distinte dalle azioni di altri (volizione) (B) coesività, senso di essere un'entità singola con confini fisici e psichici (C) affettività, si riferisce a costellazioni tipiche di eventi del sé associati con diversi stati emotivi e includono feedback propriocettivi, sensazioni modellate di arousal, qualità di sentimento specifiche e regolazione delle emozioni (D) memoria che riguarda la continuità dell'esperienza che mantiene una coesione nella storia del sé.

<sup>56</sup> Troverebbe risposta in questo modo la questione di in che modo l'approccio emotivo alla diagnosi è utile nella pratica clinica.

<sup>57</sup> Già Krystal (1988) indicava come nucleo della maggior parte della psicopatologia l'incapacità di leggere e integrare i sentimenti.

come precursore della competenza – nell'usare gli affetti come informazioni sulla sua attività mentale e psichica, sia conscia (comportamenti) che inconscia, e metabolizzare il contatto con sé, con il mondo e con l'altro.

Ma come fare? Quali sono gli strumenti a sua disposizione? Cosa significa per il clinico formulare una diagnosi di 'funzionamento emotivo'? Quali sono gli strumenti tecnici che può usare e l'assetto emotivo relazionale che deve avere? Sicuramente queste due componenti sono imprescindibili entrambe: tecnica e relazione. Ma se tutte le scuole di pensiero sono concordi nel prescrivere un determinato assetto relazionale – più facilmente declinabile anche in un *setting* diagnostico e clinico – meno accordo c'è in relazione agli elementi fondamentali della tecnica del colloquio che viene descritta come una tecnica del colloquio psicoanalitico e terapeutico, ma trascende sempre le specificità del colloquio 'soltanto' clinico. Ed è a questo livello che noi ci interroghiamo.

Obiettivo dei colloqui diagnostici è trovare conferma a un'ipotesi di lavoro che il clinico si costruisce *in fieri* e arrivare all'esito diagnosi come termine di un processo logico che ricerca sì gli elementi di un paziente comuni a un'altra classe di persone ma che colga anche la somma degli elementi unici di quella data persona e così concretizzare un'offerta di lavoro. Nella letteratura, però, poco è stato scritto in relazione a quale tipo di comunicazione e linguaggio deve avere il clinico, a come deve usare le sue ipotesi di lavoro e falsificarle. Si parla sempre di tecniche aspecifiche che si rifanno a massime conversazionali condivise e all'uso di domande specificate a livello formale ma non contenutistico, trascurando invece il riferimento al loro significato in termini di 'azioni' (Gabbard, Westen, 2009) mutative e trasformative.

Tab. 7 – Una proposta di raggruppamento per le tecniche della domanda

| Tecniche di facilitazione        | Tecniche di chiarificazione    | Tecniche di modificazione del contenuto |
|----------------------------------|--------------------------------|---|
| Riformulazione                   | Specificazione                 | Ristrutturazione cognitiva              |
| Reiterazione a riflesso semplice | Generalizzazione               | Messa a confronto                       |
| Sintesi                          | Verifica dei sintomi           | Interpretazione                         |
| Risposta-riflesso                | Indagine                       | Silenzio                                |
| Riflesso parziale                | Mettere in relazione specifica |   |
|                                  | Sintesi                        |   |
|                                  | Parafrasi                      |   |
|                                  | Chiarificazione                |   |

Fonte: Lang, 1995

Se volessimo fare un'analisi più profonda delle classi di intervento, unico punto di partenza diventa la riflessione sulle classi di intervento che determinano il processo terapeutico e, a partire da queste, capire cosa può essere utile e spendibile anche nel contesto diagnostico – dove manca una completa sistematizzazione dell'argomento.

Tab. 8 – Rapporto tra le tecniche specifiche ai diversi orientamenti e i tre fattori non specifici comuni a tutte le scuole

| Esperienza              | affettiva                    | Padronanza                     | cognitiva                   | Regolazione          | comportamentale                 |
|-------------------------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------------------|
| <i>Tecnica</i>          | <i>Scuola</i>                | <i>Tecnica</i>                 | <i>Scuola</i>               | <i>Tecnica</i>       | <i>Scuola</i>                   |
| Encounter               | Analisi esistenziale         | Interpretazione                | Analisi dinamiche           | Condizionamento      | Terapia behaviorista            |
| Flooding                | Implosion                    | Chiarificazione                | Terapia di sostegno         | Insegnare le abilità | Training di assertività         |
| Dialogo condiviso       | Gestalt e intersoggettivismo | Attaccare le idee irrazionali  | Terapia razionale           | hmm                  | Terapia centrata sul paziente   |
| Associazione libera     | Psicoanalisi                 | Fornire informazioni           | Terapia behaviorista        | Feedback diretto     | Biofeedback                     |
| Role playing            | Psicodramma                  | Fermare il pensiero            | Terapia behaviorista        | Esempio diretto      | Modeling therapy                |
| Analisi della relazione | Intersoggettivismo           | Ricerca del significato        | Logoterapia                 | Identificazione      | Psicoanalisi                    |
| Meditazione             | Arica                        | Correggere false credenze      | Terapia cognitiva           | Rassicurazione       | Terapia di sostegno             |
| Manipolazione corporea  | Ronfing                      | Confronto delle decisioni      | Terapia decisionale diretta | Dare ricompense      | Token economy                   |
| Regressione di gruppo   | Ehrard                       | Analisi del transfert          | Psicoanalisi                | Suggestione          | Ipnoterapia                     |
| Massaggio               | Arica                        | Analisi della corazza corporea | Analisi del carattere       | Punizione            | Terapia aversiva                |
| Isolamento              | Urlo primario                |                                |                             | Rilassamento         | Desensibilizzazione sistematica |
| Farmaci endovenosi      | Narcoterapia                 |                                |                             |                      |                                 |

Fonte: Greenberg, 2009

A partire da questa rappresentazione schematica e riduttiva, si possono fare delle riflessioni su quali siano le strategie tecniche che possono essere esportate ai colloqui di un processo diagnostico volto alla formulazione di una diagnosi di 'funzionamento emotivo'. Potremmo, con Gabbard e Westen (2009), dividere gli interventi in tre classi di categorie:

- quelli mirati a favorire l'*insight* emotivo e cognitivo, che hanno una matrice fortemente psicoanalitica e dinamica. Parliamo delle tradizionali libere associazioni che potremmo tradurre in un linguaggio più clinico come l'attitudine del clinico ad ascoltare quello che il paziente ha da dire, come si presenta e come risponde in modo naturale e spontaneo al compito di questi primi colloqui poco strutturati nella misura in cui si propongono di valutare come il paziente da solo è in grado di strutturare in una forma narrativa il proprio malessere e la domanda di aiuto.

Le libere associazioni permettono di vedere le difese in azione, gettando di tanto in tanto uno sguardo su cosa ci sta dietro (quando il paziente sta associando liberamente) e osservando le circostanze nelle quali emerge la resistenza (quando il paziente non è in grado di associare liberamente). E consentono al paziente e all'analista di tracciare una mappa delle reti associative inconscie del paziente e di esplorarle – lavorare insieme come cartografi della mente per creare un modello delle reti che portano il paziente a pensare, sentire ed agire in determinati modi, in diverse circostanze. (Greenberg, 2001, pag. 70)

E parliamo dell'interpretazione che sarà praticamente assente come tecnica di intervento nei primi colloqui, ma diventa centrale nei colloqui di restituzione in cui il clinico non fa altro che testare le sue ipotesi di lavoro chiedendo al paziente di lavorare con lui: il clinico fa al paziente una descrizione – in un linguaggio chiaro che egli possa comprendere immediatamente o riprendendo le metafore emerse nel corso dei precedenti colloqui – delle sue esperienze e della loro funzione, dà una lettura dei dati e dei fatti in termini emotivi, ricollegando l'azione al suo

significato e all'emozione – spesso confusa per il paziente – che la fa sembrare positiva o negativa, descrive al paziente le sue modalità prototipiche di stare al mondo con l'obiettivo di facilitare il processo di comprensione, reintegrare quegli aspetti di sé che sono stati negati e 'insegnare al paziente a vivere nella sua pelle' (Gabbard, 1996)

- quelli che derivano da aspetti della relazione dell'interazione. La comprensione emotiva è determinata dall'assetto relazionale specifico che viene a costituire il momento di incontro. Potremmo parlare di esperienza emozionale correttiva, secondo la quale sperimentare un differente tipo di relazione può essere un percorso importante per la comprensione. Dal punto di vista attuale, ciò comporta la modificazione delle reti associative, inclusi i desideri, le paure, le motivazioni e le strategie difensive che possono essere associativamente collegate alle rappresentazioni di oggetti, situazioni o azioni. Un secondo modo in cui la relazione può contribuire al cambiamento è mediante l'interiorizzazione della funzione regolatrice, grazie alla quale il paziente sviluppa la capacità di eseguire una funzione sino ad allora esterna, imparando, per esempio, a consolarsi interiorizzando le ripetute esperienze di azioni consolatorie effettuate dal clinico e a rileggere la sua malinconia e il suo dolore alla luce di una nuova fiducia in sé e nella possibilità di guarigione (Adler, Buie, 1979). Una terza modalità per cui la relazione può essere terapeutica si ha quando il paziente interiorizza gli atteggiamenti affettivi del clinico. Per molti pazienti questo comporta l'attenuazione di un sé ipercritico, come quando per esempio il paziente inizia a interiorizzare l'atteggiamento di interesse e di esplorazione verso materiale precedentemente vissuto con vergogna o considerato 'cattivo', o quando il paziente interiorizza un atteggiamento esplicitamente più moderato verso i propri impulsi o azioni. Ciò può accadere grazie a espliciti commenti del clinico o mediante gesti, intonazioni e altre forme di comunicazione che possono essere registrate in maniera implicita o esplicita. Una quarta modalità che può rendere la relazione uno strumento attivo di comprensione e modificazione è rappresentata dall'interiorizzazione della strategie consce di riflessione su di sé – vale a dire, quando il paziente gradualmente impara a pensare su di sé senza autoaccuse ma con comprensione. Ciò può accadere in parte mediante semplici processi di apprendimento o tramite l'osservazione, sebbene, una strada cruciale per il cambiamento terapeutico può essere la crescente capacità del paziente di 'trovare sé stesso nella mente del terapeuta' (Fonagy, 1999, pag. 51). Tutti questi aspetti dell'interiorizzazione sono basati sullo sviluppo di una relazione terapeutica nella quale il paziente si senta abbastanza sicuro da esplorare la propria mente in presenza di un altro

- alcune 'strategie secondarie' più strettamente collegate alle tecniche di psicoterapia che 'mischiano' le scuole di pensiero. La prima classe di interventi coinvolge varie forme di confronto che implicano impliciti o espliciti suggerimenti al cambiamento (Levy, Inderbitzin, 1997). Ad esempio, molti commenti interpretativi che includono elementi di confronto richiamano l'attenzione del paziente sui modelli di comportamento, in particolare sui modelli relazionali non adattativi, con un suggerimento implicito o esplicito al fatto che questi modelli sono problematici e può essere necessario cambiarli (Raphling, 1995). In effetti, il semplice atto di esplorare un insieme di associazioni o di problemi piuttosto che un altro fornisce al paziente informazioni sugli aspetti della sua vita mentale o del suo comportamento che il clinico considera degni di attenzione e, di conseguenza, sugli aspetti che ritiene essere causa di problemi e sui quali potrebbero lavorare (Wachtel, 1993). Persino un commento neutro come 'Mi chiedo cosa significa ...' implica la presenza di qualcosa da capire che è degno di attenzione diagnostica e che può richiedere un cambiamento. Una seconda forma di intervento è il confronto rispetto ai convincimenti disfunzionali, che può a volte essere tanto importante quanto il confronto rispetto ai comportamenti problematici, alle difese e alle formazioni di compromesso (Weiss, 1990). La semplice esplorazione di un convincimento o di un modo di vedere sé stesso che l'analista considera meritevole di attenzione è un indizio per il paziente che il clinico può non essere d'accordo con un suo punto di vista. Una terza classe di strategie secondarie ha a che fare con l'aiuto al paziente rispetto alle strategie per la soluzione dei problemi consci (*problem solving*) o la capacità di prendere decisioni (*decision making*). Interventi di questo genere possono avere un doppio effetto benefico. Primo, possono aiutare una persona a fare scelte di vita più adeguate, che influenzeranno le scelte successive. Aiutare i pazienti a risolvere un problema può essere utile per imparare a risolvere

meglio altri problemi in futuro, in particolare quando gli affetti coinvolti sono forti e il ragionamento può essere compromesso. Una quarta strategia, l'esposizione, è il più potente meccanismo di cambiamento nelle terapie comportamentali. Con esposizione si intende mettere il paziente a contatto con lo stimolo o la situazione che provoca in lui paura e indurlo ad affrontarli fino a non provare più ansia – e quindi a rompere, diminuendone la forza oppure modificandoli, i nessi associativi della paura della paura (Barlow, 2002). Come hanno sottolineato Fonagy e Target (2000), aiutare i pazienti a distinguere le convinzioni dai fatti e i fatti dalle fantasie è una forma di esposizione, in cui il clinico prende atto della realtà psichica di paura del paziente e allo stesso tempo gli fornisce una prospettiva alternativa che trasmette sicurezza. Una quinta classe di interventi 'secondari' implica forme di 'selfdisclosure'. Questa tipologia di interventi può essere particolarmente importante per quei pazienti le cui relazioni di attaccamento hanno condotto a schemi incoerenti di relazione – vale a dire, le cui figure di attaccamento erano così imprevedibili che il bambino non poteva capire o prevedere il loro comportamento. In casi del genere, può essere fondamentale aiutarli a imparare a capire meglio gli altri, a mantenere la fiducia, e a mostrare loro un diverso modello di espressione emozionale e di intimità. Una moderata *selfdisclosure* può anche promuovere la mentalizzazione (Gabbard, 2001), migliorando la funzione riflessiva del paziente. Ad esempio, condividendo un sentimento con il paziente, il clinico può aiutarlo a vedere che la sua percezione di cosa prova il clinico è solo una rappresentazione con la quale si può interagire e che può essere compresa. La discussione sulla *selfdisclosure* porta alla sesta modalità di azione terapeutica, il bisogno di conferma. Come ha affermato Killingmo (1989), i pazienti che hanno vissuto gravi traumi infantili possono vivere le osservazioni del terapeuta come invalidanti la loro esperienza soggettiva, nello stesso modo in cui accadeva con i genitori (Linehan, 1993). I concetti di accettazione e di conferma empatica del punto di vista del paziente devono essere integrati in una 'prospettiva esterna' da parte dell'analista che presenti un diverso punto di vista (Gabbard, 1997; Goldberg, 1999). Un'ultima classe di strategie secondarie interessa quelle che possiamo chiamare strategie facilitative – interventi che aiutano il paziente a collaborare maggiormente con il clinico in modo da rendere più facile la comprensione del proprio mondo interno. Queste strategie vanno dall'intriozione di forme normali di cortesia sociali che rendono gradevole una conversazione all'uso dell'umorismo, dai commenti di tipo pedagogico (ad esempio, spiegare al paziente perché può essere utile concentrarsi su ciò che accade nella stanza) a varie forme di commenti tranquillizzanti che si rivelano utili quando il paziente si confronta con materiale che gli causa sofferenza, ansia o vergogna, materiale che può aver tenuto fuori dalla consapevolezza, e che potrebbe tenere nascosto al clinico.

La tecnica traspare fin da subito e determina l'andamento del colloquio, anche nella misura in cui può essere identificata con la griglia di lettura del caso che il clinico ha nella testa e che determina la tipologia e la qualità delle domande che porrà al paziente. Il clinico sa che deve raccogliere una serie di dati fattuali, ma sa che per questo ci sarà uno spazio specifico e dettagliato – quello della raccolta dei dati bio-psico-sociali. Il clinico vuole soprattutto trascendere questi dati fattuali e dare loro una attribuzione di senso: chiede al paziente di dare loro un significato e un significato. Quello a cui presta attenzione allora il clinico, dietro alle parole e alle narrazioni di fatti ed episodi relazioni del paziente, sono una serie di quesiti che guidano il suo ragionamento clinico:

- cosa manca al paziente per evolvere?
- cosa manca per farsi curare?
- come si è trasmessa la patologia?
- come si è strutturata la relazione patologica?
- dove è la lesione e che qualità ha?
- quale è la distorsione del processo evolutivo? Quale è l'organizzatore primario emotivo disfunzionale?



Se il clinico riesce a trovare una risposta a questi interrogativi, sarà in grado di fare una diagnosi di 'funzionamento emotivo' e di cogliere le emozioni primarie che hanno strutturato la patologia – ben sapendo che l'unica possibilità di un percorso di cura efficace è quella in grado di debellare e ristrutturare il *deficit* a questo livello primario restituendo al paziente il senso della padronanza emotiva<sup>58</sup>, cognitiva<sup>59</sup>, comportamentale<sup>60</sup> e del sé.

L'obiettivo è cercare di individuare l'emozione di base, primaria che rappresenta il costituente della patologia attuale del paziente, e poiché sappiamo che le attribuzioni di senso del paziente non sempre sono esatte e veritiere, ma sempre fondate e reali sono le emozioni primarie che vi sono associate e che sono determinate dal clima emotivo e dal modo in cui è stato trattato\accudito il paziente, possiamo considerare che queste si riverberano nel colloquio clinico attraverso una triplice modalità: (A) la qualità delle relazioni attuali del paziente e nello specifico del contatto che il paziente è capace di costruire con il clinico (B) la natura funzionale\disfunzionale del suo funzionamento secondario (C) le parole che diventano un accurato e veritiero riflesso dello stato della mente del paziente. Quello che dobbiamo, quindi, cercare di fare, è studiare gli schemi emotivi di funzionamento primario e secondario rispetto a una modalità narrativa ricostruttiva e una modalità relazionale particolare, quella tra clinico e paziente, considerata come il riflesso degli schemi relazionali passati e generalizzabile a tutti i contesti. L'obiettivo di base è cercare di individuare l'emozione di base, primaria e costituente la patologia attuale del paziente e le sue modalità di manifestazione secondarie. La ricaduta clinica di questo tipo di comprensione dovrebbe in futuro consentire di dimostrare empiricamente l'esistenza di diverse modalità di funzionamento primario a cui dovrebbero corrispondere diverse e specifiche modalità di intervento\trattamento.

Una buona diagnosi, dunque, è quella che coglie gli organizzatori della psicopatologia e che è in grado di distinguere il funzionamento primario da quello secondario del paziente sapendo che un trattamento efficace sarà quello in grado di modificare non solo l'epifenomeno secondario ma di produrre un cambiamento che sia radicale e sostanziale a livello primario. La vita emotiva del paziente, dunque, è un processo irriducibilmente complesso

la vita emotiva è un compito complicato. Secondo il principio della funzione multipla, organizziamo e riorganizziamo continuamente strati di significato. (Morigliano, Robutti, 1992, pag. 70)

che richiede un'epistemologia che resista alla tentazione di semplificazioni eccessive. Tre le caratteristiche fondanti:

- fondamento emotivo e primario. Si tratta di emozioni primarie che hanno a che fare con il funzionamento elementare del sé e, in termini di patologia, coincide con la rappresentazione del paziente rispetto alla diagnosi ontologica che fa della sua patologia. La qualità del funzionamento primario emotivo si struttura nell'ambiente relazionale familiare e determina e influisce sulla costruzione della fiducia generalizzata, della continuità del sé, del suo confine, sul contatto con l'ambiente e quindi sull'appartenenza al mondo e del mondo. Si organizza attraverso la memoria biologica della continuità dell'accudimento, la memoria emotiva e la differenziazione del percepito di sé/altro che strutturano i confini della relazione. Si parla di distorsione evolutiva quando il processo di crescita non segue l'iter evolutivo fisiologico, modificando più o meno stabilmente l'organizzazione della struttura e del funzionamento e impedisce il percorso evolutivo divenendo disfunzionale. Questo capita ogni volta che si struttura una relazione patogena con l'ambiente primario in cui manca una corretta sintonizzazione funzionale e affettiva, a causa della presenza di un disturbo

---

<sup>58</sup> Fattore di cambiamento: esperienza affettiva – Concetto di cambiamento: suscitare eccitazione e responsività alla suggestione, unfreezing ed espressione dei sentimenti – Ruoli e funzioni complementari: stabilisce la condizione emotiva per essere ricettivi al cambiamento, facilita l'accostarsi al paziente riducendo le resistenze e abbattendo le difese, può produrre effetti profondi in un breve tempo.

<sup>59</sup> Fattore di cambiamento: padronanza cognitiva – Concetto di cambiamento: acquistare e integrare nuove percezioni e modelli di pensiero, promuovere autocoscienza e comprensione – Ruoli e funzioni complementari: dà una dimensione cosciente e informata allo sforzo psicologico, fornisce una componente razionale per organizzare e integrare il cambiamento, stabilisce e/o ripristina l'equilibrio emotivo.

<sup>60</sup> Fattore di cambiamento: regolazione comportamentale – Concetto di cambiamento: apprendere e modificare le risposte comportamentali, gestire e controllare le azioni e le abitudini – Ruoli e funzioni complementari: fornisce un'applicazione tangibile del cambiamento, offre una padronanza pratica e utile dei problemi specifici, rinforza l'apprendimento attraverso la prova, la ripetizione e la continuità dei nuovi comportamenti.



trasmesso tramite induzione o contagio di sfiducia e diffidenza. Questa modalità relazionale è dunque quella originaria e primaria (eziologia) e si è strutturata a partire dalla relazione patologica

- componente evolutiva. La qualità della vita emotiva, come specificato sopra, trova la sua specificazione nella qualità del contatto e dello sviluppo della relazione *caregiver*-bambino: il piccolo fa ciò che vede e mette in atto una distorsione evolutiva, che contribuisce a strutturare il tragico equivoco (Orefice, 2001). Definiamo tragico equivoco una modalità patogenetica che si rileva frequentemente nelle relazioni familiari: la madre percepisce il figlio, almeno in parte, come un nemico e la relazione si consolida nel tempo attorno a questa percezione e alle diverse manovre relazionali ostili, manipolatorie o deduttive. Il figlio può allora identificarsi a tal punto con questa percezione materna da sentirsi portatore di una sorta di peccato originale, le cui prove sono costituite in un circolo vizioso dalle stesse cattive relazioni con la madre

- carattere relazionale e secondario. Le emozioni sono risposte a eventi o bisogni relazionali, e la regolazione ed espressione delle emozioni è un tentativo di entrare in contatto, o regolare il contatto, con un altro. L'esperienza emotiva – fin dalla nascita – comincia, prosegue e si guarisce all'interno di specifici contesti intersoggettivi formati nella storia relazionale passata, evocati e suscitati dal campo presente e che contengono anche una componente orientata al futuro nei termini di un'aspettativa che l'esperienza relazionale-emotiva del futuro somiglierà a quella del passato ma con la speranza ansiosa che qualcuno risponda in modo differente. Epifenomeno di questi aspetti relazionali trova espressione in tutti quei meccanismi – relazionali appunto – messi in atto dal paziente con lo scopo e il fine specifici di maneggiare il disagio primario: l'apparato secondario serve per tenere a bada le problematiche corporee e psichiche usando delle strategie alternative al suicidio strutturale<sup>61</sup>, usa l'attitudine della mente ad essere iperattiva per permettere al paziente di funzionare. L'apparato secondario è asservito al rimuginio costante e faticoso della mente: il paziente funziona sul ripudio (devo diventare un altro per poter essere amato dai miei genitori, soccorso della magia per attuare la trasformazione). I sentimenti secondari sono la rappresentazione organizzata dell'insieme di emozioni verso gli oggetti e verso il sé, rappresenta il modo di sentire se stessi. La mente primaria si organizza 'per come si sente', l'apparato secondario 'per come ci si sente' (Orefice, 2001). I sentimenti secondari sono dunque la rappresentazione organizzata dell'insieme di emozioni provate verso se stessi e il mondo. Se il sé è profondamente disturbato, la rappresentazione del sé e i sentimenti verso il sé e il mondo sono trattati sempre con il ripudio. Tutto l'apparato secondario ne è asservito e deve svolgere un lavoro faticosissimo che chiude in una trappola. Solitamente l'apparato secondario rappresenta la parte dissociata rispetto alla fiducia di base<sup>62</sup>: rappresenta il modo in cui il paziente tenta di tenere a bada la lesione di base ripudiandola.

---

<sup>61</sup> La suicidarietà strutturale è un disturbo molto precoce, legato ad un disturbo della fiducia di base in cui il paziente non acquisisce nessuna capacità di evolvere, ma funziona solo per eliminazione dei difetti. In questo modo l'unico funzionamento possibile è legato alla distruttività: il paziente evolve solo eliminando le parti di sé che non funzionano secondo il suo ideale. Il riconoscimento delle difficoltà relazionali attuali del paziente permette di accedere al suo problema evolutivo profondo: la sfiducia riguardo l'esistenza di processi evolutivi, che si traduce in allarme relazionale. I casi di suicidarietà strutturale non sono altro che un funzionamento psichico di stampo dissociativo di cui il suicidio è solo l'espressione estrema: vengono descritti dai pazienti come uno stato in cui il soggetto guarda a se stesso come a un essere abominevole da cui deve 'dissociarsi'. Questo spesso avviene in uno stato di 'lucidità dissociativa' con il sollievo-trionfo di chi ha trovato il modo per sbarazzarsi di un individuo abietto e di un mondo ostile e deludente, cioè induttore di sfiducia. È presente il convincimento che non vi sia altra possibilità e chi si prepara all'esecuzione di sé lo fa come se fosse un boia, in uno stato di coscienza descritto 'come se fossi un altro'. Questa modalità specifica di funzionamento è riconducibile ad un danno delle funzioni evolutive: non esiste nel paziente e nel suo ambiente familiare alcuna tolleranza, alcun pensiero e sentimento riguardo le necessità fisiologiche della crescita, considerate con un allarme per il fallimento tale da mobilitare una identificazione dissociativa provviste di qualità omicide. La rabbia, l'intolleranza, il disprezzo e l'impossibilità di chiedere aiuto sono i sentimenti tipici di questa condizione suicidaria e sono tutti riconducibili ad una patologia specifica dell'identità: l'impossibilità ad evolvere perchè non si può contare sui propri mezzi. L'elemento base non è un problema di individuazione e separazione, nè primariamente un disturbo del pensiero. Il processo è reso drammatico e mortale da un pregresso grave disturbo del contatto con gli adulti, che appaiono distanti, irraggiungibili, pretenziosi fino all'intransigenza, rassegnati e scoraggiati. Il fatto che appaiano tali può corrispondere a tratti del carattere dei genitori e dal contagio e induzione a partire dalla loro stessa assenza di fiducia nella processualità della crescita.

<sup>62</sup> La fiducia primaria è il risultato del lavoro di organizzazione del funzionamento primario del sé. Questo può essere favorito o viceversa danneggiato dal tipo di relazione con il mondo primario: la relazione con il caregiver può dunque facilitarne o complicarne la costituzione (fattori di rischio e di protezione). L'acquisizione della fiducia primaria avviene per tappe: senso dell'unitarietà del sé (continuità tra diversi stati del sé), senso dei confini (relazione con il mondo, con gli oggetti e con la zona di confine o di contatto tra sé

Con il processo diagnostico il clinico deve capire il funzionamento del paziente su tutti questi assi, deve trovare risposta a quale sia il disturbo primitivo della fiducia di base legato all'accudimento, quali sono state le caratteristiche di processualità, persistenza e ripetitività che hanno impedito la sua riparazione, quale è la qualità – malinconia, invidia, cattiveria, disperazione, ... – delle emozioni che lo hanno bloccato, quali sono le strategie che ha messo in atto per funzionare almeno parzialmente nella vita. Se il clinico riesce a trovare una risposta a questi interrogativi, sarà in grado di fare una diagnosi di 'funzionamento emotivo' e di cogliere l'organizzazione del sé del paziente che, in questo modello teorico, è definita in termini di sé corporeo, sé mentale e l'insieme tra le due componenti. Queste modalità di funzionamento determinano e influenzano la capacità relazionale del soggetto, che risulta dunque essere ontologicamente successiva a tale acquisizione. Ogni individuo funziona, dunque, sempre a questi due livelli e in presenza di lesioni significative nel funzionamento del sé molti eventi delle fasi successive della vita possono ricondurre al danno preesistente ('l'essere umano pensa per come sente e per come si sente, rappresentazione del sé' Orefice, 2001). Un accudimento normale permette al neonato di acquisire una sufficiente fiduciosità nell'ambiente e gli fornisce uno spazio organizzato che lo possa tutelare. Lo sviluppo delle capacità percettive permette lo strutturarsi di un'iniziale relazione con chi cura e l'acquisizione di abilità di richiamo e scambio relazionali. La fiducia nel proprio corpo, mente e nelle relazioni si organizza come qualità di fondo che permette il contatto con l'ambiente allargato: una sufficiente serenità e affidabilità del mondo accudente, struttura il clima interno del paziente e si deposita come memoria nella percezione. La crescita avviene senza successioni temporali, ma attraverso cambiamenti di diversi stati mantenuti integrati attraverso un senso di unitarietà raggiunto tramite la continuità dell'accudimento. Questi passaggi permettono di strutturare, tramite la fiduciosità temporale dell'esperienza, anche una percezione di continuità e unitarietà, inizia l'evoluzione fisiologica delle funzioni della fiducia di base, che sono inerenti alla necessità di appropriarsi del mondo: il sentimento primitivo di fiduciosa continuità, dei confini (alla base del sentimento di fiducia nella propria mente, nel proprio corpo e nella capacità di maneggiare il mondo senza esserne invasi), della benevola e riguardosa appartenenza dell'ambiente e all'ambiente (riguarda il clima generale, il contatto con l'ambiente e quello con le persone significative).

Fatte queste premesse, allora i quesiti diventano come costruire la sintonizzazione affettiva tra clinico e paziente a livello non verbale e a livello verbale: serviranno delle componenti che hanno a che fare con la disponibilità emotiva innata del clinico e componenti che hanno a che vedere con la tecnica. Quali sono queste componenti? Come fa il clinico a potenziare e implementare queste competenze? Se questo è il problema del clinico, il problema del ricercatore diventa verificare la teoria e le ipotesi cliniche fondandole e testandole empiricamente usando metodi sperimentali e osservativi (Erdelyi, 1985; Grunbaum, 1984)

---

e gli altri), senso di appartenenza (relazione con il mondo e con gli altri), percezione del processo evolutivo. La sfiducia, al contrario, è una qualità passiva, nel senso di una rinuncia alla fiducia, ovvero uno scoraggiamento riguardo la possibilità di utilizzare sia il mondo esterno sia se stessi. Si manifesta come un ritiro da un investimento ritenuto a priori fallimentare (sul mondo esterno, su di sé, su proprie attitudini, sul proprio corpo e sull'esistenza delle normali vie evolutive). L'oggetto della sfiducia può essere percepito come minaccioso, estraneo, inaccessibile, inutile e deteriorato: comunque non fruibile. La sfiducia spesso si accompagna ad uno stato rancoroso, rinunciatario e rassegnato. Equivalenti psichici e psicosomatici sono: il senso di stanchezza fisica o psichica, il calo di energie, lo slivellamento di coscienza, l'assentarsi, le crisi di ipersonnia e l'improvvisa perdita di una funzione.

## LA NOSTRA PROPOSTA DI INTEGRAZIONE

### 1. SANARE IL GAP: IL DIALOGO TRA CLINICA-EVIDENZE EMPIRICHE-TEORIA

A questo punto, dopo questo *excursus* teorico e clinico, la domanda è: affascinante, interessante, sorprendente – d'accordo – ma queste teorizzazioni di modelli di funzionamento e anche di tecniche e pratiche cliniche a cosa ci servono davvero, come le applichiamo concretamente nella pratica clinica con i pazienti? È metapsicologia speculativa o applicativa? Possiamo integrare le diverse prospettive presentate e prendere da ciascuna le indicazioni sui concetti e i costrutti che dobbiamo ripensare, riscrivere, risistemizzare e ricomprendere in modo non giustapposto ma organico?

La nostra ricerca è un tentativo in questo senso di far dialogare clinica, evidenze empiriche e teoria. Per l'obiettivo specifico che ci proponiamo, infatti, abbiamo scelto come vertici osservativi privilegiati:

- il modello della comunicazione affettiva di Bucci (1997) in quanto offre una chiara base teorica – anche se un po' speculativa – della teoria dei processi emotivi che integra psicoanalisi, scienza cognitiva e neuroscienza<sup>63</sup> ma soprattutto perché offre uno strumento empirico applicativo estremamente raffinato – operazionalizzato nei costrutti, con una buona validità e statisticamente attendibile – che permette di studiare il processo comunicazionale clinico-paziente da un punto di vista interattivo e dinamico

- gli studi intersoggettivi del *Boston Change Process Study Group* (BCPSG) perché ci offrono le basi metodologiche – attraverso lo studio dei processi micro-analitici e micro-temporali – per studiare la sintonizzazione affettiva in un contesto interattivo adulto, ma soprattutto perché ci offrono una chiave di lettura del processo molto vicina alla clinica.

Ci sembrava riduttivo utilizzare solo i dizionari di Bucci perché sentiamo la sua teoria un po' lontana dalla pratica clinica (speculativa appunto), nella misura in cui la descrizione che fornisce di strutture maladattive e patologiche è basata su concetti generali ed ecumenici dell'organizzazione di personalità e non su una particolare teoria dinamica. Se questo è un limite rappresenta al contempo un vantaggio perché approcci clinici specifici – come quelli delle relazioni d'oggetto, della psicologia dell'io, kleiniana, della psicologia del sé o intersoggettiva e relazionale – possono così venire tradotti in tali concetti generali non solo in linea di principio e le differenze tra loro possono quindi divenire formulabili ed empiricamente verificabili. Diventa possibile così concretizzare il tentativo di Wallstein (1993) di identificare 'capacità psicologiche' rintracciabili in diverse prospettive teoriche e di conciliare quindi psicoanalisi, intersoggettivismo, scienza cognitiva così da potenziare le potenzialità e qualità dei singoli approcci che tutti insieme diventano capaci di descrivere in maniera più esaustiva il complesso funzionamento di personalità normale e patologico.

Poiché, allora, manca alla teoria di Bucci – letta da sola – un ancoraggio teoricamente orientato per dare un significato simbolico ai dati ottenuti attraverso l'analisi linguistica e tradurli in un linguaggio clinico condivisibile, il suo modello teorico è stato affiancato agli studi del BCPSG che aggiungono la prospettiva per la quale lo sviluppo e la definizione di costrutti emotivi richiede una teoria generale dell'organizzazione psicologica, una rete nomologica, che comprenda sia il funzionamento adattivo sia quello maladattivo all'interno della quale i costrutti su livelli variabili di astrazione possano essere definiti reciprocamente e in relazione a eventi osservabili. Questa prospettiva, infatti, è interessante

---

<sup>63</sup> Abbiamo volutamente trascurato dalla nostra trattazione la presentazione delle associazioni e delle evidenze neurologiche che legano emozioni, parole, mente o altrimenti detto la psicologia ai suoi fondamenti neuro anatomici e neuro funzionali perché non direttamente pertinenti con l'approccio e il taglio clinico della ricerca. Ma un aspetto interessante di questi approcci è la loro congruenza rispetto anche alle più avanzate scoperte su psiche e cervello – solo per fare un riferimento cito la rivoluzionaria scoperta del fenomeno del mirroring e dei neuroni specchio, per una approfondita trattazione si rimanda ai lavori pubblicati in grande quantità dai gruppi di lavoro di Parma (Gallese, Rizzolati) e Los Angeles (Iacoboni).

nella misura in cui colma il gap tra scopo del trattamento 'magicamente' raggiungibile e un'attenzione specifica a quali sono gli strumenti tecnici che il clinico ha a disposizione: questo approccio infatti è molto attento a definire che cosa significa essere terapeuta e psicologo spiegando quali sono i prerequisiti mentali, la professionalità, le competenze tecniche, la disponibilità relazionale e le competenze linguistiche ed elaborative che deve avere il clinico per svolgere bene il suo lavoro. Del resto, questo approccio da solo non ci era sufficiente perché postula solo in termini teorici – e non clinici (se escludiamo i resoconti a posteriori sul caso) – la metodologia di analisi del processo: negli articoli, infatti, di questo gruppo di lavoro non vengono mai proposte applicazioni *multiple-case* e le metodologie empiriche fornite – tutte di carattere osservativo – prevedono soltanto il contesto applicativo dell'*infant research*.

La scelta di un vertice osservativo costituito dall'unione di queste due teorie riflette la necessità di individuare un contesto adeguato in cui esplorare la connessione tra linguaggio, emozioni e significati, sia nelle dinamiche interne all'individuo che nel contesto della relazione clinico-paziente. Il contesto integrato risultante è in grado di costituire l'interfaccia tra concetti psicoanalitici e neurologici, cognitivi ed interpersonali: la teoria del codice multiplo fornisce il collegamento teorico tra i concetti psicoanalitici, neurologici e cognitivi e gli studi empirici, mentre la prospettiva intersoggettiva del BPCSG fornisce il collegamento tra questi approcci e la clinica. In entrambe le teorie, le narrazioni relative alle interazioni con gli altri significativi costituiscono l'unità di base per la valutazione dei pattern relazionali e degli schemi emotivi – quindi non siamo incorsi in problemi di compatibilità.

Questa proposta integrativa vuole dare delle indicazioni pratiche per implementare la pratica clinica e renderla più efficace creando la figura di un 'clinico bilingue' nell'accezione proposta da Gabbard (2005) che ci insegna che la miglior posizione che possono assumere un clinico per sviluppare un'esaustiva formulazione bio-psico-sociale globale al caso e per mettere in atto un piano terapeutico efficace – e noi aggiungiamo diagnostico – è quella in grado di integrare e creare un ponte tra teorie della mente diverse che gli permettano di comprendere da tutte le sfaccettature che li compongono il linguaggio della mente, il linguaggio del cervello, il linguaggio delle emozioni.

## TERZA SEZIONE: LA RICERCA

L'esprit souffle et resouffle au-dessus de la botte  
aventures on eut qui s'y pique s'y frotte  
il voundra retrouver le germe adultèrin

## IL RAZIONALE

I lavori di LeDoux (2002), di Damasio (1999, 2003, 2008), di Panksepp (2005, 2007) e di Watt (2007), la ricerca sul problema dell'attaccamento, lo studio del fenomeno dell'alestitimia e la conseguente accentuazione del tema della regolazione affettiva, *l'infant research* e la psicologia evolutiva, le teorizzazioni di Fonagy (1999, 2005), Target (2007), Beebe e Lachmann (1994) e il loro fondamento del sé e dell'oggetto nei processi di auto ed etero regolazione, l'ancorarsi del cognitivismo alla ricerca neuroscientifica e la rivalutazione di una psicoanalisi meno interessata all'intellettualismo dell'interpretazione e più vicina all'esperienza emozionale dell'incontro – da Stern (1998, 2004) al Gruppo di Boston (2005, 2007, 2008) – sono tutti momenti di un percorso complessivo che ha saldamente trovato punti di convergenza e che cerca di parlare la stessa lingua – quella dell'affettività – seppur da vertici diversi, nel tentativo di co-costruire una multidisciplinarietà che sia dialettica e cooperativa e in grado di spiegare e trovare fondamento scientifico a questioni classiche<sup>64</sup> lungamente dibattute – nell'epistemologia, nella teoria e nella clinica – ma mai completamente esaurite – ammesso che questo sia possibile.

Gli affetti, un tempo miseri figliastri della psicoanalisi e subordinati nella primogenitura freudiana alle spinte istintuali, sono gradualmente emersi dalle fonti più disparate e si vanno imponendo come entità a sé, persino più importanti degli istinti stessi. Se gli organi di senso costituiscono la sentinella degli oggetti della realtà esterna, gli affetti costituiscono l'organo di senso della realtà interna, le antenne della verità della realtà psichica. Sono i notiziari, il monitoraggio e la valutazione del mare della nostra realtà mentale dal nostro più vicino organo di senso alla costa più lontana della nostra psiche. In poche parole, gli affetti volteggiano nel panorama della nostra vita, in profondità come in superficie del nostro essere. Sappiamo dal contributo di Damasio che l'affetto consiste in emozioni e sentimenti. Compito della psicoanalisi è far sì che l'analizzando senta le sue emozioni. (Grotstein, 2004, traduzione di Merciai e Cannella pag. 36)

Se, dunque, la tradizione scientifica e psicologica è concorde nel mettere al centro dell'attenzione le emozioni<sup>65</sup> e la loro regolazione in quanto precursori e determinanti del sé<sup>66</sup> nonché organizzatori e chiavi di lettura della realtà, e – di conseguenza – se l'affetto<sup>67</sup> e la comprensione emotiva<sup>68</sup> sono diventati, negli ultimi decenni, il punto cruciale di incontro delle discipline neuroscientifiche (*affective neuroscience*) e delle teorie psicologiche più riconosciute, ci sembra che le finalità di questo lavoro non possano che andare nell'ambiziosa direzione di provare a rendere empiricamente misurabile e comprensibile il ruolo dei processi emotivi, appunto, attraverso il loro studio nel contesto relazionale clinico – attraverso la sintonizzazione affettiva tra clinico e paziente – utilizzando la metodologia di indagine più tradizionale che tipicamente definisce le specificità e peculiarità di tutto il lavoro psicologico – l'indagine dei comportamenti verbali. L'originalità di questo progetto consiste nell'applicare a un contesto specifico, quello

---

<sup>64</sup> Solo per citarne alcune: la tecnica del lavoro clinico, terapeutico e psicoanalitico, le modalità di condizione del colloquio psicologico, le basi anatomiche del cervello, il rapporto mente-corpo, concetti quali transfert, reverie, identificazione proiettiva ... solo per citarne alcuni.

<sup>65</sup> Fatta salva la relativa tradizione di polemiche semantiche, facciamo nostra la definizione del termine Emozione proposta da Siegel (1997) e Plutchik (1994) secondo i quali le emozioni sono la risultante di un insieme complesso di interazioni tra fattori soggettivi e oggettivi, mediate da sistemi neurali/ormonali che possono dare origine a esperienze affettive (sensazioni di attivazione e piacere/dispiacere), generare processi cognitivi (effetti percettivi, valutazioni, processi di etichettamento), attivare aggiustamenti fisiologici e portare a un comportamento che è spesso, ma non sempre, espressivo, finalizzato e adattativo.

<sup>66</sup> Purtroppo, anche in relazione a questo costruito non possiamo far altro che sottolinearne la complessità e la difficoltà a ridurlo all'interno di un'unica definizione/etichetta. Scegliamo di riferirci pertanto al modello evolutivo proposto da Fonagy, Gergely, Jurist e Target (2006) che distingue cinque livelli di sviluppo della comprensione dell'agenzia e dell'identità personale: il sé come 'agente fisico', il sé come 'agente sociale', il sé come 'agente teleologico', il sé come 'agente mentale intenzionale' e il sé come 'agente rappresentazionale' precursore del sé autobiografico.

<sup>67</sup> Facciamo nostra la definizione del termine Affetto proposta da Panksepp (2005) – che in un certo senso dell'affective neuroscience è un fondatore – secondo il quale gli affetti riflettono i sentimenti associati ai processi emozionali e si distinguono in quelli che rispecchiano bisogni e disturbi del corpo e le spinte emozionali della mente. Siamo consapevoli della lunga tradizione di polemiche semantiche a proposito del concetto di affetto e della complessità di rendere il termine originale freudiano di Affekt o quello inglese Affective.

<sup>68</sup> La comprensione emotiva la intendiamo come il processo dialogico di creare insieme il senso dei mondi esperienziali possibili e quindi trasformarli. È l'esperienza condivisa e relazionale (Nissim Somigliano, Robutti, 1992) capace di rimettere l'analizzando in contatto almeno parzialmente con la sensazione di far parte del mondo umano e di far parte di un mondo e di una dimensione personali e propri.

diagnostico, gli strumenti empirici e teorici della ricerca terapeutica<sup>69</sup> (approccio dei marcatori verbali per operazionalizzare i "momenti chiave", Kris, 1956; teoria del codice multiplo e della comunicazione emozionale, Bucci, 2002) per aprire una finestra sulla comprensione dei processi clinici-diagnostici (Mergenthaler, 1985, 1993; Bucci, 1999; Angus, Goldman, Mergenthaler, 2008; Kachele, Albani, Buchheim, 2006; Holzer, Scheytt, Kachele, 1994), in termini di schemi emozionali e di processi riflessivi e nella possibilità di approfondire la comprensione delle azioni verbali di clinico e paziente e della loro regolazione riferendosi e integrando la teoria e la clinica intersoggettiva.

Quello che ci si propone, dunque, è declinare il concetto di sintonizzazione affettiva<sup>70</sup> – lungamente definito solo a partire da osservazioni cliniche – entro un contesto empirico quantitativo che ne formuli una definizione operativa – trasformandolo in costruito misurabile. La complessità teorica del costruito si ripercuote inevitabilmente sulla difficoltà di tradurre a livello empirico queste concettualizzazioni e sulla difficoltà di trovare un vertice osservativo esplicativo che non faccia perdere le molte sfaccettature della questione, aumentando così il *gap* tra una pratica clinica che attribuisce sempre maggiore importanza alla complessità e all'incongruenza delle informazioni e una ricerca eccessivamente semplificante e semplicistica nel tentativo di non perdere validità metodologica. Per fare questo, ci viene in aiuto la moderna area di ricerca sulla psicoterapia che attraverso i più recenti studi sul processo sembra aver sviluppato una 'nuova disciplina' che in realtà non fa altro che declinare uno dei 'contributi scientifici di Freud più importanti' che è consistito 'nello sviluppo di un metodo di osservazione narrativo che ha reso possibile la raccolta di dati validi sulla vita interiore dell'uomo' (Gedo, 2001, pag. 106). L'eredità di Freud si concretizza, quindi, oggi nella possibilità di creare un *link* tra teoria e ricerca, di dare cioè fondamento empirico e rendere quantificabili concetti clinici attraverso l'analisi delle narrazioni clinico-paziente. Strumento d'indagine privilegiato diventa allora il linguaggio, inteso come processo di costante creazione di senso nell'ottica per cui non esiste un punto fermo di significato, ma che piuttosto i significati 'raggiunti o chiariti' devono essere continuamente ridefiniti mettendo in discussione la comprensione del paziente e di ciò che accade nella stanza. Si riparte quindi dalla '*talking cure*' in cui la stanza d'analisi/di terapia torna a essere

per molteplici ragioni, il luogo delle narrazioni. Naturalmente saranno i modelli dell'analista a far sì che il racconto da sviluppare abbia generi narrativi diversi. (Ferro, 2004, pag. 23)

e la psicologia una scienza umana fondata sullo studio del significato del sé e dell'altro messo in gioco nella relazione tra clinico e paziente che cercano di costruire una storia di vita, una narrativa personale che consenta un senso di benessere e soddisfazione personale nuovi e migliori di quelli portati dalla storia con cui il paziente ha iniziato il suo percorso psicologico.

Proprio perché la modalità con cui viene raccontata questa storia di vita implica sia l'ascoltatore sia il narratore come partecipanti condivisi della psicologia del senso comune di un determinato momento, dobbiamo studiare il processo psicoanalitico dalla prospettiva della retorica e della narrativa piuttosto che da quello della logica razionale. (Cohler, Galatzer-Levy, 2007, pag. 573)

La prospettiva di riferimento è quella intersoggettiva, che definisce il dialogo comune clinico-paziente in termini bidirezionali e ricorsivi (Ogden, 1999), come il frutto del contributo dell'esperienza soggettiva di entrambi i

---

<sup>69</sup> Data questa scelta teorica e metodologica che richiama e parte dalla tradizione terapeutica, spesso, nella discussione si parla di analista/terapeuta e analizzando/paziente – termini che mal si accordano con il contesto clinico del processo diagnostico. Del resto, la sfida di questo lavoro cerca di essere proprio quella di leggere criticamente i contributi di questo fiorente filone di ricerca, il tentativo di una lettura laica in grado di 'prendere' tutti i contributi che possono apportare elementi evolutivi alla conoscenza diagnostica che manca di una sua propria tradizione empirica! Nella discussione dei risultati, però, questa confusione viene chiarita e superata nel confronto dialettico delle diverse posizioni e i 'fatti terapeutici' sono declinati in modo originale secondo le evidenze cliniche diagnostiche, teoriche diagnostiche ed empiriche diagnostiche riscontrate.

<sup>70</sup> Un'altra definizione impossibile. Con Sander (1996) ricorriamo al principio di corrispondenza della specificità per cui in un 'momento di incontro' due sistemi diventano sintonizzati se sono in grado di rendere ciascun partner consapevole dello stato dell'altro. Questo significa che due stati di consapevolezza sono posti a confronto, nel senso che si crea una corrispondenza tra il modo in cui ciascun partner conosce se stesso e il modo in cui è conosciuto dall'altro. Questo tipo di corrispondenza è in grado di favorire lo sviluppo di un senso di identità e sé nella misura in cui il soggetto si sente 'riconosciuto' all'interno di un processo intersoggettivo che non è prevaricante o monodirezionale ma co-costruito e co-determinato.



partecipanti, e in questo senso può essere compreso solo mettendo la vita emotiva al centro della teoria e della clinica.

La tesi centrale di questo libro è che la comprensione psicoanalitica emerge dalla partecipazione reciproca, soprattutto emotiva, al campo intersoggettivo formato dalle due soggettività del paziente e del terapeuta. Il processo della lotta verso una comprensione sufficientemente buona, fino a raggiungerla, può curare le ferite emotive e cambiare il modo di organizzare l'esperienza di una persona. (Orange, 2001, pag.17)

Il trattamento psicoanalitico è l'impresa di due persone che tentano in un dialogo di comprendere l'organizzazione dell'esperienza emotiva di una di esse 'trovando insieme un senso' nella loro esperienza condivisa. (Orange, 2001, pag. 23)

Il lavoro psicologico diventa quindi un viaggio di conoscenza e 'comprensione emotiva', un itinerario di possibile crescita personale e alfabetizzazione affettiva che si propone non solo di 'prendersi cura' ma anche di 'guarire il cancro dell'anima dei pazienti' (Western, 2002) attraverso una nuova esperienza di riconoscimento e consonanza affettiva (*l'affective attunement* di Stern) e una ridefinizione degli schemi emotivi disfunzionali che parta dall'empatia e dall'accoglienza del dolore ma che si spinga oltre verso la ristrutturazione e l'insegnamento di strategie volte ad affrontare e combattere contro la psicopatologia e i suoi sintomi (cambiare le reti associative disfunzionali e le modalità problematiche cosce di pensieri, sentimenti, motivazioni favorendo una migliore regolazione affettiva).

Io non credo che esista una cosa chiamata guarigione psichica. Credo però che esista la cura, e che il nostro prendersi cura di un uomo lo aiuti a cambiare il suo mondo. non nel senso che possa mai diventare un altro; ma nel senso che possa diventare realmente se stesso. Ciò che rende possibile il cambiamento è quel frammento di verità che l'analisi è riuscita a restituirci sottraendolo alla memoria di sé, all'illusione di sé e al dolore di sé. (Riolo, 2002, pag. 833)

Se la comprensione emotiva – cioè, il processo dialogico di creare insieme il senso dei mondi esperienziali soggettivi allo scopo ultimo di trasformarli nella misura in cui si rivelano disadattivi – rappresenta il principale strumento del lavoro terapeutico e clinico, tuttavia questa sola dimensione non è sufficiente se non si associa a una dimensione tecnica altra che veicola le scelte relazionali e che ha a che fare con l'intervento specifico del clinico – che si deve articolare in tre tipologie tecniche portanti (Gabbard, Westen, 2003) che hanno a che fare con l'introspezione<sup>71</sup> (libere associazioni, interpretazioni, *reverie*), la relazione terapeutica<sup>72</sup> (esperienza emozionale correttiva, internalizzazione, sviluppo delle funzioni riflessive, *transfert-controtransfert*, integrazione della dissociazione) e ulteriori strategie secondarie di maneggiamento psicoterapeutico<sup>73</sup> (confrontazioni, discussione di credenze disfunzionali, analisi delle caratteristiche dei processi decisionali, autorivelazioni, validazioni empatiche, interventi di facilitazione al rapporto).

Negli ultimi anni, la netta demarcazione fra una modificazione terapeutica conseguita attraverso la tecnica, per esempio l'interpretazione, e il cambiamento attraverso un nuovo tipo di relazione ha portato a riconoscere che questi due meccanismi operano in maniera sinergica nella gran parte dei casi, con un maggior rilievo dell'uno o dell'altro aspetto a seconda dei pazienti. (Cooper, 1989; Jacobs, 1990; Pulver, 1992; Pine, 1998; Gabbard, 2000)

Non esiste più nell'azione terapeutica una netta demarcazione tra gli aspetti relazionali e interpretativi. L'*insight* sugli aspetti della relazione stessa può essere un correttivo in grado di promuovere ulteriori cambiamenti e il contenuto degli interventi interpretativi può a volte essere meno importante dei significati spesso inconsci, includendo i significati relazionali trasmessi nel corso dell'interpretazione. (Gabbard, Western, 2003)

La negoziazione e l'adattamento reciproco sono centrali nell'azione terapeutica. Non esiste una tecnica o una soluzione generale, poiché ciascuna soluzione, per sua stessa natura, deve essere adattata al soggetto. Se il paziente sente che l'analista sta applicando una tecnica o mostra un

---

<sup>71</sup> L'obiettivo è favorire l'*insight*: tracciare una mappa delle reti associative inconscie, vedere le difese in azione ed esplorare le procedure implicite di ragionamento per ridefinirle e modificarle.

<sup>72</sup> Anche la relazione diventa veicolo dell'azione terapeutica nella misura in cui l'analista sarà diverso, ma in parte uguale, agli oggetti problematici del passato.

<sup>73</sup> Questa 'commistione' tra stili e integrazione multidisciplinare riapre il tema e le interminabili discussioni circa le possibili differenze tra psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica, per il quale si rimanda a Eissler (1953), Gill (1984), Migone (2006).



atteggiamento o una posizione generica, l'analisi probabilmente non otterrà risultati. (Mitchell, 1997, pag. 58)

Quanto detto va oltre la diatriba sui 'fattori terapeutici': introspezione/interpretazione da una parte e relazione dall'altra. L'esperienza di essere compresi in profondità è innanzitutto relazionale in quanto esito dell'incontro e della regolazione di due soggettività che cercano modi più flessibili e creativi di organizzare l'esperienza, mettersi in relazione con e riparare il trauma emotivo. La natura di questi traumi emotivi è studiabile per come emerge nelle relazioni attuali del paziente e in particolare nella qualità del rapporto con il clinico che il paziente è in grado di strutturare. Ma non ci si può certamente fermare a un piano post-moderno: la relazione è imprescindibile tanto quanto imprescindibile è la tecnica ancorata a coerenti teorie di riferimento.

È facile essere post-moderni con le miserie degli altri. Ma se le nostre terapie sono in relazione alle nostre teorie, dovremmo usare molta cautela prima di paragonare la critica letteraria o il sentimento estetico con l'osservazione attenta ed empiricamente controllata delle fonti sulle quali costruiamo le nostre teorie. Se invece le nostre terapie hanno poca relazione con le nostre teorie, non è molto giustificato che ci facciamo pagare per la nostra competenza, che potrebbe essere non molto più valida o significativa di quella di zia Sally, che un tempo soffriva di depressione, anche lei, e avrebbe una bella storia da raccontare in argomento. Non ci sono molti dubbi che la stessa 'scienza' sia diventata in molti circoli culturali una sorta di versione moderna del principio d'autorità medioevale: specie in psichiatria e in psicologia, dove spesso la ricerca è pesantemente separata dalla pratica clinica. Ma non è così per la psicoanalisi, dove per cent'anni sono state proposte teorie una dopo l'altra – su come si sviluppano i bambini, come si forma la nevrosi, che cosa porta al cambiamento terapeutico, e così via – con un rapporto tra ipotesi avanzate e ipotesi testate di circa 1000 a 1. La psicoanalisi non corre il rischio di essere sopraffatta e saccheggata dai ricercatori empirici. Passiamo, invece, molto del nostro tempo a discutere in letteratura varie questioni a proposito dello sviluppo dell'azione terapeutica come se le questioni empiriche potessero in qualche modo essere risolte da argomenti logici. Questa è l'eredità di un periodo passato della storia della psicoanalisi, di quando le teorie si richiamavano al principio d'autorità invece che ai dati empirici, ed è tuttora parte della grammatica del discorso di ogni scuola contemporanea di pensiero psicoanalitico. Ancora una volta è cruciale saper distinguere l'arte ermeneutica dall'interpretazione di significato nel *setting* clinico dal processo scientifico di produzione e raffinamento di una teoria che fornisce il contesto dell'interpretazione di significato. Possiamo risuonare con quello che il paziente dice o fa o con le nostre risposte interiori a tutto questo perché questa risonanza ci dice qualcosa di molto significativo sul paziente. Ma non dovremmo scegliere a quali teorie o ipotesi credere sulla base di quanto esse risuonano con le nostre simpatie, che sono influenzate dai nostri conflitti e dalle nostre difese quanto lo sono dai dati. Posso risuonare quanto voglio con la posizione depressiva, ma questo non vuol dire che i neonati la attraversino. L'antidoto alla conoscenza basata sul principio d'autorità è un atteggiamento modernistico scientifico e illuminato, che riconosca che la conoscenza scientifica è sempre imperfetta, probabilistica e influenzata da forze extra-scientifiche – sociali, economiche e psicodinamiche – ma che tenga in considerazione il fatto che quella conoscenza imperfetta, inserita e compresa nel suo contesto umano, è pur sempre meglio della conoscenza per afflato divino o del nichilismo. (Westen, 2002, pag. 888)

A partire dalla discussione di questi temi di fondo, allora, ci si propone di tentare di costruire i lineamenti di una teoria empirica di 'come fare' (questione della tecnica che diventa, in virtù di quanto detto, una combinazione di tecnica in senso stretto – che ha a che fare con l'orientamento, la scuola, la competenza, le istruzioni e i ferri del mestiere – e di tecnica in senso lato – che ha a che fare con una comprensione emotiva empatica) per raggiungere lo scopo che nel nostro caso sposta il *focus* dagli obiettivi terapeutici agli obiettivi diagnostici, studieremo infatti la questione a partire dai colloqui clinici e dai colloqui di restituzione che compongono il processo diagnostico. Questa scelta è dettata da due diversi ordini di ragioni. La prima ragione ha a che fare con il fatto che il *setting* del processo diagnostico è stato relativamente poco studiato – forse per nulla empiricamente, poco teoricamente – ma, secondo la prospettiva teorica qui adottata e alla luce delle evidenze cliniche, costituisce un momento imprescindibile e fondamentale del processo terapeutico nella misura in cui un processo diagnostico che è stato in grado di strutturare una sintonizzazione affettiva e di parlare la lingua dell'affettività è maggiormente associato a trattamenti o interventi riusciti e a una riduzione del *drop-out* terapeutico e del fenomeno dei pazienti multitrattati perché permette di scegliere la giusta/migliore indicazione/controindicazione al trattamento per il paziente considerato nelle sue specificità, peculiarità e singolarità. La seconda ragione è legata all'evidenza che lo studio dei processi emotivi può trovare un ambiente privilegiato di

osservazione nel contesto clinico dell'interazione tra clinico e paziente durante i colloqui del processo diagnostico, laddove si viene a definire una comunicazione e un'esperienza emotiva/affettiva che implica l'interazione partecipe di due schemi emotivi separati ma reciprocamente determinatisi con una finalità che non è ancora terapeutica quanto conoscitiva. Gli schemi emotivi del paziente sono attivi nella misura in cui egli cerca di descrivere e riportare le proprie esperienze e il proprio vissuto (stato emotivo) in una forma verbale e comunicabile, nel clinico sono attivi nella misura in cui ascolta, esperisce e formula un intervento, e ancora sono attivi nel campo relazionale che si viene così a creare. Questo progetto intende proprio osservare, descrivere e spiegare questo aspetto interattivo della regolazione delle emozioni, partendo da una posizione teorica di matrice intersoggettiva. L'intersoggettivismo concettualizza, infatti, una psicologia evolutiva che è l'esito, il risultante e l'epifenomeno di un individuo – principalmente sociale – nell'interazione con il suo ambiente: l'incontro tra persona e ambiente permette la costruzione e connessione dei processi interni, esterni e relazionali (Beebe, Lachmann, 1994). L'intersoggettivismo diventa allora la chiave per la comprensione che è dichiarativa (conscia) nella misura in cui usa il linguaggio per cambiare la comprensione intrapsichica del paziente e relazionale (inconscia) quando si attua tramite processi interattivi intersoggettivi che cambiano il campo relazionale attraverso l'empatia, la rivalutazione cognitiva ed emotiva (*reappraisal*), la sintonia affettiva<sup>74</sup>, la mentalizzazione<sup>75</sup>. Nel contesto clinico possiamo definire il fenomeno dell'*affective attunement*, come descritto da Stern (1985), come la modalità di espressione e rappresentazione degli schemi emotivi propri attraverso la costruzione di affetti e significati. Le aspettative del paziente e le sue risposte incapsulate in schemi emotivi – evidentemente disfunzionali – sono esternalizzate e comunicate alla presenza del clinico e dei suoi schemi emotivi.

Quello che ci si propone è studiare allora questa abilità di co-regolare e regolare insieme gli affetti del paziente insieme al clinico e vedere cosa deve fare il clinico per favorire questa regolazione da un punto di vista tecnico per implementare l'efficacia del suo intervento e la correttezza dell'indicazione al trattamento. E da una diversa angolatura e lettura del problema, vogliamo rendere empiricamente comprensibile un fenomeno che fa parte della quotidiana pratica clinica: scomporre, cioè, il processo diagnostico in termini di azioni del clinico e del paziente, studiando quali sono i suoi fatti psicologici costituenti – implicazioni tecniche (Tuckett, 1993) ed esperienze soggettive (processi emotivi e sintonizzazione affettiva; Ricouer, 1970; Viderman, 1979; Perron, 2002) – e come sono caratterizzati gli aspetti comunicativi, emozionali e relazionali dell'interazione.

---

<sup>74</sup> Una particolare sintonia che riflette un atteggiamento che ratifica che ciò che sta accadendo si verifica nel dominio della relazione implicita condivisa e che si sta creando un nuovo stato diadico specifico dei partecipanti.

<sup>75</sup> Il riferimento è specifico a Fonagy (2005) che parla di processo mentale tramite il quale una persona interpreta in modo esplicito e implicito le azioni proprie e altrui come significative rispetto agli stati mentali emozionali come i desideri personali, i bisogni, i sentimenti e le motivazioni. Lo slogan allora diventa 'tenere a mente la mente'.

## IL METODO

Come premesso, il metodo di osservazione scelto è quello narrativo basato sull'applicazione di misure oggettive a materiale audio-video registrato o trascritto parola per parola durante le sessioni cliniche<sup>76</sup> e usa gli strumenti della ricerca concettuale e sul processo in psicoterapia: il metodo di osservazione naturalistico, microgenetico (Boston Change Process Study Group) e narrativo appunto (Gedo, 2001). In tutti questi approcci la caratteristica unificante – e non arbitraria e che per questo fornisce una struttura comune per la ricerca collaborativa (Bucci, 1995, 1997, 2002; Maskit, Bucci, Roussos, 2004) – è la possibilità di utilizzare come punto di partenza dell'analisi le caratteristiche del discorso naturale, nello specifico l'uso delle narrative<sup>77</sup>, la cui importanza in quanto veicoli di espressione dell'esperienza emotiva e strumenti di cambiamento è riconosciuta da tutta la ricerca in psicoterapia che parte dall'assunto base che il linguaggio veicola le emozioni e gli stati della mente, inclusi i pensieri inconsci e gli schemi procedurali.

La psicologia è una forma d'arte che ci chiede non soltanto di affrontare il problema di creare un luogo in cui clinico e paziente possano vivere, ma anche di sviluppare un uso del linguaggio adeguato a dare voce alla nostra esperienza di cosa significhi essere vivi in quel luogo che continuamente muta. Chiediamo a noi stessi e al nostro paziente di tentare di parlare con la propria voce e con le proprie parole perché questo è quello che permette alla terapia di essere un evento umano. Lo scopo è attirare l'attenzione sui modi in cui il linguaggio esprime e trasforma gli stati della mente e i tessuti dell'esperienza. (Ferro, 2007, pag. 88)

Può sembrare strano discutere dell'importanza della narrazione per la psicologia, dato che qualsiasi approccio psi- si basa (quasi) completamente sulla parola; tuttavia con la 'svolta narrativa' – e il conseguente spostamento dell'enfasi dalla verità storica (il terapeuta come 'archeologo' e la terapia come mezzo per scoprire la 'verità' sul paziente) alla verità narrativa, costruita insieme da clinico e paziente come affidabile mappatura del mondo interno del soggetto (Papadopolous & Byng-Hall, 1999; White, 2004) – si assiste a una serie di mutamenti nella concettualizzazione della pratica clinica – potremmo parlare di svolta interpretativa (Geertz, 1973, 1983) che definisce la realtà come socialmente e storicamente costruita, continuamente negoziata all'interno delle comunità umane, e in questo senso, il significato di un'esperienza non preesiste alla sua interpretazione ma tutti i significati sono costruzioni linguistiche e sociali, le persone danno senso alle loro esperienze riconducendole ad una struttura (narrativa) nota, familiare, che le renda comprensibili (White, 2004) – che vengono di riflesso a definire un nuovo modo di intendere e comprendere anche la ricerca empirica. In quest'ottica, la narrazione diventa sia lo strumento che permette di misurare e quantificare – attraverso l'analisi delle interazioni linguistiche *verbatim* – diversi costrutti e dimensioni di personalità – i temi relazionali, gli schemi dell'emozione, la memoria, l'alleanza terapeutica ... – sia un costrutto o fenomeno psicologico in sé che struttura l'esperienza – propria e altrui – in forma di racconto, coordinando la successione degli eventi (lo scenario dell'azione, il mondo esterno) con i pensieri, stati affettivi, mentali e intenzionali, la soggettività dei personaggi (lo scenario della coscienza, il mondo interno), al fine di attribuire all'esperienza stessa un significato (Grazzani, 1999).

Il discorso analitico non tenta semplicemente di esprimere/creare mediante le parole un brano di esperienza umana; esso tende fondamentalmente anche alla creazione di un linguaggio adeguato per individuare e descrivere la natura dell'angoscia al suo punto di urgenza nel *transfert-controtransfert*, quell'angoscia che impedisce all'analizzando di sperimentare nel momento attuale una gamma più

---

<sup>76</sup> Non si farà che una breve menzione alle innumerevoli controversie relative alla ricerca sul processo che boicottano il metodo clinico tradizionale di matrice freudiana che, cercando di 'sottomettere i dati delle sedute ai criteri delle scienze dure distruggono l'oggetto reale della ricerca' (Perron, 2002, pag. 7). In quest'ottica, 'le registrazioni sono inaccettabili, non solo per ragioni etiche (in relazione alla confidenzialità del materiale), ma anche perché una situazione di questo tipo, anche con il consenso esplicito del paziente, disturba pesantemente la relazione di *transfert-controtransfert*' (Perron, 2002, pag. 8). Le critiche avanzate alla ricerca di questo tipo, empirica sul processo, sono basate su due tipi di assunti: la ricerca ha un effetto negativo sul lavoro clinico (intrusività degli strumenti di registrazione, rischi per la privacy, Kantrowitz, 2004) e i 'fatti psicoanalitici' sono intrinsecamente soggettivi e solo il report sul caso ha la capacità di descrivere questi fatti, in quanto scritto da uno dei due partecipanti (Tuckett, 1993).

<sup>77</sup> Si supera così il problema metodologico della segmentazione in unità di analisi e demarcazione di idea units (Stinson, 1994) che non possono mai essere sistematicamente validate e hanno sempre una componente arbitraria.

ampia e più libera di pensieri, sentimenti e sensazioni. È l'angoscia (dolore psichico) che alimenta e dirige il movimento del dialogo. (Strachey, 1934, pag. 154)

Il linguaggio viene così ad essere il luogo e il vettore della costruzione intersoggettiva dei significati affettivi e cognitivi-riflessivi del sé<sup>78</sup>.

Il linguaggio cattura solo una piccola parte dell'esperienza, ma il linguaggio investe il presente con il passato e rende il passato una memoria formulata in parole. (Whitehead, 1948, pag. 112)

La narrazione diventa il punto di osservazione privilegiato dell'analisi empirica, la metodologia della ricerca viene a costruirsi e definirsi, quindi, attraverso analisi del testo analitico-conversazionali o linguistico-computazionali (Kachele, Thoma, 2003): oggetto di studio diventano 'blocchi di parole' – considerati un riflesso dello stato del paziente al momento di pronunciarle e quindi un'interfaccia adeguata per accedere e studiare i processi cognitivi ed emotivi in atto – attraverso l'analisi dei contenuti discorsivi, l'approccio dei marcatori verbali e l'uso di dizionari, cioè di elenchi contenenti vocaboli che rientrano in categorie cliniche specifiche aderenti a linee teoriche da testare o ipotesi di studio sperimentale che individuano indici operazionali che permettono di rilevare gli stati cognitivi ed emozionali sottostanti all'apparenza linguistica dell'interazione clinica – 'il dizionario collega i vocabolari con la teoria' (Mergenthaler, 1996). Quindi, nonostante il processo psicologico sia uno scambio che va al di là delle parole, queste costituiscono un oggetto di indagine fondamentale: la metodologia della ricerca assume infatti che i processi che si verificano durante un colloquio clinico si riflettono nel discorso e nelle caratteristiche dei vocabolari dei parlanti e poiché le parole esprimono dei concetti e la terapia ha a che fare con un cambiamento di concetti, credenze e schemi, i cambiamenti nei vocabolari e nei temi dei contenuti durante il trattamento possono riflettere, almeno parzialmente, ma in maniera significativa, tali processi di apprendimento.

Senza alla capacità di verbalizzazione, il paziente non avrebbe alcuna carta di ammissione rispettabile alla relazione. (Tauber, Green, 1959, pag. 46)

Solo quando l'esperienza può essere rappresentata verbalmente diventa valida e dà informazioni. Senza articolazione verbale abbiamo solo un'esperienza non formulata. Prima di essere formulate in parole le esperienze sono relativamente indifferenziate e quindi non esistono, nel senso che non possono essere conosciute e quindi non ci si può riflettere sopra. Le parole non sono i vestiti dell'esperienza, la costruiscono. (Stern, 1989, pag. 1)

In quest'ottica, lo studio delle funzioni integrative dei processi narrativi – attraverso l'analisi del *pattern* emozioni-linguaggio, i meccanismi cioè attraverso i quali le esperienze emotive vengono connesse alle parole – permetterebbe di individuare le peculiarità della personalità del paziente, le caratteristiche degli scambi efficaci e le modalità di comunicazione che caratterizzano i micro-cambiamenti processuali.

Nella natura del dialogo e della relazione paziente-clinico, il clinico non deve essere concepito come il detentore della competenza che cerca di comprendere la situazione del paziente, ma come il partner di una relazione interpersonale finalizzata alla costruzione di nuovi significati. Poiché, inoltre, non esistono criteri esterni in base ai quali verificare l'adeguatezza del metodo, la terapia assume una valenza etica, morale: compito del terapeuta è innescare una evoluzione che aumenti le possibilità percorribili dal paziente. Enfatizzo la dimensione dello scambio nella conversazione terapeutica, in cui paziente e terapeuta mettono in condivisione i propri punti di vista sul problema, che in questo modo 'diventa una storia', al fine di sviluppare nuove idee sull'esperienza del paziente. (Kraemer, 1999, pag. 44)

---

<sup>78</sup> La terapia narrativa muove dal presupposto che la forma linguistica con cui le persone comprendono la propria vita è quella narrativa; i pazienti non vanno quindi considerati per il loro disturbo, bensì come soggetti con una storia unica, che cercano di dare un significato agli eventi che li coinvolgono e alle azioni che compiono tramite le storie di vita che costruiscono. Queste storie, a loro volta, sono messe a disposizione dalla cultura in cui la persona vive, e vengono interiorizzate ed utilizzate dai pazienti per dare un senso alle proprie esperienze. La terapia narrativa è finalizzata ad aiutare i pazienti a rivedere le loro storie disfunzionali, focalizzandosi sulle interpretazioni e i significati attribuiti agli eventi della loro vita, e trasformarle in narrazioni più inclusive e che tengano conto delle potenzialità e delle responsabilità del soggetto. (Polkinghorne, 2004). In ambito cognitivista, la prospettiva narrativa prende piede con l'incontro (e quindi il superamento del conflitto) tra il modello di stampo comportamentista ed empirista, che assume la realtà come preesistente e la mente come dispositivo di elaborazione e rappresentazione degli stimoli, e la visione cognitivo-costruttivista più recente, che concepisce l'uomo come costruttore attivo di significati (Smorti, 1994).

Questa forma di organizzazione dell'attività mentale viene chiamata pensiero narrativo (Smorti, 1995) e postula che 'lo stratagemma che la mente ha sviluppato per tenere unita tutta la molteplicità di dati del soggetto è quello di organizzarli secondo copioni narrativi: il sé così si struttura in forma narrativa' (Stern, 1997, pag. 352). Lo scambio discorsivo diventa quindi il luogo e vettore della costruzione intersoggettiva dei significati affettivi del sé e del rapporto clinico-paziente. La nostra ipotesi di lavoro è che esista un rapporto tra il linguaggio e le modalità con cui la mente tenta di conferire coerenza logica ed emotiva ai suoi stati, attribuendo loro un 'significato emotivo'.

È importante che le parole siano usate (e lette) in modo che i significati via via acquisiti possano essere alterati da (e a loro volta influenzino) ciascun nuovo contesto emotivo in cui sono pronunciate o scritte o lette. (Ogden, 1999, pag. 7)

Punto di partenza è lo studio dei colloqui terapeutici attraverso l'analisi delle narrative e del linguaggio che diviene, quindi, il mezzo attraverso il quale costruire un ponte concettuale che permetta il dispiegarsi del sé (Bruner, 1997; McAdams, 2001). Prende forma il concetto di comunicazione emozionale che definisce gli schemi emozionali come l'insieme di desideri, aspettative, credenze che si sviluppano attraverso ripetute interazioni con altri significativi che possono essere evocati dagli scambi verbali. La loro attivazione metterebbe in moto il processo referenziale, cioè l'attività della mente che costruisce i nessi tra esperienza sensoriale, emozione e pensiero. Si arriva quindi al costrutto di elaborazione degli schemi emotivi (Bucci, 1997) che può essere definito come l'insieme delle competenze cognitive necessarie a tenere efficacemente sotto controllo e autoregolare le emozioni e può essere concettualizzato come una linea di *continuum* al cui estremo inferiore si collocano i livelli pre-concettuali di organizzazione delle emozioni. L'aspetto interessante di questa teoria di Bucci è la possibilità di approfondire la comprensione delle azioni verbali di terapeuta e paziente e della loro regolazione e di misurare le differenze nello stile narrativo individuale su una scala che valuta un livello alto o basso di Attività Referenziale e consente di ottenere dati quantitativi che permettano di leggere le variazioni della capacità di connettere emozioni e parole e di differenziare le narrative dissociate da quelle in contatto con i significati emozionali. Questo diventa possibile attraverso l'applicazione ai trascritti *verbatim* di dizionari (I-WRAD, Affetti, Disfluenza e Riflessione) che permettono di valutare come il paziente esprime i contenuti emotivi attraverso l'organizzazione complessiva della frase piuttosto che con contenuti semantici. Lo studio della comunicazione emotiva, quindi, se da un lato viene condotto da un punto di vista narrativo, dall'altro cerca di trovare risposta alla necessità di una lettura quanto più integrata di differenti modelli teorici e ricerche empiriche, con l'obiettivo specifico di pervenire a una nuova prospettiva clinica interdisciplinare a partire dalla quale riconcettualizzare la malattia psichica come una strategia disfunzionale di regolazione primitiva degli affetti e la cura come un processo interattivo relazionale di co-costruzione di significati. In quest'ottica i problemi del paziente sono definiti in termini di struttura psichica e *pattern* relazionali, strutture psicologiche, cioè, di percezione, aspettative e credenze su di sé e sulle altre persone, formatesi a scopi adattivi in risposta alle relazioni della prima infanzia ma che sono poi risultate disadattive in relazione all'attuale mondo interpersonale del soggetto (Bucci, 1997; Dahl, 1988) e possono essere indagati attraverso misure del dialogo terapeutico. Questo modello tenta di operazionalizzare i 'momenti chiave' (Kris, 1956) di un trattamento in cui si verifica qualcosa di importante dal punto di vista clinico. Il cambiamento terapeutico si manifesta attraverso lo scambio verbale: 'le parole sono motori di esperienze che vanno al di là delle parole stesse' (Seganti, 1995, pag. 76). La terapia si configura quindi come un processo di co-costruzione in cui, focalizzandosi sul modo in cui il soggetto interpreta gli eventi più significativi della sua vita, sia il paziente sia il terapeuta contribuiscono attivamente all'elaborazione di storie, che diventano quindi unità di analisi relazionali (*interactional units of analysis*, Angus, Hardtke, 1994). Inizialmente vengono analizzati i ricordi del paziente relativi agli eventi passati della sua vita e descritti gli eventi attuali e le esperienze immaginate, nel tentativo di recuperare anche gli episodi dimenticati o di cui il paziente non è pienamente consapevole, e che quindi non sono mai stati compresi. Il secondo obiettivo è la descrizione dell'esperienza soggettiva del paziente: il dialogo si focalizza sulle percezioni, le sensazioni, i pensieri del paziente e sugli stati affettivi a essi associati. Infine, terapeuta e paziente svolgono un'analisi riflessiva degli

avvenimenti e dei sentimenti attuali e passati e delle aspettative riguardo al futuro, al fine di creare una nuova storia o una nuova comprensione degli eventi. Lo scopo finale è la messa in discussione della propria narrazione dominante e delle proprie credenze implicite su se stesso e gli altri, in modo da consentire lo sviluppo di molteplici prospettive su uno stesso evento e di una narrazione più coerente e comprensiva. Lo scopo della terapia è utilizzare l'analisi della narrazione per aiutare il paziente a raggiungere una comprensione più ampia e differenziata di sé stesso e delle proprie relazioni con gli altri.

Le parole sono il tramite del trattamento psicoanalitico, ma i cambiamenti interessano la percezione, l'emozione, i sistemi somatici e l'azione, come noi percepiamo il mondo, ciò che sentiamo e facciamo, e non solo, o non primariamente, ciò che diciamo. (Bucci, 1997, pag. 206)

La terapia consiste in una operazione di de-costruzione della narrazione esistente e di inserimento di questi aspetti in una nuova storia, più che nella costruzione di narrazioni completamente nuove, con una costante attenzione da parte del terapeuta al rispetto per le storie dei pazienti e a evitare di imporre una propria visione dei fatti. Lo scopo finale è la costruzione di una narrazione alternativa che rimanga però coerente con le interpretazioni dell'individuo e della famiglia, ma capovolgendo i rapporti di potere che reggono il sintomo, permettendo di ritrovare un senso laddove la patologia lo fa mancare. Il cambiamento è inteso quindi come restituzione, ricostruzione di senso. (Telfener, White, 1992, pag. 125)

Lo scambio verbale non è l'unico canale attraverso cui si attua la psicoterapia, ma è uno dei loro mezzi principali (Kachele, Thoma, 2003). Anche se attraverso le parole è possibile mentire, in psicoterapia le parole sono indispensabili per esprimere le esperienze personali.

È risaputo che le parole possono servire da barriere o da ponti per la comunicazione, o svolgere entrambe le funzioni simultaneamente. Le parole possono essere usate per celare o per rivelare; possono essere usate nel tentativo di evocare sentimenti o di indurre certi tipi di risposte comportamentali; possono essere armi, camuffamenti, grida di aiuto, modalità di mettere un altro alla prova e perfino un modo di mettere nella mente dell'altro idee e immagini. Possono essere usate per sedurre, divertire, stupire, affascinare, insultare, penetrare, invadere, tradire, ferire, scandalizzare, ingannare, distrarre, manipolare. Dato che le parole possono essere un mezzo per gli agiti sia del paziente sia del clinico, e dato che quello che succede dal punto di vista affettivo, e spesso non verbale, può avere un impatto profondo, sia positivo sia negativo, una crescente consapevolezza dell'influenza che, perfino nel contesto della comunicazione verbale, può avere ciò che è oltre le parole è di importanza assoluta. (Ehrenberg, 1992, pag. 14)

## LE PROCEDURE

Si procede in questo modo: audio-registrazione dei primi colloqui e dei colloqui di restituzione dei 30 pazienti selezionati, trascrizione *verbatim* del materiale audio raccolto secondo le regole *standard* di trascrizione previste dal modello di Bucci (2004), definizione degli obiettivi e delle ipotesi di ricerca, scelta e applicazione degli strumenti in relazione alle specifiche dimensioni da indagare, scelta delle statistiche, elaborazione dei dati e, la parte più difficile, trovare un senso ai risultati trovati alla luce della letteratura, della teoria e della clinica.

## IL MATERIALE DI STUDIO: I COLLOQUI DEL PROCESSO DIAGNOSTICO

Il materiale clinico che verrà utilizzato proviene dai trascritti *verbatim* dei colloqui clinici del processo diagnostico di un gruppo di pazienti che si sono rivolti presso un centro privato di Milano, l'Associazione per la Ricerca in Psicologia (A.R.P.). Si è scelto di studiare, infatti, il *pattern* emozioni-linguaggio all'interno del contesto del processo diagnostico, l'*iter* cioè di raccolta e di organizzazione delle informazioni relative a un paziente, finalizzato a raggiungere una migliore e più completa comprensione della complessità della sua persona, sia in termini oggettivi che soggettivi, o altrimenti detto, il percorso che il paziente percorre insieme al clinico per rilevare e circoscrivere l'ampiezza e l'entità dei disturbi lamentati, attribuire loro un significato e individuare le possibili strategie di cui avvalersi per ridurre, modificare o eliminare la causa che ha provocato la sofferenza. Se ci richiamiamo al contesto teorico dell'intersoggettivismo e alla sua teorizzazione della comunicazione come processo interattivo continuo di co-costruzione dei comportamenti determinato dall'integrazione tra quattro vettori in cui il paziente influenza il clinico e ne è influenzato, e viceversa possiamo definire l'incontro diagnostico come un'esperienza relazionale/emotiva che coinvolge un paziente e un clinico che si propone l'obiettivo specifico di raggiungere una comprensione del funzionamento<sup>79</sup> del paziente e vedere quanto è capace di esplorare lo stato della sua mente senza intenti modificatori a lungo termine (strutturali), ma solo a breve termine (attraverso l'induzione di stati diversi per testare le capacità del paziente di 'funzionare' guidato e sostenuto dalla competenza clinica). Si è scelto di lavorare a questo livello perché le caratteristiche intrinseche dei colloqui che lo compongono permettono di esplorare il funzionamento di base del paziente – come egli 'di suo' è in grado di esprimere in parole e regolare i suoi stati affettivi in relazione alla patologia – ma anche di 'testare' la sua capacità di 'funzionare e regolare' le emozioni nella relazione con un clinico che induce attivamente stati diversi così da valutare la modalità con il cui elabora 'con l'altro (l'esperto)' le esperienze a livello affettivo e metacognitivo.

Le procedure diagnostiche abitualmente previste presso la struttura sono: uno o due primi colloqui – che si propongono di identificare, valutare e analizzare il problema più rilevante per il paziente, formarsi un'idea dello stile relazionale e della storia personale del paziente e valutare la sua situazione attuale – una serie di colloqui semi-strutturati per la raccolta dei dati bio-psico-sociali – che si propone anche l'inquadramento della patologia del paziente secondo i criteri del DSM-IV-TR – la somministrazione dei test (*Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised*, *Rorschach* interpretato secondo il *Comprehensive System* di Exner, *The Blacky Pictures* o *The Object Relation Technique*), almeno due colloqui di restituzione – che si propongono la comunicazione al paziente del risultato del processo diagnostico e la formulazione di un'indicazione versus controindicazione al trattamento.

---

<sup>79</sup> Indagando gli aspetti comunicativi emozionali\relazionali clinico\paziente – attraverso la misurazione della capacità dei due interlocutori di tradurre in parole emozioni, sensazioni, sentimenti e pensieri – dovrebbe, quindi, essere possibile cogliere gli schemi dell'emozione primari e i processi riflessivi secondari sottesi all'organizzazione di personalità del paziente.



In relazione agli scopi specifici di questo studio, ci si focalizzerà sull'analisi dei primi colloqui (due per ciascun paziente) e dei colloqui di restituzione (due per ciascun paziente), cercando di sottolineare somiglianze e differenze di questi contesti specifici.

**PRIMI COLLOQUI.** I primi colloqui sono dei colloqui strettamente clinici, rappresentano cioè 'il momento di incontro fra una persona che soffre e cerca aiuto'<sup>80</sup> e un'altra che si suppone in grado di fornire aiuto e a cui è richiesto qualcosa di più del semplice ascolto' (MacKinnon, Yudovsky, 1986, pag. 5). L'elemento caratterizzante il primo contatto è rappresentato dall'incontro tra due estranei: in particolare, per lo psicologo è un nuovo incontro, una nuova persona, una nuova storia, un nuovo viaggio, a cui giunge spinto dalla conoscenza degli strumenti tecnici che ha a disposizione (Lis, Venuti, De Zordo, 1995). Per il paziente vi è la novità costituita dal fatto di presentarsi a una persona che non conosce, a cui talvolta non sa neppure chiedere cosa vuole, così come non sempre sa perché sia arrivato; ciò che lo spinge ad affrontare questa situazione è la sofferenza provata. Quindi, durante il primo incontro il punto di partenza è principalmente favorire la comprensione, da parte dello psicologo, della richiesta del paziente. Per questa finalità è fondamentale innanzitutto che il soggetto racconti come è arrivato dallo psicologo. Questo racconto consentirà anche di attribuire dei significati motivazionali alla sua richiesta, che spesso non è ben chiara nella mente del paziente, ma assume una connotazione di 'globalità della domanda', ovvero una sensazione che egli non avanzi una richiesta di aiuto specifica, ma lamenti una situazione di disagio diffuso. Non sapendo a cosa imputare il proprio disagio, è quindi possibile che affidi agli operatori una domanda totale sul proprio senso di sé, della propria vita e degli affetti. Spesso il paziente porta un sintomo come motivo della consultazione, anche se a volte motivo della consultazione e sintomo non si sovrappongono realmente, ma può accadere che il sintomo sia utilizzato come sorta di pretesto per legittimare la richiesta di consultazione. Oppure il paziente arriva in consultazione portando un sintomo che lui non crede essere tale, ma che altri intorno a lui considerano con allarme.

Il clinico, per aiutare il paziente a esplicitare i motivi che l'hanno condotto da lui e facilitare l'interazione, deve tentare di creare un ambiente accogliente, ovvero un luogo in cui questi si trovi a proprio agio e possa di conseguenza presentarsi, esprimere dubbi, perplessità, sconforto, senza percepire eccessive pressioni. La posizione del clinico è perciò contraddistinta da quell'atteggiamento particolare di non valutazione; una iniziale sospensione di giudizio è finalizzata anche a strutturare un livello, seppur minimo, di alleanza diagnostica con il paziente. Inoltre 'crea uno spazio emotivo caratterizzato da una sorta di 'stato di tregua', che attraverso l'utilizzo di differenti fonti e strumenti conoscitivi, induce un ridimensionamento delle aspettative magiche e onnipotenti che il paziente opera sul clinico, vedendolo come unico polo possibile di aiuto e comprensione' (Balestri, Orefice, Pandolfi, 2002). In questa situazione particolare, il paziente si presenta e comunica le proprie difficoltà, vicissitudini emotive e aspettative relative ad un momento specifico della sua vita, mentre il clinico le rileva e cerca di comprenderle, insieme alle eventuali caratteristiche psicopatologiche osservate (Lang, Orefice, 1995, pag. 172). Il colloquio clinico è centrato sull'esame obiettivo – infatti, dovrebbero essere esclusi da questo momento ogni tipo di scelta effettuata a priori dal clinico e 'l'intenzionalità fuorviante e distorcente di qualsiasi tipo di cooptazione, reciproca o meno, compresa la presa in carico terapeutica' (Lang, Orefice, 1995, pag. 179) – della 'realtà psichica' dell'individuo che sta di fronte al clinico (Semi, 2006): si tratta, infatti, della presentazione che il paziente fa di sé e del suo particolare e unico modo di usare la propria mente.

---

<sup>80</sup> Da parte del paziente, i primi colloqui sono il frutto della decisione – personale o coatta – di chiedere aiuto e l'esito di un ragionamento diagnostico che ha messo in evidenza l'incapacità di individuare da solo soluzioni che possano arrecare una sensazione di sollievo a una sensazione soggettiva di malessere.



Da parte del clinico, la finalità che si propone è quella di raccogliere in breve tempo<sup>81</sup> dati di contenuto e informazioni sul processo interattivo in atto utili per la diagnosi e l'indicazione al trattamento. È la fase in cui il clinico chiede al paziente di 'raccontare brevemente la sua storia<sup>82</sup> e il suo dolore' – nella misura in cui questa storia e questo dolore hanno in sé la possibilità di 'spiegare' qualcosa al clinico – ma il clinico non sarà focalizzato tanto sui fatti e sugli atti materiali di questa storia, quanto su come è fatta la mente<sup>83</sup> del paziente e sull'uso che riesce a farne a partire dalla richiesta di 'che cosa succede? Mi faccia capire che cosa la porta qui!'. A questo scopo è fondamentale indagare: (A) il funzionamento mentale del paziente o funzioni cognitive, intese come livello di coscienza e consapevolezza, orientamento, attenzione e concentrazione, memoria, comprensione, capacità di concettualizzazione e astrazione, capacità di giudizio (B) funzionamento emotivo nei termini di sentimenti centrali<sup>84</sup>, emozioni<sup>85</sup> e tono dell'umore<sup>86</sup> (C) modalità di interazione del paziente che si articola in due processi: il modo in cui il paziente si relaziona con i contenuti del proprio racconto e il modo in cui si relaziona con la situazione diagnostica e più nello specifico con il clinico, mettendo in atto una serie di 'misure di sicurezza' (o difese) la cui scelta dipende dalla sua struttura di personalità e che hanno la funzione di superare/evitare le difficoltà dell'interazione.

Comunque determinati dati della vita del paziente devono essere indagati. Dobbiamo sapere della sua infanzia, della scuola, della professione, della vicenda coniugale, del tempo libero ... La cosa importante da notare è che ci sono dati specifici e concreti che possono essere ottenuti da tutti i pazienti. È altrettanto vero che questi non devono essere chiesti in modo routinario e preordinato, che il metodo e la sequenza in cui tali dati saranno raccolti sarà modificato a seconda del rapporto clinico-paziente. (Gill, 1954, pag. 86)

Fatte le presentazioni e date le informazioni preliminari<sup>87</sup>, inizia il colloquio in senso stretto, il parlato focalizzato sulle tematiche centrali che orientano questi momenti clinici: la presentazione dei sintomi e del problema – a cui il clinico deve rispondere innanzitutto con il riconoscimento della sofferenza – l'autodiagnosi che il paziente si fa o la diagnosi di familiari/inviante, la descrizione della propria identità e del proprio ambiente di vita.

I rischi connessi al primo colloquio, per quanto riguarda il clinico, sono quelli di una tendenza all'interventismo per cui vengono immediatamente prescritti medicinali oppure fornite soluzioni non ancora richieste dal paziente, e di cui questi non ha realmente necessità. Lo psicologo può quindi considerare quanto dice il paziente esclusivamente da un punto di vista psicologico, solo per il fatto che egli si è rivolto ad uno psicologo, e adottare modalità e schemi rituali a cui il paziente si deve adeguare, anziché strutturare la propria modalità sulla base della comunicazione del paziente. Il lavoro di Morrison sul primo colloquio (1993) suggerisce invece che il clinico, indipendentemente dal proprio orientamento e dalla propria professionalità, dovrebbe riuscire a vedere il paziente da tutti i diversi punti di vista: biologico, dinamico, sociale e comportamentale, in quanto ogni paziente potrebbe aver bisogno del trattamento implicito in una o in tutte queste prospettive teoriche. Una valutazione esauriente pertanto si dovrebbe avvalere del contributo di ognuno di questi punti di vista, e per facilitare tale compito Morrison propone un modello di colloquio le cui aree di indagine sono: il disturbo principale, storia del disturbo attuale, storia personale e sociale, storia familiare, storia medica passata, esame psichico. L'utilità dell'aver in mente, nel corso del colloquio, uno schema delle aree da

---

<sup>81</sup> Per fare questo, è necessario che il clinico memorizzi e applichi uno schema delle aree da indagare (Lang, 2003), in modo da riuscire ad ottenere informazioni dal paziente in modo abbastanza sistematico, facilitando il proprio operare relativo alle fasi successive al colloquio.

<sup>82</sup> Il focus su questi sarà esaustivamente raccolto nella fase del processo diagnostico deputata alla raccolta dei dati bio-psico-sociali.

<sup>83</sup> Intendiamo quell'insieme di condizioni, di fatti, di conoscenze, di stati emotivi che pervengono al mondo interno della persona, non tanto come paziente ma prima ancora come essere umano.

<sup>84</sup> I sentimenti sono stati soggettivi dell'io caratterizzati dalla proprietà del piacevole o spiacevole e non implicano modificazioni organiche.

<sup>85</sup> Le emozioni sono sentimenti psichici reattivi di carattere acuto e di grado marcato, accompagnati da fenomeni somatici.

<sup>86</sup> Il tono dell'umore è uno stato del sentimento di durata maggiore e carattere non reattivo (Schneider, 1967). È un'emozione pervasiva e duratura che contraddistingue la percezione che il paziente ha del mondo, ed è descritto in base al tipo, alla labilità, all'adeguatezza, all'intensità e si inferisce dal comportamento e dalla conversazione spontanea del paziente, che di solito coincidono.

<sup>87</sup> Appuntamenti, orari, luoghi, tempi, costi.

indagare risiede anche nel fatto che in un colloquio, generalmente, non è possibile raccogliere le informazioni in modo sistematico partendo da quello che riporta il paziente, anche perché non sempre la percezione di malattia, la diagnosi, e la gravità sono poi confermate dal clinico (Lang, 2003). Attraverso le tappe proposte dal modello, ogni area può essere indagata utilizzando i diversi punti di vista biologico, dinamico, sociale e comportamentale. Ovviamente sono le informazioni rivelate dal paziente a costituire gli elementi fondamentali per formulare le ipotesi cliniche, che verranno approfondite e verificate nel corso dei colloqui.

Non è naturalmente possibile definire uno stile di consultazione uguale e corretto in assoluto per tutti i pazienti; la modalità di conduzione anche di questi primi colloqui deve essere tarata e pesata sulle specificità di ogni diversa realtà clinica. È fondamentale, per questo, che il clinico conservi un assetto emotivo e cognitivo tale da consentirgli di decidere consapevolmente quali tecniche e quali strategie mettere in atto nel corso del colloquio e a quale livello cercare l'alleanza e all'interno di quale tipo di relazione corroborarla, a favore di un buon assolvimento del compito diagnostico. Affinché il colloquio clinico possa assolvere al raggiungimento di questi obiettivi, è necessario che il paziente e il clinico instaurino un peculiare clima emotivo, caratterizzato da alleanza e sospensione di giudizio e delle decisioni di intervento. La possibilità di costruire una salda alleanza diagnostica, infatti, è fondamentale non solo perché permette di raccogliere le informazioni necessarie alla formulazione della diagnosi e dell'indicazione al trattamento ma anche come indicatore della futura capacità di 'stare in una situazione terapeutica' eventuale. Questo livello di analisi per noi diventa fondamentale se pensiamo che definisce un 'rapporto emotivo particolare' (Orefice, 2002) che si instaura tra i due soggetti interagenti nel corso della consultazione e si fonda sulla capacità di trovare uno o più oggetti comuni di lavoro. Presuppone che entrambi, clinico e paziente, abbiano un proprio ruolo, proprie competenze e che siano disposti a metterle a servizio del compito pattuito. Se il clinico ha specifiche capacità tecniche, il paziente ha la competenza unica rispetto al proprio stare male ed è esperto di se stesso: l'alleanza diagnostica non richiede al paziente di 'affidarsi passivamente e acriticamente' alle capacità del clinico. E per questo, non è un fenomeno intrinseco alla relazione, che si instaura spontaneamente, bensì è un risultato che deve essere facilitato dalla messa in atto, da parte del clinico, di interventi specifici.

Inoltre è importante sottolineare che la modalità di conduzione del colloquio è strettamente collegata a una serie di decisioni del clinico, ad esempio rispetto a quali tematiche approfondire e quali no, conseguenti alla generazione di ipotesi nel corso del processo diagnostico. Infatti la competenza più preziosa messa in gioco dal clinico in fase di diagnosi consiste nella capacità di individuare quale sia il valore da attribuire ai dati raccolti, e nel successivo processo di integrazione. Per giungere a una diagnosi funzionale, cioè una diagnosi del funzionamento del paziente, egli non impone un modello agli elementi osservati, ma al contrario permette che siano questi ultimi a costituire il filo rosso della sua riflessione, nel tentativo di cogliere la realtà specifica del paziente. Quindi il suo assetto emotivo e cognitivo si fonda su un'identificazione provvisoria con i metodi, l'atteggiamento e gli scopi del paziente, piuttosto che sullo sforzo attivo di promuovere l'identificazione del paziente con i propri atteggiamenti e metodi (Lang, Orefice, 2005). Il colloquio clinico di consultazione è una situazione che, in uno specifico assetto metodologico e in un idoneo clima emotivo, permette al paziente di presentarsi, comunicare le proprie difficoltà e fornire gli elementi necessari a comprendere la propria situazione, sia al clinico di osservare, rilevare e comprendere i dati utili alla consultazione. Pertanto questa tipologia di colloquio può considerarsi condotta in modo corretto solo quando non contiene in sé alcuna scelta preordinata, pur avvalendosi di una tecnica ed un metodo adeguati. Questi aspetti del lavoro diagnostico sono fondamentali, in quanto permettono di individuare le prospettive terapeutiche che siano il più possibile adeguate e pertinenti alla modalità di funzionamento del paziente, al di là della diagnosi nosografica.

**COLLOQUI DI RESTITUZIONE.** La conclusione della consultazione consiste nella formulazione di un'ipotesi diagnostica e nella relativa comunicazione al paziente (restituzione e negoziazione), con un'indicazione di intervento, un'indicazione di non trattabilità, oppure una controindicazione per uno specifico trattamento (Del Corno, Lang, 2002).

Uno degli obiettivi essenziali dell'*assessment* è, pertanto, pervenire a una formulazione diagnostica, preferibilmente avvalendosi anche dell'ausilio di strumenti diagnostici standardizzati, quando è necessario e vi è la possibilità di farlo.

La diagnosi serve per fare predizioni rispetto al comportamento del paziente, la lunghezza del trattamento e il tipo di intervento che si ritiene indicato. (Bishop, Richards, 1984, pag. 23)

L'utilizzo di classificazioni nosologiche e la riduzione delle problematiche del paziente in etichette diagnostiche sono state sovente criticate all'interno della pratica clinica, in particolare per alcuni rischi che esse comportano, come ad esempio:

- un'eccessiva semplificazione della complessità della persona in ragione di ridurre l'ansia dell'incertezza da parte del clinico
- un mezzo per tenere linguisticamente a distanza, attraverso un'etichetta patologizzante, una persona che reca in qualche modo disturbo o di cui non si sopporta il dolore che trasmette
- una degenerazione del processo di valutazione sotto l'egida delle esigenze delle compagnie assicurative e i gruppi di managed care (specialmente negli Stati Uniti)
- un rapporto statico e passivizzante con il paziente, rapporto che invece dovrebbe constare in una situazione dinamica
- un'etichetta elusiva e/o fornita di un linguaggio gergale e tecnicistico, sino a risultare al paziente indecifrabile, confusa e quindi ansiogena.

Se è vero che le formulazioni diagnostiche possono comportare tutti questi pericoli, è ancor più vero che si tratta in realtà di un loro cattivo utilizzo, mentre l'applicazione attenta e corretta dei concetti di psicodiagnosi è in grado di offrire diversi vantaggi. Infatti, se con diagnosi non si intende semplicemente l'attribuzione di un'etichetta ma un processo strutturato e svolto attraverso un adeguato addestramento, essa aumenta le possibilità del paziente di essere aiutato. In particolare, l'importanza di pervenire alla formulazione di una diagnosi si riscontra in diversi ambiti:

nella clinica, perché la diagnosi facilita la comunicazione e illumina il trattamento; nella ricerca, perché organizza il pensiero e il campione; nelle politiche sanitarie e assistenziali, perché condiziona l'assegnazione delle risorse. Inoltre appare importante anche nella psicologia del paziente e del terapeuta, poiché rappresenta un contenitore concettuale, un elemento di confronto e un punto di riferimento. (Barron, 1998, pag. 122)

Per quanto riguarda la pratica clinica quotidiana, come sottolinea Barron (1998), giungere a una diagnosi permette un miglior scambio di informazioni tra i clinici rispetto al paziente, sia quando si tratta di operatori della stessa *équipe* che si trovano a integrare diversi interventi sullo stesso paziente, sia quando si tratta della comunicazione tra differenti strutture. Ma uno dei vantaggi principali della diagnosi è la sua estrema utilità nella pianificazione del trattamento: non si può 'curare' se non si conosce l'oggetto del trattamento. In ogni caso va sempre ricordato che le persone sono molto più complesse di quanto prevedano le classificazioni nosologiche: esistono persone che trovano scarsa corrispondenza nelle comuni categorie evolutive e tipologiche di personalità, e anche quando una categoria si adatta abbastanza bene ad un particolare paziente, tra le persone esistono differenze molto grandi su svariate dimensioni, cosicché anche la più sofisticata valutazione di personalità può diventare un ostacolo per la percezione di sfumature cruciali nel materiale unico del paziente. Il processo diagnostico quindi, nonostante i suoi vantaggi, non andrebbe applicato al di là della sua utilità specifica. Una funzione fondamentale della valutazione è quella di individuare eventuali indicazioni o controindicazioni terapeutiche. Un *assessment* ben strutturato e completo, inoltre, definisce il punto di partenza in riferimento al quale monitorare i cambiamenti del paziente, valuta e definisce i bisogni e gli strumenti più adeguati a rispondervi, e fornisce informazioni standardizzate per confrontare gruppi e percorsi di pazienti. Tuttavia, è di sostanziale importanza ritenere la valutazione come fondamento della strategia terapeutica e non come momento strumentale e isolato dall'intervento vero e proprio (Spaulding, Sullivan, 1997). La finalità ultima

della valutazione non consiste, infatti, nell'assegnare una diagnosi, ma nel comprendere e descrivere un paziente per poi giungere a decisioni e interventi che gli siano utili. (Lerner, Lerner, 1998).

L'assunto sotteso all'importanza di un adeguato *assessment* e alla formulazione della diagnosi è quindi che vi sia la possibilità di indicare e impostare trattamenti differenti a seconda delle necessità del paziente. L'attenzione verso l'esigenza di individuare il trattamento più adeguato per i bisogni specifici del paziente è aumentata a partire dalla fine degli anni '80. Ciò è derivato in parte dallo svilupparsi di trattamenti sempre più specifici e diversificati, e in parte anche a causa dell'ampia diffusione della letteratura sugli esiti negativi delle terapie, che hanno dimostrato come buona parte dei fallimenti dei trattamenti o della loro eccessiva lunghezza sia attribuibile in diversa misura a diagnosi errate, mancata alleanza e impiego di tecniche spesso inadeguate rispetto alla realtà clinica del paziente. Questo ha permesso un'inversione di tendenza rispetto alla precedente ricerca del trattamento più efficace in assoluto, dando inizio ad un nuovo modo di considerare l'efficacia dei singoli modelli di trattamento, che la considera in relazione ai diversi quadri psicopatologici e all'organizzazione cognitiva e strutturale del singolo paziente (Lang, 1998).

Ne è conseguita l'esigenza di trovare criteri di indicazione e controindicazione ai trattamenti, valutando alcune caratteristiche principali quali le peculiarità del paziente, il contesto terapeutico, le variabili relative alla relazione e le tecniche e le strategie del trattamento (Beutler, Clarkin, 1990). Il fine diventa così quello di adattare il trattamento al paziente e non il paziente al trattamento (Horwitz, Gabbard, 1998): anche persone che appartengano ad uno stesso quadro psicopatologico descrittivo possono avere bisogno di cure diverse. Il diagnosta dovrebbe perciò sapere individuare in una fase molto precoce i metodi e le tecniche più adeguati per ogni paziente, oltre ad avere una conoscenza approfondita dei trattamenti ai quali eventualmente indirizzarlo (Allen, 1981), ed evitare interpretazioni troppo precocemente orientate che esponano al rischio di scotomizzare alcune aree. In particolare, quando si tratta di condizioni per le quali esiste un approccio terapeutico specifico che gode di generale consenso, una buona diagnosi possiede un grande valore. Anche nei casi più complessi per cui non viene normalmente suggerito nessun progetto terapeutico specifico se non quello di un'analisi o di una terapia individuale di lunga durata, una buona formulazione diagnostica guiderà le scelte del terapeuta nelle aree cruciali dello stile della relazione, del tono degli interventi e degli argomenti a cui prestare attenzione almeno nelle fasi iniziali (McWilliams, 1994). Gli effetti di una scarsa accuratezza diagnostica possono influire in modo diverso sul corso del successivo trattamento. Ad esempio una diagnosi errata, non assicurando una reale accordo sugli obiettivi da raggiungere, può impattare negativamente sull'alleanza terapeutica e quindi condurre a interruzioni molto precoci, oppure può portare a focalizzare la terapia su aspetti poco rilevanti e quindi condurre ad esiti peggiori (Jensen-Doss, Weisz, 2008).

Una formulazione diagnostica fornisce anche informazioni implicite sulla prognosi. Formulando una diagnosi che non si basi esclusivamente sul problema manifesto, si può osservare come siano differenti le implicazioni prognostiche degli stessi problemi riscontrati all'interno di diverse strutture di personalità. La diagnosi contribuisce anche a ridurre la probabilità di abbandono prematuro del trattamento. Ci si riferisce ad esempio a quelle persone che ricercano un aiuto professionale e poi temono che l'attaccamento al terapeuta rappresenti un grave pericolo, o a pazienti ipomaniacali o controdipendenti che hanno un carattere tendente alla fuga. Una valutazione iniziale che metta in luce queste caratteristiche può aiutare il clinico ad attuare risposte consone ai loro bisogni, così come incoraggianti commenti riguardo la loro difficoltà a trovare la determinazione necessaria per restare in trattamento.

Inoltre le persone si sentono decisamente rassicurate quando percepiscono che il loro interlocutore è a proprio agio. Una relazione terapeutica può avere un buon inizio se ci si riserva un periodo in cui il terapeuta non si senta costretto a cominciare a fare terapia prima di aver compreso le dinamiche e la struttura di personalità del paziente. Durante la fase diagnostica il paziente può percepire la curiosità del clinico, la sua relativa mancanza di ansia e la convinzione che quando i suoi problemi saranno meglio compresi potrà intraprendere il trattamento più appropriato, permettendo

anche la riduzione della preoccupazione riguardo la competenza del clinico. Un processo destinato alla formulazione di un'ipotesi diagnostica fornisce quindi all'operatore la possibilità di procedere in un'attività finalizzata e a basso livello di ansia, in cui la prima ipotesi possa essere considerata provvisoria, e non debba essere necessariamente confermata con il proseguire del lavoro. Questo momento è da considerarsi come un processo di 'stabilizzazione', che spesso consente ai clinici di ottenere informazioni che più avanti, nel corso del trattamento, il paziente avrà difficoltà a comunicare, a causa dello sviluppo di forti reazioni transferali che possono inibire la libera espressione di alcuni temi (Mc Williams, 1994). La situazione che si determina durante i primi colloqui, quindi, fornisce una prospettiva di osservazione irripetibile nelle fasi successive, e per questo rappresenta un'area preliminare clinicamente rilevante (Lang, 2003).

Inoltre, non solo non può esistere un trattamento senza una diagnosi, ma la diagnosi stessa costituisce di per sé un inizio di trattamento: il clinico deve pertanto considerare, già durante la prima consultazione o la somministrazione dei test, anche le variabili caratteristiche di qualsiasi processo terapeutico (*transfert*, *controtransfert*, alleanza di lavoro, emozioni e fantasie delle persone coinvolte nel processo diagnostico) e utilizzarle poi nella formulazione di una diagnosi. Adirittura, un approccio esperienziale alla valutazione (Lerner, Lerner, 1998) cerca di utilizzare tale momento prestando particolare attenzione alle similitudini con la terapia, e soprattutto al suo *setting*, in modo da comprendere come potrebbe poi esplicarsi un eventuale trattamento. Infatti, come il trattamento, anche l'*assessment* ha bisogno di una cornice, intendendo tale termine nell'accezione di significato datagli da Chasseguet-Smirgel (1992): un luogo che distingue, a livello spaziale e temporale, l'interno dall'esterno, che possa fungere da contenitore per le produzioni psichiche del paziente, che regoli gli atteggiamenti fisici e psichici e le aspettative dei due partecipanti e che permetta alle reazioni di transfert di affiorare ed essere osservate. A livello strutturale sia il *setting* del trattamento sia quello dell'*assessment* hanno in comune molti elementi. Entrambi consistono nello spazio in cui avvengono le sedute, nell'accordo sul prezzo e della durata e numero delle stesse, nel modo in cui saranno gestiti gli appuntamenti saltati e nel modo in cui i due partecipanti si rivolgeranno l'un l'altro. È anche molto probabile che il modo in cui la cornice dell'*assessment* viene gestita dal paziente, che ad esempio potrebbe essere conflittuale, predica il modo in cui il paziente risponderà alla cornice della terapia. Oppure il livello e la qualità del coinvolgimento del paziente nell'*assessment* possono essere utilizzate come informazioni sulla sua capacità di partecipare al trattamento. O ancora, la disponibilità e la capacità di costruire un'alleanza di lavoro con l'esaminatore, come precedentemente discusso, possono essere predittive della capacità di formare un'alleanza terapeutica. Anche le differenze tra i due *setting* possono essere gestite in modo da rendere comparabili le due situazioni. Ad esempio, anche se il tempo o il numero di sedute necessario è differente, strutturare l'*assessment* in diverse sedute permette di essere sensibili alla resistenza fisica ed emotiva del paziente. Inoltre, in questo modo diventa un processo che, come il trattamento, prevede un inizio, una fase intermedia e una fine in cui il cambiamento è possibile e osservabile. Ciò può fornire al valutatore una visione di come un individuo entra in una situazione nuova, la mantiene e poi la lascia, offrendo al clinico informazioni utili rispetto al modo in cui il paziente potrebbe affrontare la terapia.

Sebbene in alcune situazioni la scarsità di risorse possa rendere difficile la messa in atto di percorsi diagnostici approfonditi, appare importante non trascurare la fase di *assessment* per valutare i bisogni e le caratteristiche specifici di ogni paziente in merito a diversi ambiti, nonché negoziare con lui gli aspetti di un eventuale trattamento. Infatti, come afferma Pao (1984):

la diagnosi non è dunque un lusso per il clinico né un'etichetta dispregiativa per il paziente. I benefici che possono derivare dal trasmettere in modo sintetico informazioni a diversi livelli, dallo stabilire un presupposto per un'efficace programmazione terapeutica, dal valutare diverse linee e deviazioni evolutive e dallo sviluppare una teoria alla quale possa far seguito uno sforzo terapeutico coerente, fanno di una diagnosi corretta un aspetto essenziale e significativo della ricerca sulla malattia mentale e del suo trattamento. (Pao, 1984, pag. 234)

A questo lavoro di sintesi dei dati e formulazione della diagnosi, segue quello impegnativo e delicato di formulare una restituzione comprensibile ed utilizzabile dal paziente e con il paziente (Lang, 2003). I colloqui di restituzione costituiscono l'ultima tappa del processo diagnostico e avvengono dopo che tutto il materiale e le fonti di informazioni sono state raccolte e vagliate dal clinico che guidato dal 'giudizio o ragionamento clinico'<sup>88</sup> può trasformare quanto del paziente è riuscito a comprendere nel corso del processo diagnostico da semplice esperienza conoscitiva in una formulazione il più possibile aderente ai vissuti e alle possibilità di comprensione del paziente, tenendo conto dell'effetto che produrrà su di lui. È il momento specifico del processo diagnostico in cui avviene la comunicazione al paziente di 'dati' che lo riguardano: non si tratta di una pura enunciazione denominativa né di una interpretazione, piuttosto si tratta di un modo per prospettare un punto di vista diverso che aiuti il paziente nella comprensione del proprio malessere.

L'obiettivo del processo diagnostico era quello di arrivare a una comprensione del funzionamento primario/nucleare e secondario del paziente (rapporto del paziente con sé e con il mondo), di cogliere i livelli più bassi, primitivi e meno evoluti di funzionamento e quindi sintonizzarsi sulla sua condizione cognitiva\emotiva più deficitaria perché è a questo livello che si costruisce l'ostacolo alla capacità del paziente di stare in una relazione d'aiuto o nei casi più gravi di stare in una relazione con sé e con il mondo; l'obiettivo della restituzione è trasmettere al paziente, in un linguaggio comprensibile e da lui immediatamente utilizzabile – nel suo linguaggio – la 'fotografia' di questo stato mentale<sup>89</sup>. Il processo che precede la restituzione al paziente, allora, prevede che il clinico tenga contemporaneamente in considerazione diversi livelli: il quadro generale del funzionamento del paziente, il motivo per cui è stata richiesta la consultazione, e infine l'effetto che l'eventuale patologia del paziente produce sulle persone con cui questi entra in contatto, effetto di cui in molti casi non è assolutamente consapevole.

In ogni caso, è sempre necessario decidere cosa dire al paziente e come dirglielo, scegliendo in base a criteri specifici che dipendono dalla diagnosi del paziente medesimo e da quello che essa comporta, e valutando vie di accesso differenti e specifiche per ogni persona sulla base degli elementi raccolti durante il processo diagnostico. Naturalmente il clinico deve anche sintonizzarsi con la comprensione che il paziente ha di sé stesso e delle sue difficoltà, tenendo presenti i pericoli di un insight prematuro e dell'impatto che le informazioni condivise potrebbero avere sull'autostima del paziente (Lerner, Lerner, 1998). Può altresì accadere che in seguito al lavoro diagnostico, anche il paziente stia facendo alcune constatazioni e magari arrivi, conoscendosi meglio di chiunque altro, ancor prima del clinico a formularsi una restituzione. È quindi fondamentale, prima di iniziare una restituzione, lasciare al paziente uno spazio, seppur ridotto e circoscritto, perché possa esprimere come ha vissuto l'*iter* diagnostico e comunicare le sue conclusioni, i suoi dubbi, le sue ipotesi e l'effetto emotivo che la consultazione ha avuto su di lui sino a quel momento (Balestri, Orefice, Pandolfi, 2002).

Una corretta restituzione può in alcuni casi permettere di modificare l'ipotesi diagnostica che il paziente aveva di se stesso, del mondo e i relativi convincimenti radicati e persistenti. Ad esempio la consultazione può significare che quella che ha sempre ritenuta una condizione 'data' e imm modificabile può invece non essere tale. Inoltre il fatto che il diagnosta mostri di conoscere, senza esserne particolarmente allarmato, certi fenomeni della vita psichica fino ad allora considerati incomunicabili, facilita un'ulteriore comunicazione poiché permette di pensare che tali fenomeni possono avere una spiegazione e che succedono anche ad altre persone. Ciò riduce la paura e consente di percepirne l'eventuale modificabilità. In altre situazioni è invece necessario drammatizzare la condizione del paziente, in quanto è possibile che questi sottovaluti o banalizzi certi fenomeni come 'normali' e quindi non li consideri connessi ai disturbi

---

<sup>88</sup> 'Non è altro che la trasformazione di giudizi inconsci, sensazioni e conoscenze in qualcosa di più esplicito' (Scriven, 1976, pag. 180): è la capacità di pensare, formulare e testare ipotesi applicando chiavi esplicative e modelli di psicopatologia ai dati osservativi.

<sup>89</sup> Per non venire meno a una delle 'regole fondamentali' della tecnica del colloquio (Semi, 2006): la regola della reciprocità che può essere formulata nei seguenti termini 'il paziente, uscendo, deve avere ricevuto almeno quanto ha dato' (Semi, 2006, pag. 32).



lamentati. Tuttavia tentare per principio di modificare la diagnosi prospettata dal paziente talvolta può essere inutile, se non addirittura dannoso. Solamente tenendo conto della diagnosi che il paziente fa di sé, gli si può restituire una chiave di lettura utilizzabile della propria storia, del modo di percepire se stesso, della propria vicenda attuale, delle proprie vicissitudini relazionali e terapeutiche che siano adeguate al suo livello emotivo e cognitivo. La traduzione della diagnosi nosografica in esplicitazione del funzionamento acquista così un significato centrale, che permetta anche al paziente una eventuale riorganizzazione della percezione di sé. Diversamente, un caso in cui non si ritiene opportuno restituire in modo esaustivo gli elementi diagnostici raccolti si verifica, ad esempio, quando il paziente non ne è interessato in modo autentico, poiché l'unico problema a cui è disposto a dedicare la sua attenzione è l'allarme dovuto alla presenza di determinati sintomi. La restituzione può essere dunque rivolta, almeno all'inizio, solamente ad evidenziare il significato funzionale di tale sintomatologia, assumendo così le caratteristiche di un intervento (Balestri, 2002).

Per queste ragioni, i colloqui di restituzione non sono atti unicamente formali né possono essere condotti come un qualsiasi altro tipo di colloquio – e tantomeno come i primi colloqui clinici o di consultazione – ma devono invece prevedere una processualità specifica basata sul ragionamento clinico e avere una propria efficacia conseguente a una maggiore conoscenza che il paziente ha del proprio disturbo e alla possibilità di riconoscere emozioni primarie e di integrare stati di coscienza che possono essere dissociati, per poi, attraverso questo processo, facilitare la presa in carico terapeutica. Al clinico la decisione di come comunicare – se utilizzare un livello di comunicazione concreto (che riprende e sottolinea esperienze specifiche) *versus* astratto (volto alla generalizzazione dell'esperienza) – di cosa comunicare – non si dice necessariamente tutto e non si dice quello che il paziente vuole sentirsi dire – e della posizione da tenere – una posizione prevalentemente (A) emotiva, tipica delle restituzioni identificatorie in cui il clinico compie uno sforzo attivo per comunicare, mettendosi nei panni del paziente o dis-identificatorie in cui il clinico, al contrario, decide di assumere una precisa distanza relativamente ai vissuti e comportamenti del paziente (B) cognitiva, tipica delle restituzioni impostate come ipotesi da verificare e volte a confermare\disconfermare le ipotesi diagnostiche formulate dal paziente. In questo senso, si possono avere restituzioni di tipo ricostruttivo che forniscono una lettura integrata delle vicende affettive e relazionali della vita del paziente, restituzioni mirate/parziali almeno inizialmente centrate su aspetto specifico di funzionamento del paziente – solitamente un aspetto di crisi che interferisce marcatamente nella sua vita – restituzioni focali che individuano la chiave di volta nell'esistenza del paziente e rappresentano l'obiettivo su cui il paziente potrà lavorare, restituzioni intervento che permettono di lavorare immediatamente per ottenere modificazioni, restituzioni prolungate diluite nei tempi e nei modi e restituzioni osservazione che prevedono un tempo sufficientemente lungo perché paziente e clinico possano osservare gli avvenimenti successivi.

La restituzione diagnostica può sia costituire un allargamento e integrazione del momento diagnostico che avere un valore terapeutico di per sé, e facilitare l'inizio del trattamento (Baker, 1964; Mosak, Gushurt, 1972; Berg, 1985). Ad esempio, fornendo dati immediatamente utilizzabili su cui il paziente può lavorare, essa può diminuire l'urgenza o rimandare la richiesta di un trattamento psicoterapico (Baker, 1964). La discussione dei dati aumenta inoltre la fiducia reciproca e l'alleanza di lavoro tra paziente e clinico (Dana, Graham, 1976). Non solo infatti il clinico può ricavare in base alle risposte del paziente alcune indicazioni sulle possibili reazioni all'eventuale terapia (Berg, 1985; Pope, 1992), ma anche il paziente può acquistare maggiore fiducia in sé e nel terapeuta, provare la speranza di poter essere capito e poter stare meglio, ridimensionando comunque le proprie aspettative magiche verso il clinico (Mosak, Gushurt, 1972). Inoltre, dimostra agli occhi del paziente che il clinico non si limita a studiarlo ma è interessato a capirlo, e non cela per sé informazioni né giudizi. Ciò consente di evitare la rabbia o l'irritazione che spesso sono legate al senso di mistero nei confronti dei trattamenti psicologici. Inoltre, la mole di significati e informazioni che si possono ricavare da stimoli apparentemente indecifrabili, quali i test, può impressionare in modo favorevole il paziente e stimolarlo ad

un'ulteriore apertura. Il contatto con il paziente può così divenire più profondo e farsi elemento attivo di trasformazione (Canestrari, Godino, 2002).

Si rivela molto utile il fatto di condurre la restituzione cercando di evitare di utilizzare un linguaggio eccessivamente tecnico, che il paziente possa fraintendere o non capire. È necessario, invece, attenersi il più possibile all'esperienza diretta del soggetto, utilizzando le sue conoscenze e facendo riferimento all'ambiente in cui vive, ritraducendo anche le conoscenze più sofisticate in formulazioni idonee al mondo del paziente e al suo funzionamento. Si dovrebbero inoltre evitare dogmatismi o genericità, e un'adesione troppo stretta ai dati del test o del colloquio per oggettivare quanto si sostiene e rispondere ai quesiti specifici (Mosak, Gushurt, 1972; Baker, 1964; Smith, 1978). Agendo sul qui e ora si può contemporaneamente dare ulteriore sostegno a una diagnosi e fornire al paziente elementi tangibili per aumentare la sua consapevolezza (Appelbaum, 1969; Godino, 1992) Partendo da un materiale che il paziente può riconoscere come qualcosa che proviene da se stesso e che non è stato arbitrariamente o tendenziosamente proposto dal clinico, si può anche favorire il mantenimento dell'alleanza.

## I PARTECIPANTI

Il campione è costituito da 30 soggetti adulti di cui 17 femmine e 13 maschi di età compresa tra i 19 e i 58 anni, con un'età media di 38.5 anni (DS=4.50). Riguardo alla composizione etnica, tutti i partecipanti sono italiani e parlano italiano come prima o unica lingua. Lo status socio-economico è di livello medio, medio-alto. I soggetti con eventuali precedenti esperienze di ospedalizzazione psichiatrica sono stati esclusi dal campione: questa informazione è stata ottenuta nel corso di una serie di colloqui per la raccolta dei dati bio-psico-sociali. Tutti i partecipanti sono soggetti arrivati presso l'A.R.P. per richiedere una consulenza psicologica e sono stati sottoposti a un processo diagnostico come inteso presso il centro. Tutti i pazienti, sulla base del consenso informato, hanno acconsentito alla registrazione delle diverse fasi di *assessment*, mettendo a disposizione i loro dati per eventuali ricerche.

I criteri di inclusione prevedono, invece, criteri di omogeneità diagnostica non in relazione alla diagnosi nosografico-descrittiva DSM-IV-TR, ma in relazione a una valutazione del funzionamento mentale del paziente (interpretativo-esplicativa) ottenuta attraverso l'Asse M del *Psychodynamic Diagnostic Manual*<sup>90</sup> (Task Force guidata da Greenspan) che permette di

caratterizzare l'intera gamma del funzionamento di un individuo – sia gli aspetti superficiali sia quelli profondi dei suoi pattern emotivi, cognitivi e sociali – mettendo in risalto tanto le variazioni individuali quanto gli elementi comuni. L'obiettivo del PDM è quello di spiegare l'intero range del funzionamento mentale, andando così a completare gli sforzi di catalogazione dei sintomi promossi negli ultimi trent'anni dal DSM e dall'ICD. (dall'Introduzione al manuale, pag. XXI)

In particolare, l'Asse M permette di tracciare dei profili individuali del funzionamento mentale dei pazienti, di descrivere cioè in maniera piuttosto – anche se non esaustivamente – operazionalizzata le modalità di relazionarsi con sé e con il mondo, di comprendere e di esprimere i sentimenti, di fare i conti con lo stress e l'ansia, l'osservazione delle proprie emozioni e comportamenti e la capacità di costruire giudizi morali. I nostri soggetti sono stati classificati M206 (in numero di 11) e M207 (in numero di 19) cioè schemi emotivi primari disfunzionali da moderati a gravi<sup>91</sup>.

<sup>90</sup> Si tratta di un sistema diagnostico psicodinamicamente orientato che cerca di caratterizzare l'intera gamma del funzionamento di un individuo – sia negli aspetti superficiali sia in quelli profondi dei suoi pattern emotivi, cognitivi e sociali – cercando di spiegare l'intero range del funzionamento, non solo quello sintomatico.

<sup>91</sup> M206 moderate limitazioni e alterazioni del funzionamento mentale: formazioni caratteriali incapsulate (per esempio, moderate compromissioni della regolazione dell'autostima, moderate limitazioni nelle interiorizzazioni necessarie alla regolazione di impulsi, affetti, umore e pensiero, moderata esteriorizzazione degli eventi interni, moderate alterazioni e limitazioni dell'orientamento al piacere, limitazioni incapsulate dell'esperienza di sentimenti e pensieri in aree importanti della vita) o formazioni sintomatiche incapsulate (per esempio, moderate limitazioni e alterazioni dell'esperienza degli affetti e dell'umore, moderate limitazioni e alterazioni dell'esperienza di alcune aree del pensiero). M207 gravi limitazioni e alterazioni del funzionamento mentale, per esempio tendenze limitate alla frammentazione della differenziazione tra sé e oggetto, compromissioni nella regolazione dell'autostima, limitazioni nelle interiorizzazioni



La scelta di usare il PDM è stata dettata da un'attenta riflessione clinico-teorica che ci spinge a credere che gli effetti della psicopatologia del paziente sulle modalità relazionali e di regolazione emotiva – nostro oggetto di studio – siano il riflesso e il precipitato di un insieme di segni, sintomi e sindromi che potrebbero forse trovare una spiegazione più esaustiva se pensati in termini di un raggruppamento non di disturbi clinici (Asse I del DSM-IV-TR o disturbi psichici nell'agenda del DSM-V) e disturbi di personalità (Asse II), ma di diagnosi funzionale di personalità che sappia porre un'appropriata attenzione a tutte le complesse e profonde dimensioni della mente umana<sup>92</sup> (Western, 1998).

La diagnosi funzionale è, infatti, una diagnosi che fornisce al soggetto strumenti di comprensione che gli permettono una possibile riorganizzazione della percezione di sé ed una successiva aspettativa rispetto a eventuali mutamenti (Del Corno, Lang, 1997) legati alle due fondamentali valenze della relazione clinica: il suo carattere dinamico che ha nel tempo un elemento costitutivo (la modalità temporale del discorso e più in generale della relazione si configura come forma simbolica: significante di significati emozionali) e la contestualità (Wittgenstein, 1997) per cui i significati non sono un presupposto dello scambio discorsivo ma si costruiscono entro e per mezzo di essi attraverso l'analisi di motivazioni, risorse psicologiche, funzionamento interpersonale e sviluppo di tali processi (Westen, 1998). Questo tipo di lettura consente di rilevare non solo i punti di forza e di debolezza del paziente, ma soprattutto di capire le sue modalità di funzionamento e aprire per il paziente la possibilità di ricostruire la propria storia e immagine di sé in modo diverso e aumentare la possibilità e capacità riflessiva su di sé. Questo aspetto è particolarmente rilevante perché, da quanto riportato in letteratura, risulta essere l'unico che può avere un valore prognostico per l'indicazione ai trattamenti.

## I CLINICI

Hanno accettato di partecipare al progetto di ricerca 4 psicoterapeuti (3 donne, 1 uomo) con un'esperienza ventennale nel campo della pratica diagnostica, clinica e psicodinamica.

## GLI OBIETTIVI E LE IPOTESI: RICORSIVITA' E BI-DIREZIONALITA'

Quello che ci propone è studiare in un'ottica dinamica – *in vivo* – la fluttuazione delle comunicazioni emotive clinico-paziente, analizzare cioè la dimensione regolazione degli affetti a partire dai momenti interattivi della coppia che hanno a che fare con temi emotivi. Questo meccanismo di regolazione interattiva è esaminato in relazione agli effetti prodotti dagli interventi del clinico sulla capacità del paziente di creare una connessione tra i propri stati di *arousal* fisiologici e viscerali da una parte, e i loro significati simbolici dall'altra parte (Bucci, 2002). Si vuole valutare, all'interno di un *setting* diagnostico, il livello di sintonizzazione-regolazione affettiva clinico-paziente: studiare, cioè, il □ del paziente (cambiamenti emotivi in relazione agli interventi del clinico) e del clinico (cambiamenti emotivi in relazione alle risposte del paziente), cioè le variazioni tra il primo stato emotivo e il successivo in seguito alla modificazione introdotta dall'intervento di riconoscimento – positivo *versus* negativo – del clinico. Imprescindibile è inoltre la necessità di incrociare la capacità del paziente e del clinico di fare questa operazione interattiva di sintonizzazione con il livello di competenza emotiva del paziente: la questione è che cosa fa il clinico per sintonizzarsi con il paziente, ma anche fino a che punto la patologia del paziente gli permette o non permette la sintonia. Definiti quindi i 'livelli evolutivi' della qualità di regolazione emotiva del paziente, si vuole vedere come il tema della

---

necessarie alla regolazione di impulsi, affetti, umore e pensiero, esteriorizzazioni gravi di eventi interni, alterazioni e limitazioni dell'orientamento al piacere, limitazioni dell'esperienza dei sentimenti e dei pensieri nelle aree più importanti della vita.

<sup>92</sup> Nel momento stesso in cui scrivo questa ideale meta mi rendo conto dei limiti intrinseci non tanto dello strumento, quanto dell'ambizioso tentativo di questa ricerca che si pone alti principi, ma che di fatto si compone di sole imperfezioni. Non ci sembra, invece, questa la sede per sottolineare le critiche e i limiti del PDM in quanto strumento clinico ed empirico. Si rimanda a Migone (2006), Lingiardi, Del Corno, Lang (2009), Merciai, Cannella (2009) per una rassegna critica sull'argomento.

sintonizzazione viene declinato, affrontato e manovrato dal clinico, vedere come questo nei colloqui, su questi livelli diversi, interagisce e cerca di funzionare (differenziare tra qualità tecniche di intervento).

Dunque, gli obiettivi della ricerca diventano due:

- individuare le modalità di comunicazione emotiva (specificità) che caratterizzano i micro-cambiamenti processuali
- valutare come il paziente esprime i contenuti emotivi attraverso il linguaggio in relazione alla tecnica (regolatoria) del clinico (co-costruzione di significati e riparazione di quelli dissociati).

Le ipotesi da verificare possono essere così schematizzate:

- esiste un *pattern* specifico – diverso ma forse in parte sovrapponibile all'andamento prototipico dei 'buoni' colloqui di terapia – di andamento emotivo/affettivo nei colloqui del processo diagnostico (RICORSIVITA')
- esiste una relazione specifica in grado di descrivere l'interazione tra tecnica del clinico e capacità del paziente di regolare le emozioni (esistono degli aspetti ridondanti che fungono da organizzatori della relazione? È possibile identificare pattern ricorrenti di interventi del clinico che facilitano *versus* ostacolano la regolazione emotiva del paziente?) (BI-DIREZIONALITA').

Verificate queste premesse ci si può poi interrogare sul tema cruciale: l'emergere degli schemi emotivi e la loro comprensione/integrazione – riconoscimento e accettazione – è determinata in misura maggiore, minore o simile dalle due variabili rilevate – componente emotiva/affettiva e componente tecnica?

Questo lavoro si propone di trovare riscontro empirico alle due prime ipotesi – è possibile identificare e descrivere in termini ricorsivi e bi-direzionali la comunicazione emotiva che intercorre tra clinico e paziente nel corso dei colloqui del processo diagnostico? – e di trovare una risposta a quest'ultimo interrogativo. Ci si interroga sulla questione di quanto la comprensione emotiva e la lingua dell'affettività che clinico e paziente co-costruiscono nella stanza abbia effettivamente un potere e un ruolo fortemente e attivamente mutativo se non addirittura potremmo dire terapeutico – nella misura in cui con 'mutativo' intendiamo che provoca una modificazione e una ristrutturazione del campo affettivo e cognitivo che guida il paziente in una nuova lettura della realtà ma che è temporanea (a breve termine, non ancora pienamente interiorizzata) e che è la base e il precursore per il lavoro curativo successivo che è quello più strettamente e convenzionalmente 'terapeutico' nella misura in cui porta il paziente a curare le sue ferite emotive e regolarle a lungo termine. Per fare questo il punto di partenza diventa allora una scomposizione più minuziosa del fenomeno tecnico e del ruolo che il clinico assume in quanto partecipante all'interazione che media ed esperisce la sintonizzazione emotiva non come 'uomo' ma attraverso il suo bagaglio di competenze e formazione professionale specifica. La comprensione emotiva, allora, è una semplice tecnica diagnostica o piuttosto un intervento mutativo/terapeutico usato in un setting diagnostico? Che rapporto esiste tra la sintonizzazione affettiva e le tecniche di intervento più tradizionali? La questione più attuale non diventa forse interrogarsi su quale sia il fattore mutativo che ha un ruolo maggiore nel permettere al paziente di modificare gli organizzatori psicopatologici<sup>93</sup> e il loro determinismo sul funzionamento primario (elementare del sè) e secondario? Il riconoscimento e l'accettazione non giudicante ma empatica, la tecnica tradizionale, o entrambe le dimensioni in uguale misura?

---

<sup>93</sup> Si definiscono come pattern di funzionamento – fondati su un organizzatore emotivo primario – che si sono manifestati in un momento specifico dell'evoluzione del soggetto e che si presentano trasversalmente a diverse situazioni di vita e hanno la funzione di mantenere un funzionamento/comportamento che ostacola il conseguimento delle successive tappe maturative-evolutive e l'acquisizione delle competenze età-specifiche (Lang, Orefice, 2009).

## LE MISURE: VARIABILI E STRUMENTI

A partire da queste riflessioni, quello che ci si propone di fare è scomporre empiricamente l'incontro diagnostico per trovare le radici degli schemi emotivi primari del soggetto e per capire se esistono degli aspetti ridondanti che fungono da organizzatori della relazione, facendo nostro oggetto di studio il concetto di sintonizzazione affettiva. Rispetto alle variabili interagenti identificate, allora, sono stati scelti strumenti specifici<sup>94</sup>:

- gli interventi tecnici del clinico sono valutati applicando un adattamento della *Psychodynamic Intervention Rating Scale* di Cooper e Bond
- le categorie di risposta del paziente sono valutate applicando la Scala di elaborazione\dis-elaborazione di Horowitz, che ci permette di valutare il livello di specificità contenutistica ed elaborazione dei racconti.
- la dimensione interattiva\emotiva, invece, la cogliamo attraverso l'applicazione dei dizionari dell'I-WRAD (*Italian Weighted Referential Activity Dictionary*, Maskit, Bucci, De Coro, Mariani, Bonfanti, Visconti, 2004), il dizionario delle parole riflessive (IREF, Mariani, 2009), quello delle parole Disfluency (IDF, Bonfanti, Campanelli, Cilimberti, Golia, Papini, 2008) e il nuovo dizionario delle parole affettive (IAFF, Gruppo di Roma coordinato da De Coro, 2009) che rilevano la fluttuazione emotiva, cioè il grado in cui il parlante è in grado di esprimere l'emozione e comprenderla riflessivamente.

## LE ANALISI

Sono previste tre tipologie di analisi dei dati:

- per verificare la prima ipotesi di ricerca, quella della ricorsività, i dizionari computerizzati dell'Attività Referenziale, Disfluenza, Riflessione e Affetti sono stati applicati ai colloqui a disposizione. I dati sono stati analizzati attraverso l'applicazione della funzione matematica descritta in '*Smoothing psychological discourse variables to capture the flow of verbal interaction*' da Maskit e Bucci (2004). Sono stati poi calcolati i t di Student per misurare la significatività statistica delle differenze tra colloqui diversi e sono stati implementati dei descrittori statistici degli indici di coerenza positivi<sup>95</sup> e negativi<sup>96</sup> tra le tracce di paziente e clinico
- per verificare la seconda ipotesi di ricerca, bi-direzionalità, sono state condotte delle analisi lag-lineari (frequenze e probabilità di associazione, statistiche condizionali e co-occorrenze, effect size) che valutano le associazioni statisticamente significative tra tecniche della domanda del clinico e risposte del paziente (variabili PIRS-ELAB/DIS-ELAB) (Milbrath, Bond, Cooper, Znoj, Horowitz, Perry, 1999; Terraz, de Roten, de Roten, Drapeau, Despland, 2004; Sexton, Littauer, Sexton, Tommeras, 2003). Tramite un test di Wilcoxon a due vie metodo Montecarlo sarà poi possibile misurare la significatività statistica delle differenze tra colloqui diversi
- in relazione al terzo obiettivo, cioè, superare la diatriba sui 'fattori diagnostici' da una parte e 'dimensione relazionale/emotiva implicita' dall'altra sono state trattate e analizzate contemporaneamente le variabili dei Dizionari della Bucci e quelle delle scale PIRS-ELAB/DIS-ELAB attraverso dei diagrammi di stati transizionali<sup>97</sup>.

---

<sup>94</sup> Per la descrizione degli strumenti si rimanda all'Appendice.

<sup>95</sup> Quante tracce del paziente sono positive quando la precedente traccia del clinico è positiva.

<sup>96</sup> Quante tracce del paziente sono negative quando la precedente traccia del clinico è negativa.

<sup>97</sup> Si tratta di analisi della regressione che permettono di esprimere l'effetto causale diretto e indiretto di una variabile indipendente sulla variabile dipendente, quantificando il peso delle altre variabili intervenienti in contemporanea; in questo modo è possibile rilevare quali variabili o fattori sono maggiormente associati al cambiamento; può essere pensata come una misura della predittività di quali sono le variabili – emotive versus tecniche – che hanno il peso maggiore nel facilitare l'integrazione e regolazione delle tematiche affettive.

## I RISULTATI

### STEP PRELIMINARI. QUALITÀ E AFFIDABILITÀ DEI TRASCRITTI E DEGLI STRUMENTI

Data per scontata validità, attendibilità ed efficacia degli strumenti applicati (come dimostra la letteratura), dobbiamo fare tuttavia alcune premesse rispetto alla metodologia utilizzata e verificarne qualità e affidabilità statistiche in relazione alla nostra specifica applicazione. Seguendo le procedure esplicitate sopra, il metodo utilizzato può essere articolato in quattro fasi:

- fase 1: definizione del livello di funzionamento mentale di ogni paziente sull'Asse M del PDM. Hanno lavorato a questo livello tre giudici indipendenti (due con un'esperienza clinica ventennale e uno addestrato ed esperto nell'applicazione del PDM). La diagnosi funzionale è stata fatta basandosi su dati che provengono da fonti diverse (*multimethod assessment*): dati emersi dal colloquio clinico, informazioni tratte dalla raccolta dei dati bio-psico-sociali e dalla batteria di test *standard* somministrata ai pazienti). Questi dati hanno permesso di diagnosticare ogni paziente secondo le nove sottocategorie<sup>98</sup> dell'Asse M e di pervenire successivamente a una classificazione riassuntiva del livello di funzionamento globale del paziente. La validità del metodo di *scoring* è stata calcolata per 20 dei 30 pazienti del campione e si attesta a un valore K di Cohen<sup>99</sup> pari a .85
- fase 2: registrazione e trascrizione integrale e fedele (parola per parola) dei colloqui del processo diagnostico<sup>100</sup>. Hanno partecipato alla fase di sbobinatura dei trascritti tesisti e tirocinanti adeguatamente supervisionati in tutte le fasi del lavoro: tutti i trascritti sono stati sottoposti a verifica sistematica randomizzata per verificare la loro fedeltà e coerenza rispetto ai file audio originali
- fase 3: analisi computerizzata dei trascritti applicando i dizionari computerizzati di Bucci. Per questo *step* è stato necessario un passaggio intermedio: ogni trascritto è stato rivisto e corretto secondo regole standardizzate di trascrizione. Il sistema si basa su un insieme consensuale di convenzioni – ben definite dall'autrice sia per la lingua inglese sia per quella italiana – che permettono in modo semplice e immediato, ma soprattutto completo e indipendente dal *bias* della persona che trascrive, di registrare in modo fedele il dialogo. Queste regole prevedono, infatti, un insieme di convenzioni che permettono non solo di definire i vocaboli, ma anche di rilevare pause nell'eloquio, errori nella lingua, la punteggiatura, l'intonazione del tono di voce, gli intercalari e le espressioni paraverbali della comunicazione, come affermazioni, negazioni, disapprovazione, esitazioni, domande, divertimento ed esclamazioni. La qualità e l'affidabilità dei trascritti sono state valutate attraverso un coefficiente di attendibilità che ha previsto un calcolo *pre* e *post* verifica di un trascritto per ciascun tesista/tirocinante coinvolto nella ricerca. I trascritti sono stati trasformati in un testo verticale per cui ogni parola e segno convenzionale venivano disposti su una riga separata. Le trascrizioni verticali venivano poi disposte una accanto all'altra così che le stesse parole delle diverse trascrizioni fossero sulla stessa linea. Si sono quindi calcolate le differenze. Le discordanze più ampie erano le omissioni di piccoli turni del discorso, omissioni di parole e di segni di punteggiatura, nonché la sostituzione di una parola con un'altra dal significato simile.

---

<sup>98</sup> Si è scelto di lavorare anche a questo livello microanalitico in vista di una futura ricerca (in fieri) che si pone come obiettivo quello di capire se è possibile usare la qualità della modalità narrativa (misurata con gli strumenti di Bucci) come indicatore/predittore del funzionamento mentale dei pazienti rilevato attraverso l'Asse M del PDM. Le domande di ricerca sono: è possibile identificare/verificare dei pattern linguistici specifici in relazione a specifiche configurazioni di funzionamento di personalità, sé e modalità relazionali? È possibile individuare una relazione tra il livello di funzionamento e la presenza/assenza di schemi emozionali dissociati? È possibile verificare una relazione tra la modalità narrativa del soggetto e il suo grado di funzionamento/patologia? La qualità della narrazione può essere utilizzata come indicatore diagnostico dello stato mentale e di funzionamento del paziente?

<sup>99</sup> Il coefficiente Kappa è un indice statistico che misura l'accordo tra i giudici, compreso tra -1 e +1. L'accordo sarà tanto maggiore quanto più il coefficiente si avvicinerà a +1.

<sup>100</sup> Nel pieno rispetto, naturalmente, delle leggi sulla privacy e sulla protezione dei dati personali.

Tab. 1 – Coefficienti di attendibilità K di Cohen e percentuali di accordo in un compito di trascrizione di un colloquio per 3 trascrittori A, B e C

| Verifica | Attendibilità |         |         | Percentuale di<br>A, B, C | accordo<br>2 su 3 |
|----------|---------------|---------|---------|---------------------------|-------------------|
|          | K di AB       | K di AC | K di BC |                           |                   |
| PRIMA    | .71*          | .70*    | .76     | 63                        | 85                |
| DOPO     | .74           | .74     | .77     | 66                        | 95                |

Questi dati dimostrano che la procedura di verifica (fatta da un soggetto esperto nelle regole di trascrizione) migliora la qualità e affidabilità del trascritto: nel nostro caso, si è ottenuto un indice di concordanza K di Cohen di circa .75

- fase 4: in relazione agli obiettivi specifici della ricerca, sono stati applicati ai trascritti *verbatim* tre strumenti, cioè IDAAP, PIRS e la Scala Elaborazione\Dis-Elaborazione. IDAAP prevede uno *scoring* computerizzato, quindi non si è resa necessaria un'ulteriore verifica della validità del metodo, necessaria invece per lo *scoring* degli altri due strumenti. Si è calcolato il livello di *interrater reliability*, ovvero il livello di accordo nella siglatura dei trascritti operata da tre giudici indipendenti che hanno seguito un *training* di addestramento specifico ai metodi di siglatura. Per la Scala Elaborazione\Dis-Elaborazione, tutti i giudici hanno lavorato da soli e in modo indipendente siglando ogni intervento del paziente secondo i criteri di elaborazione e dis-elaborazione. I dati per la *reliability* sono stati tratti dalle siglature individuali dei giudici. Un gruppo di trascritti contiene mediamente 476 unità da siglare (media variabile tra 380 e 613, deviazione standard=69.9); per determinare la *reliability* sulle due dimensioni della scala, 150 unità siglate sono state selezionate casualmente in modo tale che 75 unità consecutive fossero nella prima metà del trascritto e 75 della seconda metà. Poiché alcune categorie erano siglate più frequentemente di altre (nella fattispecie quelle dell'elaborazione), l'omogeneità marginale della matrice *interrater* è stata valutata non con un K di Cohen, ma con la formula di Light. In questo modo è stato possibile inserire tutte le categorie in un'unica matrice che ha ottenuto un K pari a .73 (86% di accordo/concordanza) per le categorie dell'elaborazione e pari a .72 (84% di accordo) per le categorie della dis-elaborazione. La siglatura finale utilizzata nella ricerca per testare le ipotesi è il risultato di un successivo lavoro di gruppo in cui tutti i giudici si sono trovati per discutere e appianare le differenze di siglatura e pervenire a punteggi consensuali per ogni intervento del paziente. Per la Scala PIRS, i tre giudici hanno ugualmente lavorato in modo indipendente per le prime siglature, su cui è stata calcolata l'*interrater reliability*, mentre l'analisi dei dati è stata elaborata sulle siglature finale consensuali ottenute in seguito a un lavoro di confronto e discussione. Il K di Light è stato calcolato per ogni singola siglatura e per lo strumento intero. Il K complessivo era pari a .85 (87% di accordo) con un *range* variabile tra .83 e .99 all'interno delle singole categorie di siglatura. Tali indici di affidabilità possono essere considerati sufficientemente elevati per questo tipo di tecnica.

### **PRIMO OBIETTIVO. SPECIFICITA' E RICORSIVITA'**

Il primo obiettivo è esplorativo e si propone lo studio (e la descrizione) della comunicazione emotiva tra clinico e paziente, cioè la definizione teorica/empirica delle specificità dei colloqui del processo diagnostico, attraverso la valutazione del linguaggio e dell'andamento della capacità di simbolizzazione. A partire dalle basi teoriche discusse, questo obiettivo sarà perseguito attraverso l'applicazione del programma computerizzato costruito sulla base della teoria di Bucci, l'IDAAP (Maskit, Bucci, De Coro, Mariani, Bonfanti, Visconti, 2004), che permette di valutare l'andamento dell'attività referenziale del clinico e del paziente rispetto agli argomenti trattati nel corso del colloquio. La finalità è la seguente: individuare le modalità di comunicazione emotiva (specificità) che caratterizzano i microcambiamenti processuali dei colloqui diagnostici e verificare se esiste un *pattern* specifico di andamento emotivo/affettivo (ricorsività). Sarà possibile fare questo analizzando l'andamento delle singole variabili del programma, dei loro *pattern* di covariazione e dei cicli narrativi che creano. Queste analisi saranno eseguite separatamente sui primi colloqui e sui colloqui di restituzione e si confronterà l'andamento dell'Attività Referenziale (RA) e degli altri dizionari di parole (Disfluenza – Df, Riflessione – Ref, e Affetti – Aff) nei due tipi di colloquio. L'ipotesi sottesa a questa analisi è che l'andamento di queste variabili possa variare in relazione alle diverse finalità dei colloqui: mentre nei primi colloqui lo scopo principale è la raccolta di informazioni, la comprensione della gravità dei sintomi riportati dal paziente e la loro riconducibilità a un quadro psicopatologico, nella fase di restituzione clinico e paziente discutono, si confrontano e negoziano i significati connessi alle tematiche affrontate. I colloqui di restituzione, in questo senso, sono uno spazio assolutamente privilegiato in cui il clinico ha valutato la diagnosi che il paziente (o i suoi familiari) ha fatto di sé, questa diagnosi è diventata una ipotesi che è stata falsificata e il clinico ha formulato una nuova ipotesi: il paziente può, allora, valutare se e in quale misura riscontra che sia adeguata l'ipotesi diagnostica che gli viene proposta (ipotesi che di solito coincide con l'individuazione dell'organizzatore della sua patologia). A rischio di essere semplicistici possiamo dire che nella pratica clinica si danno due estremi: i colloqui in cui l'ipotesi diagnostica del paziente viene ampliata e meglio organizzata, ma il clinico concorda con la diagnosi che il paziente ha fatto di sé e i colloqui in cui il clinico ha la necessità di trasformare/modificare la diagnosi del paziente, perché è una diagnosi che non rileva gli aspetti primari del suo disturbo. Nel colloquio di restituzione, dunque, l'obiettivo è quello di individuare il possibile organizzatore della psicopatologia del paziente, comunicarglielo e seguirne l'eventuale evoluzione.

L'ipotesi di partenza, quindi, concerne la possibilità di identificare, come è già stato fatto per l'andamento prototipico dei 'buoni colloqui di terapia' (Bucci, 1997), la presenza di altrettante fasi, contraddistinte da caratteristiche diverse e specifiche, nelle due diverse tipologie di colloqui di *assessment*; senza dimenticare che, se il processo diagnostico inteso come astrazione prevede una sua processualità, nella pratica clinica e nel rapporto con il paziente questa processualità può essere molto diversa da quella teorizzata.

## PRIMO LIVELLO: PATHWAY DELLA COMUNICAZIONE EMOTIVA NEI COLLOQUI DIAGNOSTICI E OSSERVAZIONE RAVVICINATA DELLE MISURE LINGUISTICHE DEL PROCESSO REFERENZIALE E AFFETTIVO

Il programma di analisi IDAAP è stato applicato ai colloqui di tutti i pazienti. Si è scelto di creare due gruppi distinti di analisi dei dati: (A) sono stati analizzati tutti i primi colloqui elaborati sequenzialmente come unica unità di analisi o, se vogliamo, unico blocco interpersonale di comunicazione emozionale, poi (B) la medesima procedura è stata applicata separatamente a tutti i colloqui di restituzione. L'obiettivo era duplice: trovare i punteggi relativi ai dizionari dei programmi che meglio descrivono l'andamento della comunicazione e valutare la veridicità dell'ipotesi che ci siano differenze tra primi colloqui e colloqui di restituzione, in quanto la posizione emotiva e tecnica di clinico e paziente cambia in relazione agli obiettivi specifici.

Attraverso un'applicazione *multiple-case* della procedura *single-case* della funzione matematica descritta in '*Smoothing psychological discourse variables to capture the flow of verbal interaction*' da Maskit e Bucci (2004), è stato elaborato un programma computerizzato in grado di creare e rappresentare graficamente le curve che descrivono l'andamento medio dei colloqui considerati insieme e che permette di passare da uno studio di singolo caso a uno studio su gruppo.

Questo passaggio è da considerarsi già innovativo di per sé nella misura in cui Bucci e collaboratori hanno, fino a oggi, presentato solo lavori su casi singoli o al massimo lavori in cui elaboravano i dati di più pazienti ma separatamente. Questo per due ordini di ragioni, dal nostro punto di vista, solo parzialmente condivisibili. Le difficoltà di usare un campione di dati così vasto ed eterogeneo sono sicuramente oggettive e comprendiamo bene che Maskit non possa essere contemporaneamente impegnato su più fronti: l'implementazione dei dizionari, l'aumento del numero di parole in esse contenute, la traslazione in diverse lingue e la soluzione e il miglioramento di alcuni problemi tecnici legati allo strumento. Del resto non condividiamo l'idea di Bucci – con la quale ci siamo direttamente confrontati a un congresso – secondo la quale un lavoro così massivo comporta la perdita di dati troppo preziosi per il singolo paziente. O meglio, condividiamo quest'idea se pensiamo di applicare lo strumento in un contesto direttamente clinico, per prendere decisioni importanti per il paziente o nelle supervisioni, ma non condividiamo questa posizione se pensiamo di applicare lo strumento alla ricerca laddove i criteri di scientificità e generalizzabilità necessitano di trovare un riscontro su quanti più casi è possibile.

La funzione dello *smoothness* si è rivelata cruciale perché ha permesso di verificare empiricamente la presenza di diverse fasi di ciclo referenziale anche nei colloqui del processo diagnostico.

In questo modo, partendo dai dati tratti dal file di *output* SMT.csy, è possibile descrivere i valori medi e gli andamenti dei diversi dizionari, il loro cambiamento in termini di incremento o di decremento, la loro concavità o convessità. I colloqui, infatti, sono analizzati attraverso un programma che calcola il valore medio ottenuto dal confronto di ciascuna parola presente in ogni testo con le parole contenute in ognuno dei diversi dizionari e che usa un sistema variabile di arrotondamento delle medie ponderate che produce una curva omogenea – *density curve* – in grado di approssimare per ogni parola analizzata il valore medio delle parole vicine, riportato nel dizionario. Questa operazione di approssimazione avviene a ogni cambio di turno; in seguito riparte una linea nuova in modo tale che, ad esempio, il valore arrotondato attribuito al discorso del paziente è basato solo sulle parole dette dal paziente. La *density function* su cui si basa questa procedura nasce a partire dalla definizione di un algoritmo ( $W$ ) che utilizza i punteggi grezzi dei dizionari (per quelli non ponderati, +1 se la parola fitta col dizionario e 0 se non è presente; per quelli ponderati, valori che variano tra -1 e +1 a secondo del 'peso specifico' che la parola ha all'interno del dizionario, laddove 0 significa che è assente) e tiene in considerazione la posizione specifica di ogni parola all'interno del testo e del suo contesto; per questo utilizza una funzione algoritmica pesata che non si approssima alla curva di distribuzione normale, ma che è sempre non-negativa e prevede solo un numero finito di integrali che tendono a 1

$$W(x; m, q) = \begin{cases} \exp -qm^2 \frac{m^2 + x^2}{(m^2 - x^2)^2} \\ 0 \end{cases}$$

con  $-m < x < m$  che dipende da 2 parametri: l'ampiezza di  $m$  (=100), e il parametro variabile  $q$  (=2.0). La medesima funzione ( $W$ ) nella forma pesata è positiva solo per  $x$  variabile nel range  $-m < x < +m$  ed è espresso dalla formula



$$f(t) = \frac{\int_{-\infty}^{\infty} W(x-t; m, q) X(x; t, m) f(x) dx}{\int_{-\infty}^{\infty} W(x-t; m, q) X(x; t, m) dx}$$

per  $0 < t < N$ . Questo significa che, in generale, la funzione di densità per una data parola è espressa dalla media pesata del valore che questa ha nel dizionario corrispondente tenendo in considerazione il suo contesto di occorrenza (la  $-1$  parola che la precede e la  $m-1$  parola che la segue). Questa procedura di calcolo si basa sulla valutazione del peso della parola *target* in relazione al peso delle parole che la circondano nel testo diviso per la somma del peso di tutte le parole utilizzate all'interno del turno per singolo interlocutore. In questo modo il testo viene segmentato in regioni che sono naturalmente definite da una particolare *density* misurata a partire da 3 variabili: la funzione di densità come descritta sopra, il valore delle sue derivate e il valore delle sue seconde derivate (rispettivamente  $x$ ,  $m$ ,  $q$ ). La prima dimensione rappresenta l'approssimazione al valore base della funzione di densità quando utilizziamo il suo valore neutro come *cut point* e indica la regione del grafico in cui la funzione di densità incrocia e interseca il punteggio neutro di 1. Per la prima derivate, il valore del *cut point* è 0, questo punteggio rappresenterà il valore locale massimo/minimo della segmentazione della funzione di densità. Uguale il *cut point* per la seconda derivate, solo che in questo caso i punti di intersezione indicano i luoghi del grafico dove avviene un cambiamento nella convessità della curva di distribuzione. La funzione dello *smoothness* permette così di circoscrivere e delimitare i punti esatti in cui abbiamo un'inversione di tendenza dei valori di densità delle curve dei dizionari, cioè dove i punteggi diventano più alti o più bassi in relazione ai loro specifici valori neutri. Si vengono così a creare delle regioni spaziali in cui aumenta o decresce la convessità (seconda derivata positiva) e la concavità (seconda derivata negativa) dell'andamento dei punteggi dei dizionari tenendo conto del loro contesto di occorrenza. In questo modo, è possibile arrivare a definire e descrivere – sia graficamente sia numericamente – quella che può essere considerata l'approssimazione più vicina alla media dell'andamento del *pathway* della comunicazione in entrambi i *setting* clinici. L'*output* ottenuto consiste, infatti, in grafici che rappresentano l'andamento del ciclo referenziale di clinico e paziente nei colloqui costitutivi del processo diagnostico, costruito unendo le medie dei livelli di RA e di tutti i dizionari considerati per ogni turno di parola. I risultati ottenuti possono essere utilizzati come norma di riferimento per il linguaggio usato nei colloqui diagnostici.

Verranno presentate le curve che descrivono l'andamento medio di questi colloqui, con l'obiettivo di individuare l'andamento del ciclo referenziale nel processo diagnostico; per l'interpretazione dei risultati il termine di confronto e paragone è il ciclo referenziale identificato da Bucci nei colloqui terapeutici. I dati emersi sono stati interpretati separatamente in relazione alle diverse finalità che i colloqui si propongono: i primi colloqui individuare l'organizzatore psicopatologico e i colloqui di restituzione verificarne la veridicità e rilevare le criticità rispetto all'indicazione/controindicazione al trattamento.

Il programma permette inoltre di quantificare la relazione e l'andamento congiunto – correlazioni positive *versus* negative – delle singole variabili prese in considerazione (Attività Referenziale, Disfluenza, Riflessione e Affetti), attraverso il calcolo delle loro covarianze, che forniscono una stima di quanto i dizionari siano usati simultaneamente. Queste misure derivate sono molto interessanti perché – per quanto non permettano l'equazione correlazione = causazione – permettono tuttavia di valutare l'andamento della comunicazione a un livello più complesso indagando la relazione, la compresenza e lo *spot trend* della relazione di diverse variabili. Per fare un esempio, la covarianza Ref\_WRAD è una misura del livello con cui chi parla sta contemporaneamente usando parole a elevato contenuto emotivo/narrativo (raccontando per esempio il ricordo di un evento personale) e riflettendo sull'esperienza che racconta. In generale, il processo referenziale è indicato da un alto valore negativo di questa covarianza Ref\_WRAD nella produzione verbale del paziente. Ci si aspetta, poi, per esempio, che nella fase della simbolizzazione i valori WRAD siano elevati, mentre i Ref modesti, nella fase della riflessione, invece, alti valori Ref a bassi valori WRAD – che andranno a descrivere differenti covarianze.

Fatte queste premesse metodologiche, riportiamo di seguito i risultati ottenuti con questa elaborazione dei dati. Per chiarezza espositiva, scegliamo di riportare (A) prima la descrizione del *pathway* dei primi colloqui (B) poi quella dei colloqui di restituzione. In entrambi i casi procederemo a un'esposizione per *step*:

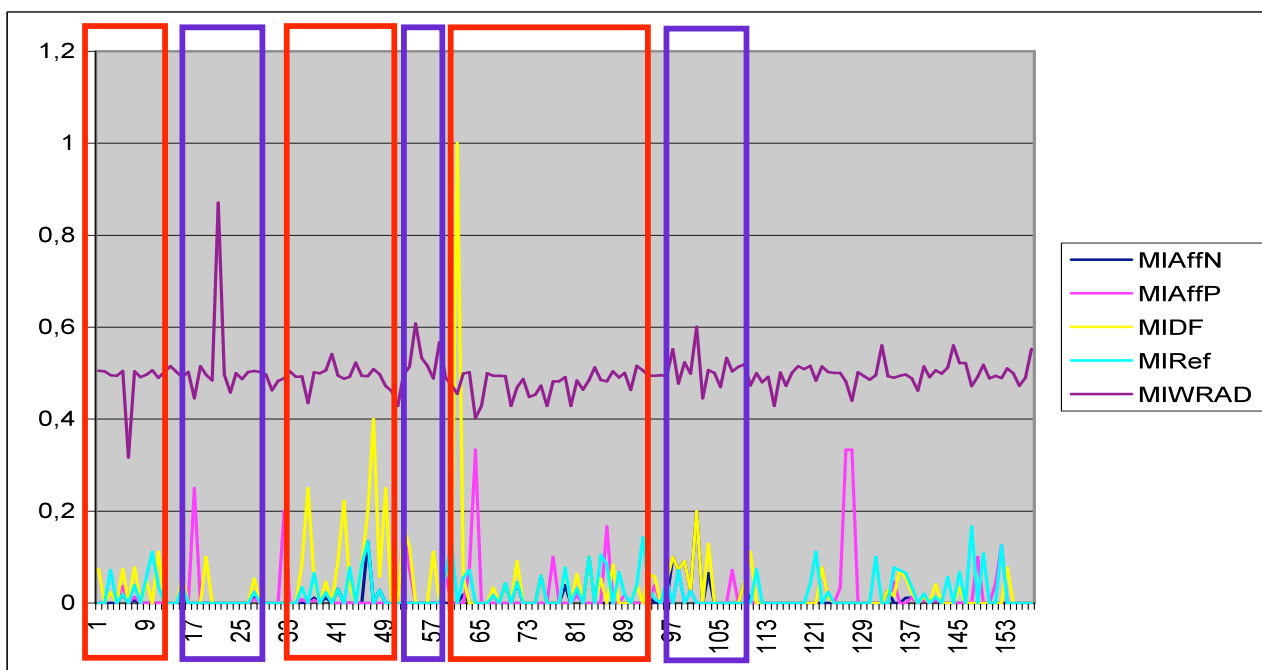
- formulazione e verifica delle ipotesi rispetto agli andamenti del ciclo attesi



- per ciascuna fase identificata, analisi delle singole variabili (RA, Ref, Aff, Dif) e delle loro covariazioni (andamento dei pattern di associazione).

PRIMI COLLOQUI. Come è possibile vedere nel grafico generale che disegna la funzione di densità

Fig. 1 – Pathway della comunicazione emotiva nei primi colloqui



è possibile identificare la presenza di diverse fasi specifiche e ricorsive che descrivono il ciclo referenziale nei primi colloqui del processo diagnostico. Considerati complessivamente, i primi colloqui sono caratterizzati da:

- una prima fase di attivazione subsimbolica (segnalata nella Fig. 1 dal riquadro rosso) spiegabile con una difficoltà del paziente a esprimere per mezzo di immagini e parole le emozioni e i problemi che lo portano in consultazione.

Il linguaggio è caratterizzato da Df alta, RA e Ref basse, è quindi generale, astratto e vago, a indicare ritiro e attivazione di difese – nel linguaggio di Bucci.

In un linguaggio clinico ipotizziamo che il paziente si trovi in una posizione di allarme. L'allarme del paziente può essere spiegato in relazione ad almeno tre situazioni: la prima ha a che fare con la paura e uno stato di tensione interna che si attiva ogni volta che ha la percezione di essere malato, la seconda è in relazione al trovarsi da uno psicologo che formulerà una diagnosi che lo spaventa nella misura in cui ha a che fare con il concetto/pregiudizio di 'pazzia', la terza è da mettere in relazione alla situazione clinica e al contatto con il clinico. Il clinico, infatti, mette in difficoltà il paziente tutte le volte che gli pone delle domande: compito del clinico è quello di esaminare gli elementi che il paziente porta in consultazione, esaminarli e inserirli in un processo logico che spesso è differente da quello che ha portato il paziente a farsi la propria autodiagnosi. Queste domande allora spesso implicano una riorganizzazione di materiale per il quale il paziente ha individuato dei nessi causali differenti e spesso disfunzionali, ma questo è un lavoro difficile perché implica una ristrutturazione degli schemi usati abitualmente per decifrare il proprio stare al mondo

- una seconda fase di simbolizzazione (segnalata nella Fig. 1 dal riquadro blu) che si attiva nel momento in cui il paziente descrive il suo sintomo, individua le proprie aree di difficoltà e, se riesce, le lega alla propria storia di vita (tentando di creare dei nessi causali).

C'è un aumento della RA perché diventa emotivamente immerso nel racconto e si 'perde' nelle parole sopraffatto dall'emozione: il paziente non riesce a organizzare il proprio racconto in quanto avverte sentimenti di colpa e vergogna e l'autoregolazione emotiva fallisce. La Df si abbassa e la Ref è pressoché assente.

Significa che il racconto è emotivamente pregnante e suscita stati emotivi forti, ma l'emozione che emerge è disregolata. Quando racconta, il paziente non è in grado di neutralizzare l'emozione che è fuori controllo, non è gestita né regolata e ha un effetto disorganizzante (fallimento della capacità di autoregolazione). Il clinico, dal canto suo, è in posizione di ascolto, non usa un linguaggio evocativo se si considera l'andamento generale della seduta, ma raggiunge dei singoli picchi molto alti nei punti importanti della seduta (RA del paziente maggiore di quella del clinico, ma MHWRAD più alto per il clinico). I suoi interventi sono circoscritti ma estremamente mirati nella misura in cui vanno a stimolare e istigare il paziente su temi emotivamente pregnanti per vedere se è in grado di trovare delle strategie autoregolate o al contrario se l'emozione continua a emergere come energia allo stato libero incontrollata

- manca la terza fase della riflessione, la ragione potrebbe essere rintracciata negli obiettivi specifici che si propongono questi colloqui. Nei primi colloqui il paziente è invitato a parlare di sé, a presentarsi, a descrivere i propri sintomi e problemi; il clinico raccoglie tutte queste informazioni 'spontanee' e ne elicit altre per approfondire temi che reputa salienti e per verificare le ipotesi diagnostiche volte a individuare gli organizzatori primari e secondari della patologia.

La RA del paziente non tende a decrescere, ma tende costantemente verso l'alto, diventando molto alta nelle interazioni finali del colloquio. Soltanto i valori di Df e Ref tendono a decrescere. L'andamento della RA del clinico, dopo un decremento iniziale (fase di ascolto) tende a innalzarsi lievemente appena prima che il paziente passi dalla prima alla seconda fase (il clinico incoraggia con successo il paziente circa le proprie capacità di raccontarsi), per poi tornare al basso livello precedente (fase di raccolta delle informazioni)

- le due fasi subsimbolica-simbolica tendono a ripetersi ricorsivamente per almeno 3 volte consecutive

l'ultima *trance* dei colloqui di solito non viene considerata perché ha scarso rilievo dal punto di vista clinico/contenutistico in quanto volta a spiegare al paziente le modalità in cui si svolgerà il lavoro diagnostico seguente. Questo andamento ricorsivo genera una catena di comunicazione che alterna i medesimi *pattern* linguistici e che trova la massima espressione e l'apice al centro del colloquio, intorno al turno conversazionale numero 60, per la fase di attivazione subsimbolica a seguito di una fase massimamente simbolica che si presenta, invece, all'inizio della seduta al turno conversazionale numero 20.

Questo dato in controtendenza rispetto a quanto trovato nei colloqui di terapia può essere spiegato in relazione alle differenze (di obiettivi e *setting*) dei contesti studiati. I colloqui diagnostici, infatti, sono caratterizzati da uno stato specifico di allarme ed emergenza/urgenza: il paziente ha deciso di rivolgersi a uno specialista perché il suo disturbo si trova in una fase 'acuta', in cui il malessere e il disagio sono elevati. A questo clima di fallimento dei processi di autoregolazione, si aggiunge il fatto che la situazione clinica è nuova e suscita facilmente una sensazione di estraneità nel paziente che prende le distanze sia dalla sua patologia sia dal clinico percepito come estraneo e sconosciuto. Nei colloqui terapeutici, invece, il rapporto con il clinico è consolidato e ridotta la sensazione di allarme e paura per la diagnosi, è già stato avviato un 'percorso' di crescita condiviso e i momenti di acuzie sono singoli e più circoscritti.

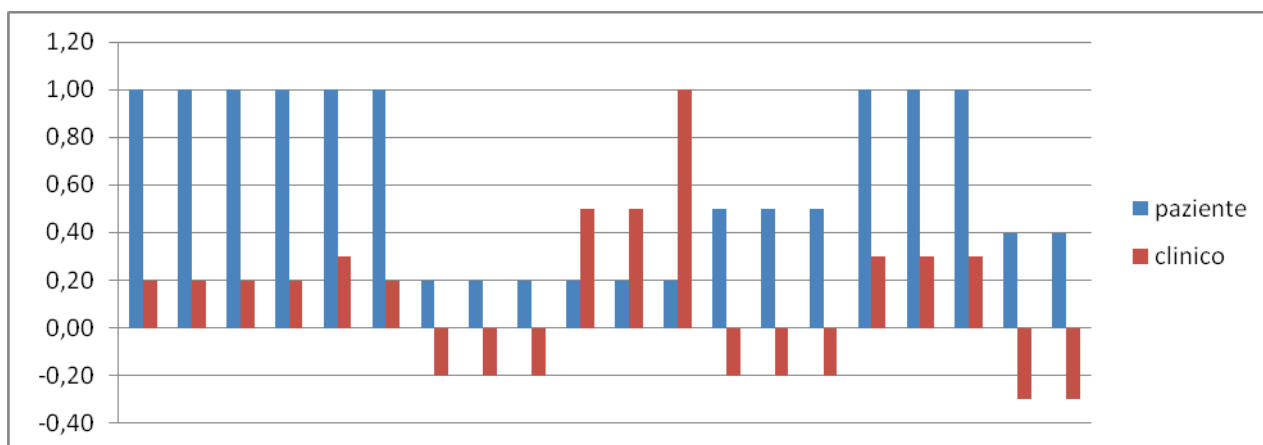
Sembrerebbe, quindi, che in questi primi colloqui, il processo inizi con una breve fase in cui si ha un'attivazione di un'emozione difficile da esprimere verbalmente, questa connessione con le parole, però, diventa possibile subito a partire dalla seconda fase – molto presto nel colloquio – in cui il paziente riesce a ingaggiarsi in racconti di immagini prototipiche e di episodi. Questi racconti di sé o di sé in relazione alle altre persone (che qualitativamente hanno tutte le caratteristiche degli Episodi Relazionali del CCRT di Luborsky) possono essere considerati metafore dello schema dell'emozione primario e compaiono molto presto: il paziente riesce ad accedervi in maniera diretta in relazione alle tecniche e all'assetto del clinico, nonché al particolare clima interpersonale. Purtroppo però, in questa tipologia di

colloqui, il paziente non è ancora in grado di far seguire a questa fase una di riflessione, comprensione e verifica dei significati dell'emozione attivata. È come se l'emozione fosse riconosciuta solamente a livello subsimbolico e non fosse possibile accedervi attraverso un'ulteriore elaborazione (se il paziente fosse già in grado di fare questo, non avrebbe bisogno del clinico o sarebbe un paziente mediamente sano). L'emozione c'è, è verbalizzata, ma non è riconosciuta: il paziente può descriverla, ma non è in grado di darle un nome, un contesto e un significato generalizzabile. Sicuramente non è in grado di comprenderne gli effetti su di sé e in relazione ai propri schemi di funzionamento.

Fatte queste premesse generali che descrivono l'andamento complessivo del processo referenziale, analizziamo più nello specifico l'andamento delle singole misure del processo referenziale e delle loro covariazioni trattando separatamente le due fasi identificate che ci permettono di segmentare il primo colloquio in due blocchi di comunicazione caratterizzati da specifici processi psicologici.

Analizzando la prima fase subsimbolica, possiamo innanzitutto analizzare la differenza tra la produzione verbale di clinico e di paziente a livello di percentuale di produzione linguistica.

Fig. 2 – Proporzioni di parlato espressi in termini di percentuale di produzione linguistica



Visivamente è subito la tendenza del paziente a tenere il turno conversazionale (GWordCtPz=1788 con GTurnPz=17, GWordCtCl=212 con GTurnCl=3).

Questo dato è confermato a livello quantitativo, abbiamo infatti una percentuale media di produzione linguistica del paziente pari a .57% (s=.35) e del clinico pari a .13% (s=.02). Il t-test per campioni appaiati prova una differenza statisticamente significativa per  $p < .0001$ .

Il risultato può essere spiegato dal fatto che il clinico utilizza interventi brevi e, in questo modo, testa il livello psicologico e le competenze di base del paziente per capire come relazionarsi a lui in modo da non essere percepito né come invasivo e lesivo dei confini né troppo distante o passivo. Il clinico sta a vedere come il paziente è in grado 'da solo' di portare del materiale e di presentarsi, dal canto suo il paziente dettaglia il proprio materiale e tende a parlare molto, anche se la qualità del materiale riportato è vaga e aspecifica. Il paziente parla perché 'quando si va dal dottore si deve parlare', perché sente che quel contesto è uno dei pochi in cui può dire come si sente senza paura del giudizio e della stigmatizzazione o anche per coprire l'imbarazzo o la paura – la qualità specifica delle emozioni richiederebbe un'analisi caso per caso – e comunque un'emozione negativa associata al disagio di sentirsi sopraffatti dalla propria malattia e senza alcuna risorsa per padroneggiarla.

Se analizziamo allora più nello specifico il *trend* e l'andamento delle singole variabili dei dizionari possiamo avere una serie di indicatori che ci forniscono informazioni rispetto allo stile linguistico dei due interlocutori. Partiamo dall'assunto

teorico – verificato (Rivolta, Mariani, Tagini, 2009) – che la qualità della narrazione può essere utilizzata come indicatore diagnostico dello stato mentale e di funzionamento del paziente, per cui una narrazione 'buona' dal punto di vista formale si caratterizza per la presenza di (A) alti livelli di fluttuazione di RA e Ref (B) alti livelli di covariazione RA\_Ref (C) livelli medio-bassi di affetti positivi e negativi; una 'cattiva' qualità narrativa, invece, si caratterizza per la presenza di (A) livelli costantemente alti di RA o sempre bassa o sempre alta (B) molte parole Ref associate alla presenza di alti livelli negli affetti negativi e somatici. A livello microanalitico, possiamo vedere che la qualità narrativa del paziente si caratterizza per le seguenti variabili: RA molto bassa, Df alta e Ref bassa. Sinteticamente, si può dire che la qualità linguistica del paziente riflette e mette in luce il livello della sua psicopatologia: questi pazienti, infatti, sono accumulati da un funzionamento di personalità (misurato sull'Asse M del PDM) caratterizzato da difficoltà nella variabile capacità di attenzione alle e regolazione delle emozioni. Possiamo leggere questi indicatori linguistici di cattiva narrazione alla luce di un problema con l'elaborazione linguistica degli stati affettivi, intesa come una cattiva capacità di elaborazione di segnali affettivi e sociali in cui la RA diventa l'espressione della perdita della calma, dell'attenzione e della memoria di ricordi nella misura in cui permette di elicitare *pattern* emotivi che risultano non integrati, poco compresi, dirompenti e disorganizzanti. In una parola, di un problema di cattiva autoregolazione emotiva: le variabili dei dizionari, infatti, se lette insieme, indicano una incapacità di tradurre in parole le emozioni, una sopraffazione e una invasione delle emozioni a livello presimbolico.

Se analizziamo analiticamente i dati che suffragano questo andamento, possiamo vedere che il nostro campione si caratterizza per le seguenti variabili:

- RA costantemente molto bassa con valori che variano tra .6 e .3 (*smoother lowess tension* .3). Questo *trend* riflette il senso della fase dell'attivazione subsimbolica, in cui c'è l'emergere di uno stato emotivo di particolare qualità e uno stato di forte allarme, i cui contenuti sono latenti

- Df alta con dei picchi che arrivano fino al valore di 1 a indicare una totale disorganizzazione e incapacità a scegliere un linguaggio preciso, articolato e pertinente rispetto al discorso. È come se il paziente fosse incapace di utilizzare il linguaggio in senso strumentale e comunicativo e utilizzasse delle parole 'a caso' senza preoccuparsi che il clinico possa comprendere davvero e appieno il senso e i fatti di quello che racconta. Il linguaggio diventa quindi astratto, generico, vago, impreciso e gergale perché il paziente è in difficoltà e non avendo buona padronanza delle emozioni che sono connesse al suo star male cerca di descrivere qualcosa che sfugge anche alle sue regole e che non è per lui prevedibile

- Ref bassa, se non addirittura completamente assente, a indicare un coinvolgimento emotivo non accompagnato da processi di riflessione e integrazione. Il paziente non è in grado di prestare un'attenzione focalizzata alle proprie emozioni, di sperimentarle e descriverle. L'emozione è presente solo a livello di attivazione viscerale, motoria e sensoriale (allarme), interessante sarebbe poter studiare le espressioni facciali, i movimenti corporei, la vocalizzazione e indicatori paralinguistici come pause e sequenze di intonazione di questa fase che sembra trovare una scarsa rappresentazione attraverso l'uso di descrittori linguistici

- la variabile Aff è un po' particolare perché si scompone in tre sottocategorie che permettono di rilevare la 'colorazione' positiva o negativa delle emozioni verbalizzate e di rilevare delle informazioni specifiche tipiche di un'incapacità a dare questa colorazione affettiva a emozioni che, non comprese, trovano un canale di espressione meramente corporeo e somatico. In questa fase di attivazione subsimbolica, emergono soprattutto AffP e sono pressoché assenti AffN. La spiegazione di questo *trend* ci sembra piuttosto intuitiva: il paziente cerca di presentarsi al clinico bonificando e minimizzando l'impatto emotivo degli episodi – si tratta più di un meccanismo di autoprotezione automatico, non mediato dalla razionalità e dal pensiero – e presentandosi in una luce non troppo negativa. Certamente poi non riesce a riportare e narrare fin da subito quello che è il nucleo problematico e il disturbo (inteso come evento, situazione, sentimento) che lo porta in consultazione. Da un'analisi qualitativa del contenuto, colloquio emerge che il paziente 'gira intorno' ai suoi problemi senza riconoscerli e saperli ancora nominare. Ma potrebbe anche essere che il paziente è in grado di descrivere solo stati affettivi positivi e non problematici perché questi non lo sopraffanno e non lo mettono in una condizione di disregolazione e perdita del 'controllo'.

Tab. 2 – Indici riassuntivi dei punteggi medi delle singole variabili della fase di attivazione subsimbolica per il paziente

| RA                | Df                 | Ref                | AffP              | AffN              | AffS          |
|-------------------|--------------------|--------------------|-------------------|-------------------|---------------|
| 0.498899145333154 | 0.9441834451901566 | 0.0036912751677852 | 0.169649515287099 | 0.007151379567487 | 0.36726323639 |

La qualità dello stile narrativo del clinico, invece, si caratterizza per un linguaggio vivido ed evocativo. Il clinico fin da subito sceglie di interagire col paziente usando uno stile 'attivo': fa domande, chiede, approfondisce temi, dirige l'attenzione. Il suo obiettivo è raccogliere gli indizi che il paziente fornisce e metterli insieme così da comprendere il quadro psicopatologico: per farlo spesso coglie frasi, definizioni, metafore del paziente, le fa proprie, le ripropone rielaborate e rimaneggiate e stimola il paziente per vedere come reagisce a una presentazione diretta e rivista del suo materiale (si disorganizza, si ritira, si allarma, l'emozione diventa allagante, ...). Gli alti valori di RA indicano che il clinico è in grado di 'agganciarsi' con le metafore emotive riportate dal paziente, farle proprie e riproporle per incoraggiare le connessioni emotive. Usa la mente in senso riflessivo ma sceglie di costruire un'alleanza con il paziente attraverso un canale emotivo (dato suggerito dagli alti valori di RA), per esempio, il riconoscimento.

Le variabili di Bucci, infatti, si distribuiscono in questo modo nel campione:

- RA costantemente alta, espressione di un linguaggio vivido ed evocativo. Da un confronto con la RA del paziente si evince che la RAcl è costantemente e significativamente sempre maggiore della RApz ( $t=3.077$  con  $gl=18$  sig=.006)
- Df molto bassa, ad indicare l'accuratezza e l'appropriatezza della padronanza linguistica
- Ref si attesta su livelli e punteggi medi
- Aff soprattutto di carattere positivo, ma la presenza di questi non è significativamente differente dalla presenza degli AffN ( $t=-.077$  con  $gl=29$  sig=.01).

Tab. 3 – Indici riassuntivi dei punteggi medi delle singole variabili della fase di attivazione subsimbolica per il clinico

| RA                | Df                 | Ref                | AffP               | AffN              | AffS         |
|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|--------------|
| 0.964357085647014 | 0.0033081761006289 | 0.1440251572327044 | 0.0125786163522013 | 0.000440251572327 | 0.0255974842 |

A livello macroanalitico, se studiamo i *pattern* di covariazione e associazione tra le variabili possiamo avere una rappresentazione fotografica dei processi affettivi e di pensiero che occorrono in questa fase e trovare quali sono i significati psicologici ad essi associati. Dall'analisi delle correlazioni tra la singole variabili dei dizionari emergono *trend* di questo tipo:

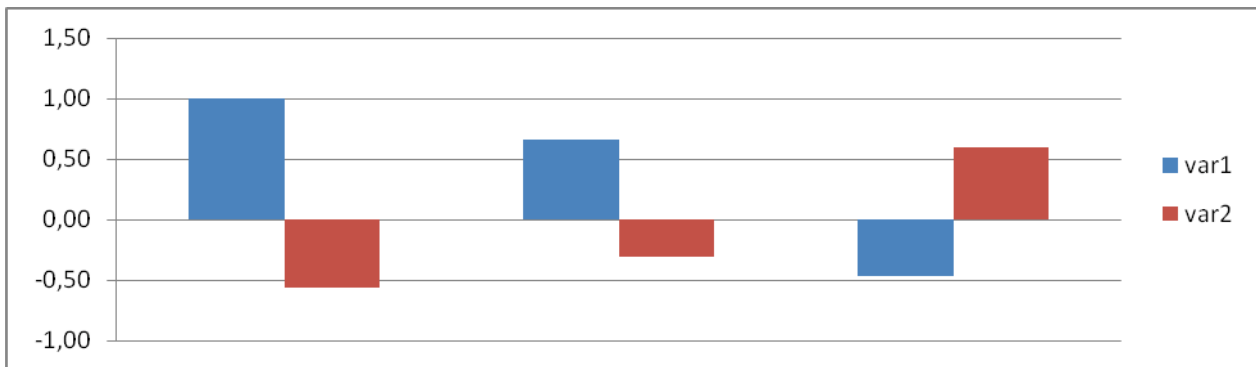
- quando il linguaggio è vago, impreciso e circostanziale non compaiono vocaboli come 'penso, rifletto, immagino che, questo significa che' e ugualmente le parole usate non evocano nell'ascoltatore significati affettivi perché sono concrete, poco dettagliate, aspecifiche e sfuocate nei contenuti

ci sono, infatti, covariazioni negative non statisticamente significative tra Df\_Ref (-.421 per  $p<.05$ ) e Df\_RA (-.538 per  $p<.05$ )

- l'aspetto interessante è una generale modalità narrativa del paziente allarmata nel tentativo di tenere sotto controllo emozioni mal regolate dal sistema autoregolatorio e la cui espressione è percepita come pericolosa

indicata dalla covariazione sempre di segno negativo tra Ref\_RA (-.457 per  $p<.01$ )

Fig. 3 – Rappresentazione grafica dei trend di covariazione Df\_Ref, Df\_RA e Ref\_RA



- per quanto concerne le variabili degli affetti si può dire che (A) il paziente fa un tentativo maldestro di autoregolazione permettendo solo l'emergere di emozioni positive che sa descrivere e riconosce come non destabilizzanti, mentre nega le emozioni di qualità negativa. In questo modo mette in atto manovre e tentativi di 'bonifica' della sua narrazione cercando di evitare l'emergere di schemi emotivi primitivi che, se dovessero emergere, darebbero la sensazione spiacevole e dolorosa di esserne in balia (B) ci sono pochissimi affetti Negativi, che compaiono solo quando il paziente allenta il controllo sugli aspetti emotivi e riesce a entrare in contatto con gli schemi emotivi dissociati. Ma si tratta di momenti brevissimi ed estremamente circoscritti (C) quando presenti, le parole Ref non sono associate a un vero processo di integrazione ed elaborazione degli schemi dell'emozione (se fosse così dovrebbe esserci un *pattern* caratterizzato da RA bassa e ugualmente Aff bassi, soprattutto quelli di segno positivo), si tratta ancora di una fase di allarme. Si tratta di un pattern di disassociazione tra stati di coscienza a livello della qualità dell'esperienza interna, tipico di soggetti caratterizzati da un senso di impoverimento, vuoto, incompletezza, scarsa autostima, cattiva rappresentazione di sé (AffN) e in cui manca una mentalità psicologica, per cui l'emozione disconnette (nella misura in cui modifica lo stato di coscienza del sé), non può essere elaborata riflessivamente e metabolizzata (*deficit* della funzione riflessiva e dell'*insight* emotivo). Questi soggetti usano le rappresentazioni e le idee in modo vago e concreto, senza capirne i significati e le ripercussioni sociali e interpersonali, non sanno elaborare i sentimenti in modo maturo, non li sanno nominare, riconoscere, comprendere e regolare, per questo tendono a trasformare il sentimento o in azioni o in stati somatici (AffS). Questo funzionamento però è altamente disfunzionale perché ostacola la capacità di usare le rappresentazioni interne per fare esperienza di un senso di sé e dell'altro stabile e realistico e porta a percepire il mondo in termini polarizzati (AffP versus AffN).

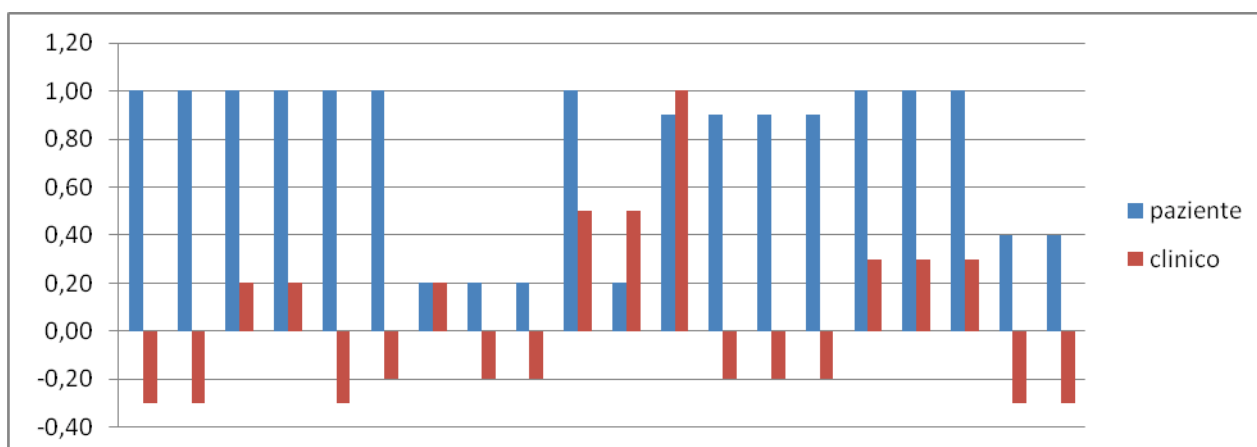
Si sono, infatti, trovate covariazioni inversamente proporzionali tra AffP\_RA (-.5188 per  $p < .05$ ), una covariazione direttamente proporzionale tra AffN\_RA (.4837 per  $p < .05$ ), una covariazione altamente positiva tra AffS\_Ref (.6437 per  $p < .05$ ).

Fig. 4 – Rappresentazione grafica dei trend di covariazione AffP\_RA, AffN\_RA e AffS\_Ref



Ripetiamo le medesime procedure di elaborazione dei dati prestando particolare attenzione alla seconda fase che compone il primo colloquio, la fase di simbolizzazione. Analizziamo innanzitutto la differenza tra la produzione verbale di clinico e di paziente a livello di percentuale di produzione linguistica.

Fig. 5 – Proporzioni di parlato espressi in termini di percentuale di produzione linguistica



Visivamente è evidente ancora la tendenza del paziente a tenere il turno conversazionale (GWordCtPz=1788 con GTurnPz=18, GWordCtCl=212 con GTurnCl=2).

Questo dato è confermato a livello quantitativo, abbiamo infatti una percentuale media di produzione linguistica del paziente pari a .74% (s=.56) e del clinico pari a .9% (s=.019). Il t-test per campioni appaiati prova una differenza statisticamente significativa per  $p < .0001$ .

Come nella prima fase di attivazione subsimbolica, è compito del paziente narrare e parlare, mentre il clinico si pone in una condizione di ascolto. Vedremo dall'analisi delle singole variabili che, se non c'è una differenza tra le due fasi in termini di quantità di parole, la loro qualità risulta invece molto diversa, infatti viene a specificarsi rispetto al grado di Concretezza, Rappresentazione mentale (il grado in cui il linguaggio evoca in chi ascolta l'esperienza corrispondente), Specificità (ancoraggio a descrizioni di persone, oggetti, luoghi, eventi, episodi relazionali) e Chiarezza. Il paziente parla riproponendo dei *link* e dei collegamenti tra situazioni ed emozioni che per lui sono chiari nella misura in cui sono l'esito della sua preesistente sistematizzazione del malessere, e riporta a livello linguistico non solo un ricordo ma anche l'affetto sperimentato allora e quello che attualmente evoca. Apre insomma una possibilità di riflessione e offre al clinico materiale sul quale si può lavorare, manifestando indirettamente le proprie credenze patogene/funzionali rispetto a sé e al mondo e palesando gli schemi di pensiero del suo funzionamento mentale e psicologico. Per il clinico

questo materiale è fondamentale perché è l'esito del processo logico di spiegazione e autodiagnosi del paziente, è come il paziente si spiega le ragioni e il funzionamento del proprio malessere. La modificazione, se necessaria, condivisa dell'autodiagnosi è il punto di partenza per l'alleanza di lavoro diagnostica.

Se analizziamo l'andamento delle singole variabili dei dizionari possiamo avere gli indicatori dei cambiamenti che già avvengono rispetto allo stile linguistico dei due interlocutori. La qualità narrativa del paziente si caratterizza per una insolita capacità di verbalizzare fatti ed emozioni (questo dato è molto interessante se si spiega in termini di episodi relazionali che presuppongono anche che ci sia nel paziente una consapevolezza di relazioni d'oggetto, la capacità quindi di vedere l'altro e di attribuirgli un ruolo). La cattiva autoregolazione del paziente si riduce, le emozioni dissociate perdono il loro *status* sopraffacente e disorganizzante e il paziente diventa così in grado di comunicare emozioni con un linguaggio più consono alle sue potenzialità metacomunicative. Infatti, inizia ad associare alle emozioni immagini o episodi che attivano nel clinico il medesimo affetto e trova agli affetti delle forme episodiche che li rendono dicibili attraverso la narrazione. Sebbene in questa fase il paziente non abbia ancora riconosciuto, in relazione all'organizzatore della sua patologia, il significato emotivo e cognitivo di questi episodi – e come abbiamo visto non sarà in grado di farlo per tutto il corso dei primi colloqui – cominciano ad affiorare episodi discreti che delimitano l'oggetto dei colloqui stessi: queste descrizioni rivelano gli schemi dell'emozione del paziente come esistono ora (nel momento presente) o dei loro aspetti periferici richiamati alla memoria. Il paziente non è, tuttavia, in grado di lavorare sui e modificare i propri schemi emotivi, non è ancora in grado di costruire con il clinico un nuovo modello di pensiero. Siamo nella fase in cui il paziente riesce ad avere la percezione delle sue emozioni, è in grado di parlare di quello che gli capita, sa tradurre il suo problema in forma verbale in un dominio non solo subsimbolico, ma anche simbolico. È la fase di 'preparazione' o 'acquisizione di conoscenza'. Il potere disorganizzante delle emozioni si è ridotto, la qualità degli affetti risulta meglio regolata, le emozioni negative iniziano a essere tollerate anche se rimangono ancora dissociate in quanto troppo dirompenti e disorganizzanti. Queste potranno emergere soltanto nel momento in cui si sarà creato un clima di sufficiente fiducia e si sarà ridotto l'allarme. La paura della gran parte dei pazienti con un funzionamento di personalità tale, infatti, è che se riportano affetti negativi non saranno accettati e accolti, saranno al contrario rifiutati o peggio ancora creeranno un senso di panico e disorientamento tale da destrutturare anche l'altro.

Se analizziamo analiticamente i dati possiamo vedere che il nostro campione si caratterizza per le seguenti variabili:

- incremento della RA che tende ad aumentare in maniera costante fino a raggiungere singoli picchi di .8
- Df si abbassa e non rappresenta più lo stile comunicazionale dominante. Il paziente diventa più preciso e sceglie accuratamente le parole che meglio descrivono situazioni e sensazioni
- Ref ancora molto bassa, a indicare un coinvolgimento emotivo non accompagnato da processi di riflessione e integrazione.
- emergono ancora soprattutto AffP, meno AffN.

Tab. 4 – Indici riassuntivi dei punteggi medi delle singole variabili della fase di attivazione simbolica per il paziente

| RA                | Df                 | Ref                | AffP               | AffN                | AffS       |
|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------------|------------|
| 0.697699132333113 | 0.0441834451901566 | 0.0376584638329605 | 0.1069649515287089 | 0.00697033212670203 | 0.03627632 |



La qualità dello stile narrativo del clinico, invece, è contraddistinta da pochi interventi, il clinico ascolta e ricorre a interventi di facilitazione. Il suo stile diventa neutro e assertivo: prende il materiale offerto dal paziente e cerca di risuonare con questo senza introdurre variazioni rispetto alle dimensioni riportate dal paziente, non si propone di modificarne gli schemi emotivi, li vuole comprendere, li vuole sentire su di sé per arrivare a una comprensione subsimbolica. Assume uno stile vivido solo nei momenti rilevanti del colloquio in cui cerca attivamente una sintonia con il paziente e diventa possibile – riducendo la sua sensazione di estraneità e/o di timore/allarme – procedere nell'esplorazione dello stato emotivo e, laddove possibile, ridurre la pervasività. Il clinico cerca di fare un passaggio ulteriore. Una volta che ha rilevato che il paziente è in grado di mantenere una sufficiente distanza dall'emozione in modo da poterne parlare senza diventare l'emozione stessa, cerca di valutare quale è lo spazio di libertà del soggetto o, se vogliamo, quale è il livello di ampiezza e di profondità della lesione che il paziente accusa e che è alla base dell'organizzatore psicopatologico. L'attenzione, allora, è focalizzata sull'indagare la capacità residua del paziente di affrontare variabili emotive in un contesto che è sufficientemente sicuro, in quanto è presente il clinico a garanzia.

Le variabili di Bucci, infatti, si distribuiscono in questo modo nel nostro campione:

- RA si attesta su livelli medi-alti, questo significa che il clinico non ricorre a un linguaggio evocativo se si considera l'andamento generale della seduta ma solo in alcuni momenti del colloquio particolarmente rilevanti si rilevano picchi molto alti (RA del paziente maggiore di quella del clinico, ma MHWRAD più alto per il clinico)
- Df bassa, indice dell'accuratezza e dell'appropriatezza della padronanza linguistica
- Ref inferiore a quella della fase precedente
- Aff soprattutto di carattere positivo, ma la presenza di questi non è significativamente differente dalla presenza degli AffN ( $t=-.057$  con  $gl=29$  sig=.01). Questa variabile, probabilmente, ha poco senso studiata nel clinico, perchè questi non può fare altro che riprendere la tonalità emotiva che il paziente è disposto a portare nel colloquio. Sarebbe interessante, invece, approfondire il concetto dell'effetto che la psicopatologia del paziente produce sul clinico.

Tab. 5 – Indici riassuntivi dei punteggi medi delle singole variabili della fase di attivazione simbolica per il clinico

| RA                | Df                 | Ref                | AffP                | AffN              | AffS        |
|-------------------|--------------------|--------------------|---------------------|-------------------|-------------|
| 0.598899145333154 | 0.0393081761006289 | 0.0440251572327044 | 0.00260999254287845 | 0.020440251572327 | 0.045597484 |

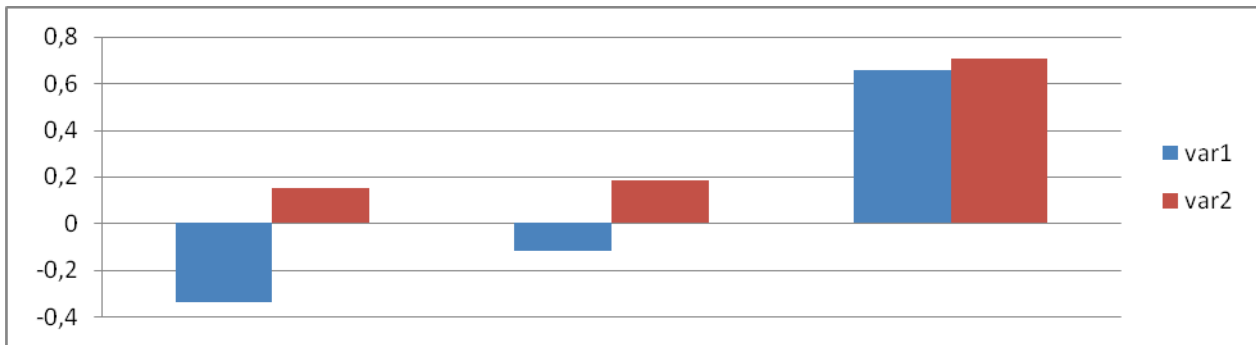
A livello macroanalitico, i *pattern* di covariazione indicano che:

- a una diminuzione della Df corrisponde un significativo aumento della capacità di usare parole che implicano una prima forma di riflessione *in nuce* e aumentano esponenzialmente le parole percepite dall'interlocutore come evocative di un affetto e di un ricordo pregnante

covariazioni inversamente proporzionali e statisticamente significative tra Df\_Ref (-.531 per  $p<.05$ ) e Df\_RA (-.654 per  $p<.05$ )

- un'inversione del *trend* di tendenza della covariazione tra Ref\_RA (.611 per  $p<.05$ ) che diventa direttamente proporzionale a indicare un primo comparire di quella che potrebbe essere definita la fase della riorganizzazione degli schemi disfunzionali in cui il paziente è in grado di creare un'associazione tra il materiale emotivo riportato e un suo significato più a lungo termine. Questo *pattern* segna frangenti in cui si riduce la difficoltà nell'integrare emozione e riflessione e il *pattern* di disconnessione a livello della capacità di riflettere (osservare e fare esperienza) su una gamma completa di sentimenti ed esperienze viene sostituito da un tentativo di riflettere nel presente ed esplorare avendo in mente una visione più a lungo termine del sé, dei propri valori e obiettivi

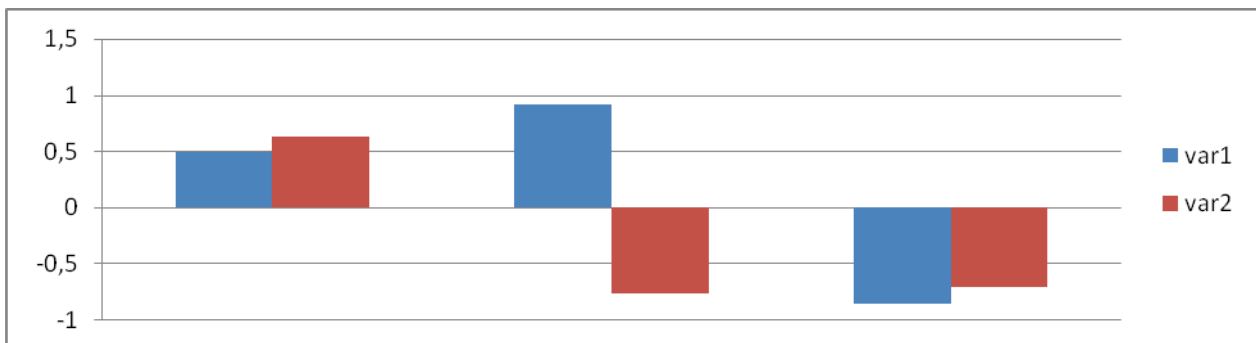
Fig. 6 – Rappresentazione grafica dei trend di covarianza Df\_Ref, Df\_RA e Ref\_RA



- per quanto concerne le variabili degli affetti si è trovato che il paziente è meno allarmato nella manifestazione delle sue emozioni, predominano infatti le emozioni negative – anche se questa predominanza non è statisticamente significativa ( $p < .001$ ) – associate a livelli di RA alti: l’attivazione emotiva non è coartata e anche i *pattern* emotivi disconnessi possono emergere senza che il paziente se ne senta sopraffatto. Il clinico riduce il senso di allarme del paziente che di conseguenza si sente più coeso (sé) e si riduce la pervasività dell’emozione, la competenza linguistica migliora e il paziente è in grado di riportare il dolore e l’affanno che lo tormentano senza risperimentare l’emozione originaria disorganizzante e ingestibile.

Si sono trovate covarianze direttamente proporzionali tra AffP\_RA (.1693 per  $p < .05$ ) e inversamente proporzionali tra AffN\_RA (-.2237 per  $p < .05$ ), rimane la covarianza positiva tra AffS\_Ref (.5207 per  $p < .05$ ), indicativa del fatto che, quando presenti, le parole Ref non sono associate a un vero processo di integrazione ed elaborazione degli schemi dell’emozione: il paziente ha solo compiuto un’associazione tra uno stato interno e il suo epifenomeno linguistico.

Fig. 7 – Rappresentazione grafica dei trend di covarianza AffP\_RA, AffN\_RA e AffS\_Ref



Identificate queste due fasi e attribuito loro un significato qualitativo a partire dalla metodologia classica proposta da Bucci, abbiamo deciso di provare a determinare se fosse possibile trovare delle differenze quantitative che ci permettessero di operationalizzare e generalizzare queste ipotesi. Abbiamo proceduto allora con una serie di statistiche in grado di rilevare se le differenze tra i valori degli indici nelle diverse fasi della segmentazione identificate (fase subsimbolica e fase simbolica) fossero significativamente differenti. Per rilevare similitudini e differenze abbiamo scelto di fare un t-test non parametrico per campioni appaiati (Wilcoxon test) per vedere se le differenze tra singole variabili e *pattern* di covarianza fossero quantitativamente differenti. Abbiamo ragione di credere che le differenze rilevate non siano solo qualitative, infatti abbiamo trovato questi *trend*.

Tab. 6 – Wilcoxon test su singole variabili

|      | Fase      | subsimbolica | Fase      | simbolica | Z      | p     |
|------|-----------|--------------|-----------|-----------|--------|-------|
|      | M         | DS           | M         | DS        |        |       |
| RA   | 0.7316288 | 0.2          | 0.8482991 | 0.3       | -.143* | .0332 |
| Df   | 0.4737458 | 0.4          | 0.0417458 | 0.3       | -.467* | .0500 |
| Ref  | 0.0738582 | 0.3          | 0.0408418 | 0.2       | .072   | .4715 |
| AffP | 0.0911141 | 0.5          | 0.0547875 | 0.4       | .045   | .4982 |
| AffN | 0.0037958 | 0.6          | 0.0137053 | 0.4       | .052   | .3987 |
| AffS | 0.1964304 | 0.6          | 0.0409369 | 0.7       | .123   | .2111 |

Ipotesi ad una coda, N-Ties=39, livello di significatività per  $p < .05$

Le variabili che hanno andamenti e medie significativamente differenti tra la prima fase subsimbolica e la seconda simbolica sono due: RA tende a diventare maggiore nella seconda fase e Dif a diminuire tanto che questo indice tende a 0 nella seconda fase. Questo è in linea con le ipotesi precedentemente fatte. Il valore di Ref è ugualmente basso in entrambe le fasi e ugualmente la manifestazione di AffP e AffN è bassa in entrambe le *trance*, gli AffS sembrano maggiormente rappresentati nella prima fase subsimbolica, ma questo dato non è supportato dall'analisi quantitativa.

Tab. 7 – Wilcoxon test su pattern di covariazione

|         | Fase                 | subsimbolica | Fase                 | simbolica | Z      | p     |
|---------|----------------------|--------------|----------------------|-----------|--------|-------|
|         | M                    | DS           | M                    | DS        |        |       |
| RA_Df   | -0.72907411318753    | 0.1          | -0.80731455825904    | 0.2       | .432   | .0765 |
| RA_Ref  | -0.77049191339016    | 0.2          | 0.36613495696857     | 0.5       | -.077* | .0555 |
| RA_Aff  | -0.150167771342892   | 0.4          | 0.121881484961339    | 0.2       | -.534* | .0212 |
| Df_Ref  | -0.00314521855081917 | 0.3          | -0.00315700703201203 | 0.3       | .432   | .4367 |
| Df_Aff  | -0.034252264364811   | 0.2          | 0.0900860787497879   | 0.1       | -.631  | .0499 |
| Ref_Aff | 0.825577350087646    | 0.7          | 0.924658407241362    | 0.3       | .078*  | .0516 |

Ipotesi ad una coda, N-Ties=39, livello di significatività per  $p < .05$

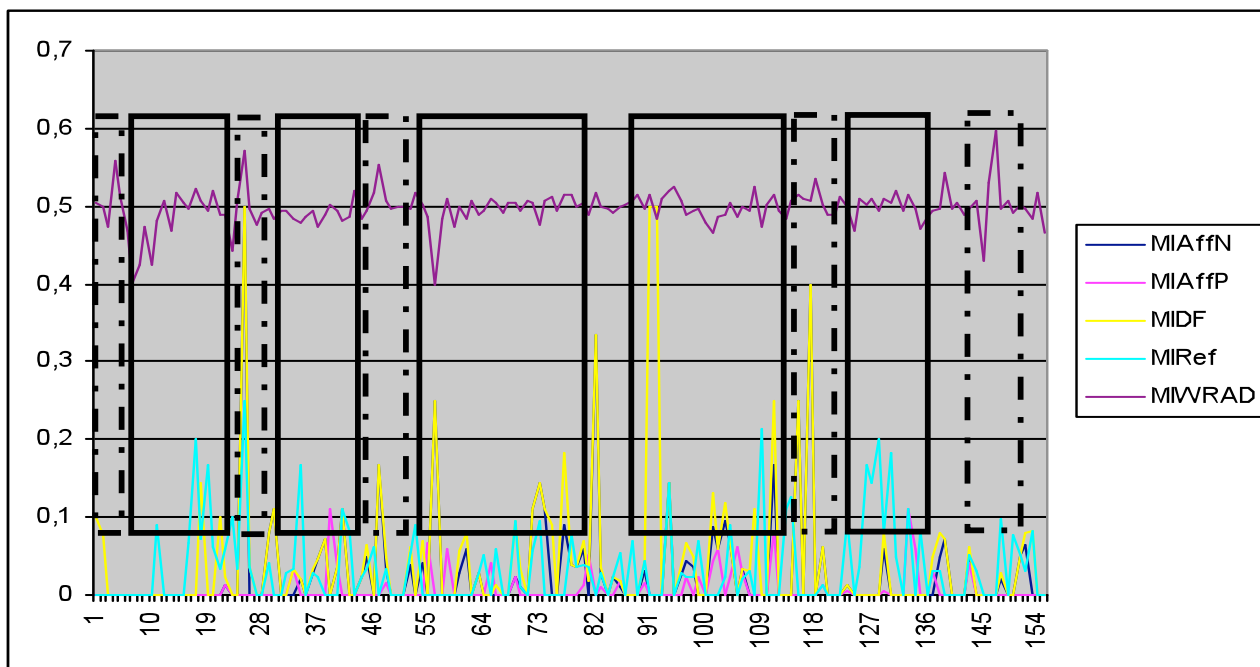
In linea con le ipotesi fatte, troviamo differenze statisticamente significative per quanto concerne le seguenti covariazioni:

- RA\_Ref passano da un rapporto inversamente proporzionale a uno direttamente proporzionale nella seconda fase in cui c'è un'attivazione emotiva più regolata e meno allarmata
- RA\_Aff seguono lo stesso *trend* della precedente covariazione. Se leggiamo questi due dati congiuntamente possiamo ipotizzare che la catena di eventi sia una catena di copresenza a tre: alta RA si associa nella seconda fase del colloquio ad alti Aff e alta Ref. È un momento estremamente importante del colloquio, perché a questo livello emergono i contenuti salienti e la modalità specifica con cui il paziente li affronta
- Ref\_Aff con correlazioni positive sia nella prima sia nella seconda fase, ma l'associazione diventa molto più forte nella seconda fase. Questo dato è in linea con l'ipotesi appena formulata per cui sembra che il collante che permette l'emergere dell'emozione non è tanto il racconto fattuale di un episodio o di un ricordo emotivamente significativo, ma il tentativo di leggerlo in chiave riflessiva attribuendogli una valenza e un significato personali.

Riassumendo, le conclusioni che possiamo sinteticamente trarre da questi ultimi dati vanno in due direzioni: (A) se analizziamo medie e deviazioni standard vediamo come, per tutte le misure indagate, i valori medi ottenuti per costruire l'andamento generale del primo colloquio cadono all'interno di 1 deviazione standard dalla media, questo significa che possiamo considerare il *trend* medio come estremamente rappresentativo di un campione più ampio e non un appiattimento del *trend* naturale di questi colloqui. Si può dire che l'andamento riscontrato può costituire una prima grezza rappresentazione di norme di riferimento per quanto concerne i primi colloqui clinici (B) abbiamo differenze statisticamente significative per 5 su 10 variabili considerate (se consideriamo la categoria Aff come unitaria), mancano delle indicazioni precise in letteratura, ma se aggiungiamo l'osservazione qualitativa per cui le differenze sono proprio a livello delle variabili che hanno maggiore peso psicologico nel differenziare tra fase subsimbolica e fase simbolica, ci sembra di poter concludere che abbiamo trovato un primo fondamento empirico per la segmentazione di queste fasi all'interno di questi colloqui. La segmentazione non è più soltanto a livello teorico e osservativo, ma trova un fondamento nella statistica. Naturalmente, nonostante questo risultato si riveli incoraggiante, non si possono ancora trarre conclusioni definitive e un'analisi di questo tipo ha senso in contesti del tutto particolari – nella clinica l'analisi qualitativa del singolo caso rimane imprescindibile.

COLLOQUI DI RESTITUZIONE. Come è possibile vedere nel grafico generale che disegna la funzione di densità

Fig. 8 – Pathway della comunicazione emotiva nei primi colloqui



nei colloqui di restituzione non è possibile identificare le tre fasi del ciclo referenziale, ma un'unica fase di riflessione caratterizzata da un andamento pressoché costante dei valori di RA che si attestano intorno a punteggi medi-neutri (.5 se si escludono singoli picchi estremamente positivi) e riflettono un linguaggio poco evocativo, astratto e vago. Questo perché nel corso del colloquio di restituzione cambia l'assetto e il lavoro clinico in quanto alcuni elementi sul funzionamento del paziente sono già emersi e a questi si possono aggiungere ulteriori dati, che sono di due tipi: da una parte, il clinico restituisce al paziente quello che ha rilevato – altrimenti detto gli propone il suo materiale ma con una diversa organizzazione – dall'altra parte, c'è ancora una fase esplorativa specifica legata alla verifica delle ipotesi

diagnostiche. In realtà, a ben osservare, si può identificare un andamento ciclico anche in questi colloqui, in cui vediamo l'alternarsi di due fasi che potremmo descrivere come due diverse sfumature della fase di riflessione:

- potremmo definire la prima fase come una fase di incubazione che precede e prepara il terreno all'illuminazione (segnalata nella Fig. 8 dal riquadro nero tratteggiato).

Questa fase ha delle caratteristiche simili alla fase di attivazione simbolica, infatti, abbiamo alti livelli di RA, associati però a livelli di Ref medio-alti e alla presenza di segnali marcati di Aff negativi e somatici.

Questo *pattern* di indicatori linguistici è percepito dal clinico come disfunzionale ai fini comunicativi perché indicativo di un *pattern* di disconnessione/dissociazione e di un tentativo di razionalizzare con apparenti contenuti coerenti (alta Ref) elementi di forte attivazione emozionale (RA). Questo *pattern* viene interpretato come un indicatore di cattiva narrazione ed elaborazione linguistica: il paziente non riesce a elaborare i segnali affettivi e sociali, la RA diventa l'espressione di una cattiva autoregolazione in cui il paziente non sa gestire l'emozione e se ne lascia travolgere identificandosi nell'emozione e perdendo le distanze da essa (nonostante la presenza di Ref, e a causa dei valori alti di AffN e AffS). Non si tratta di una capacità di tradurre in parole le emozioni, ma di una sopraffazione e una invasione delle emozioni nelle parole: di uno stato di disassociazione dei livelli di coscienza e di perdita della continuità del sè. Gli alti valori di AffS, infatti, indicano che i pazienti non sanno usare il canale linguistico né tanto meno quello mentale in senso conscio per elaborare e regolare le emozioni, devono ricorrere a un canale che è più facile, immediato e meno controllato dalla consapevolezza – per certi versi subsimbolico – che è quello della scarica somatica: l'affetto è trasformato in scarica somatica, il corpo prende il sopravvento. Questa fase, che si verifica senza controllo intenzionale, è una fase quindi di disassociazione e disorganizzazione del materiale emotivo che può essere riconosciuto solo a livello somatico: è come se il paziente dovesse spostare l'attenzione dal problema verso altre domande o ricerche, tuttavia il processore subsimbolico e simbolico sono ormai attivi e iniziano a seguire le loro connessioni. Questa fase segna quello che Bucci definisce il fenomeno dell'illuminazione che è il preambolo alla costruzione di nuove associazioni, categorie e dimensioni. Sono gli stadi in cui viene prodotta un'esplorazione interattiva dell'implicazione della categorizzazione (avvenuta nella fase della simbolizzazione dei primi colloqui) e si prepara il terreno per l'emergere degli schemi emotivi disfunzionali e della possibilità di lavorare su di essi

- potremmo definire la seconda come la fase di riflessione vera e propria (segnalata nella Fig. 8 dal riquadro nero continuo).

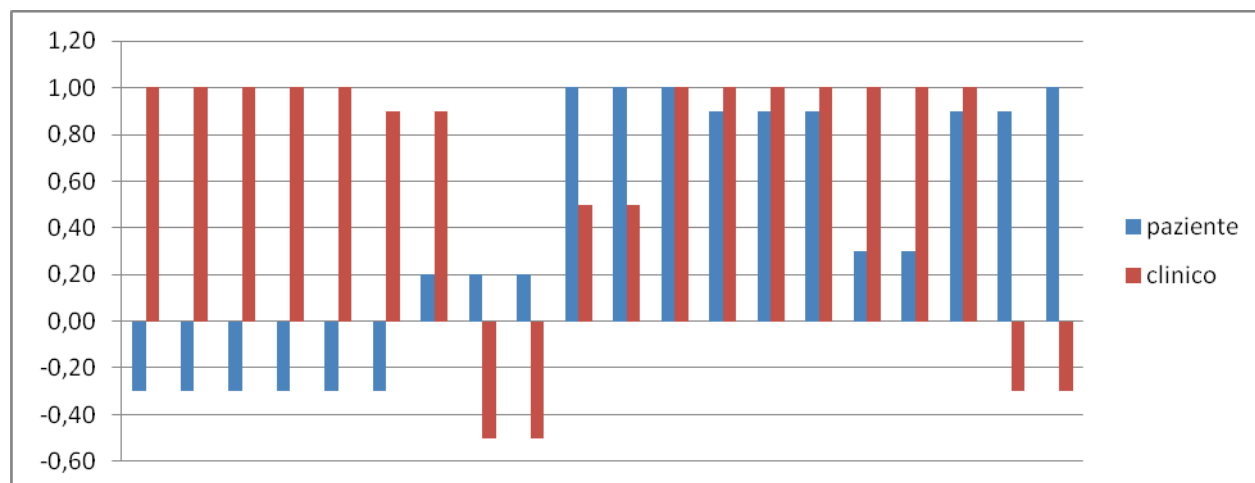
In seguito all'emergere dello schema emotivo disassociato e quindi disfunzionale (nella misura in cui impedisce ai vari elementi che interagiscono a livello psichico di lavorare insieme) e alla sua manifestazione inconscia in forma verbale abbiamo finalmente un *pattern* linguistico caratterizzato da alta Ref, alta Df con un abbassamento di RA e Aff (su tutte le dimensioni).

Questo significa che il paziente, grazie alla presenza calmante ed eteroregolatoria del clinico, riesce a guardare i dati con maggiore distacco senza essere sopraffatto dall'emozione, li precisa, li sviluppa e li utilizza, arrivando a una fase di comprensione e verifica delle ipotesi diagnostiche. Compatibilmente con il livello della sua patologia e con la qualità delle sue risorse pre-morbuse, il paziente recupera una posizione di maggior distacco emotivo (RA bassa) e riesce a usare la testa, attivando un processo psicologico che teoricamente è affine a quello dell'*insight* emotivo e dell'attivazione di una funzione riflessiva

- infine si definisce la ricorsività del ciclo che segna l'alternarsi tra emozioni così intense da essere pervasive e disorganizzanti e la possibilità, invece, di riflettere sul materiale ed esplorarne le implicazioni fino ad approssimarsi al nocciolo disfunzionale per modificarlo. Quando l'emozione può essere detta, denominata, riconosciuta e categorizzata, allora il sistema verbale – in particolare il codice logico condiviso e il punto di vista delle altre persone – può entrare in funzione per riparare l'emozione che era stata difensiva dissociata.

Fatte queste premesse generali che descrivono l'andamento complessivo del processo referenziale, analizziamo la differenza tra la produzione verbale di clinico e di paziente a livello di percentuale di produzione linguistica.

Fig. 9 – Proporzioni di parlato espressi in termini di percentuale di produzione linguistica



Visivamente è evidente un'inversione rispetto al *trend* dei primi colloqui in cui il paziente parlava molto e il clinico si attestava su una fase di ascolto più passiva. Qui vediamo come la produzione linguistica del paziente è molto alta (GWordCtPz=2385 con GTurnPz=13) soprattutto nelle parti centrale e finale del colloquio, mentre il clinico parla molto e sempre (GWordCtCl=2123 con GTurnCl=16): in questa fase, infatti, cerca di comprendere quello che succede, quindi ha bisogno di raccogliere dati che gli permettano di fare un'indagine psicopatologica del disturbo del paziente e deve fare molte domande per indagare gli aspetti salienti del problema. Qualitativamente, in questi colloqui lo scambio conversazionale è molto serrato: il clinico pone domande, aspetta le risposte del paziente che denotano ancora uno stato sottostante di allarme, ritiro e paura – il paziente è in difficoltà perché si sente smascherato e il clinico va a centrare il nocciolo del problema – quindi il dialogo si fa interattivo, il clinico formula ipotesi, il paziente risponde e risuona con queste aggiungendo dettagli, dicendo in cosa si identifica e cosa è corretto e cosa non riconosce.

A livello quantitativo, la percentuale media di produzione linguistica di paziente e del clinico è pari rispettivamente a .64% ( $s=.41$ ) e .77% ( $s=.62$ ) e il t-test per campioni appaiati non rileva differenze statisticamente significative per  $p<.0001$ .

Il risultato può essere spiegato dal fatto che gli obiettivi di clinico e paziente in questa tipologia di colloqui sono molto differenti da quelli dei primi colloqui: l'obiettivo è fare al paziente domande per falsificare le ipotesi cliniche, testare con il paziente (a livello interattivo e interpersonale) le ipotesi diagnostiche, trovare gli organizzatori patologici e, se possibile, arrivare a una diagnosi condivisa. Il clinico deve spiegare al paziente il suo funzionamento e il paziente deve dare al clinico un *feedback*: la diagnosi è esatta, la riconosce e può essere condivisa? Risposte affermativo a questi quesiti pongono le basi per la strutturazione dell'alleanza diagnostica.

Analizziamo ora più nello specifico l'andamento delle singole misure del processo referenziale e delle loro covariazioni.

A livello microanalitico, possiamo vedere che la qualità narrativa del paziente nella prima fase identificata, che abbiamo definito di incubazione, si caratterizza per l'emergere degli schemi emotivi disfunzionali dissociati che si basano su un cambiamento dello stato di coscienza: la persona è attivata emotivamente, ma non capisce che cosa prova e verso chi lo prova (emozione desimbolizzata). Il contenuto emotivo è latente, ma riconoscibile è la connotazione di allarme associata alla narrazione disorganizzata di fatti ed eventi. Si tratta di uno stadio intermedio, per così dire, del lavoro dialogico clinico/paziente in cui i contenuti emotivi sono tradotti in parole e in una forma

verbale più concreta anche se incongrua e difficile da comprendere. Questo tentativo di messa in parole e comprensione dello stato di allarme non è associato a una fase di vera comprensione del materiale e del significato delle emozioni percepite, ma soltanto un tentativo di fornire a percezioni e sensazioni pervasive e incomprensibili una diversa formulazione con componenti più concrete, meno inusuali che permette una primitiva rappresentazione dell'affetto che tende a essere di qualità negativa e somatica. Il vedere che il clinico affronta le emozioni senza paure permette al paziente di ridurre l'operazione di bonifica, che peraltro è molto vicina al processo di rimozione o di negazione, e quindi di portare anche stati d'animo contrapposti, senza doverli necessariamente integrare: il paziente non impedisce più l'emergere di tutte le sfumature emotive, ma può emergere l'aspetto disfunzionale o disorganizzante dell'emozione. Il paziente sente di poter dire tutto ciò che prova, anche se non sempre è in grado di rilevare i possibili nessi logici. È in grado di portare del materiale che non è sempre organizzato e lo esprime avvalendosi di un canale linguistico (AffN) e uno somatico (AffS) nella misura in cui la descrizione degli stati d'animo passa soprattutto attraverso la descrizione delle sensazioni e dei correlati fisiologici quali ansia, depressione, concitazione, ritiro. Si tratta comunque di una prima rudimentale forma comunicativa che permettendo la condivisione interpersonale e segna il passo per un'ulteriore comprensione di livello più evoluto.

Se analizziamo analiticamente i dati possiamo vedere che il nostro campione si caratterizza per le seguenti variabili:

- RA alta con valori che variano tra .55 e .6 (smoother lowess tensione .3)
- Df alta con dei picchi che arrivano fino al valore di 1
- Ref medio-alta
- emergono soprattutto AffN e AffS, in linea con quanto detto sopra si tratta di un fenomeno che questa volta ha una valenza molto positiva.

Tab. 8 – Indici riassuntivi dei punteggi medi delle singole variabili della fase di incubazione per il paziente

| RA               | Df                 | Ref                | AffP               | AffN               | AffS               |
|------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 0.49951333870542 | 0.8117154811715504 | 0.4058577405857745 | 0.0142259414225941 | 0.8410041841004201 | 0.5418410041841004 |

La qualità dell'interazione del clinico, invece, si caratterizza per un linguaggio vivido ed evocativo. Il clinico cerca la via più rapida per esplicitare l'emozione, di conseguenza spesso usa frasi diverse e ricorre anche a immagini evocate dal paziente, quali, ad esempio, 'ho un frullio di ali nello stomaco'. In questo modo, il clinico cerca una modalità linguistica nuova per restituire al paziente il materiale da lui portato in una forma nuova che segue nuovi percorsi di ragionamento logico che risultino meno disfunzionali e permettano una migliore regolazione dell'emozione. Il clinico usa la mente in senso riflessivo e metacognitivo. I contenuti che propone sono l'esito del processo di ragionamento clinico e riflettono non la volontà di riportare dati e fatti scoperti, quanto quella di costruire una rappresentazione prototipica del funzionamento del paziente. È come se il clinico presentasse al paziente una persona descrivendone pensieri, emozioni, modalità di stare al mondo, credenze e nel farlo collega tra loro fatti, crea ponti tra emozioni ed eventi, crea catene logiche di significati, definisce cause ed effetti. Il tutto però formulato non come dato di fatto ('tu sei questo'), ma formulato in forma ipotetica ('se io ti dico che penso che tu funzioni in questo modo, tu ti ci ritrovi? È corretto dire che hai provato questo ... e quindi ...').

Le variabili identificate nel nostro campione, infatti, sono:

- RA medio-alta
- Df bassa, a indicare l'accuratezza e l'appropriatezza della padronanza linguistica tecnica del clinico

- Ref si attesta su punteggi molto alti.

Tab. 9 – Indici riassuntivi dei punteggi medi delle singole variabili della fase di incubazione per il clinico

| RA                | Df                 | Ref                | AffP                | AffN               | AffS              |
|-------------------|--------------------|--------------------|---------------------|--------------------|-------------------|
| 0.500492084167792 | 0.0413793103448276 | 0.7324137931034483 | 0.00689655172413793 | 0.0262068965517241 | 0.043448275862069 |

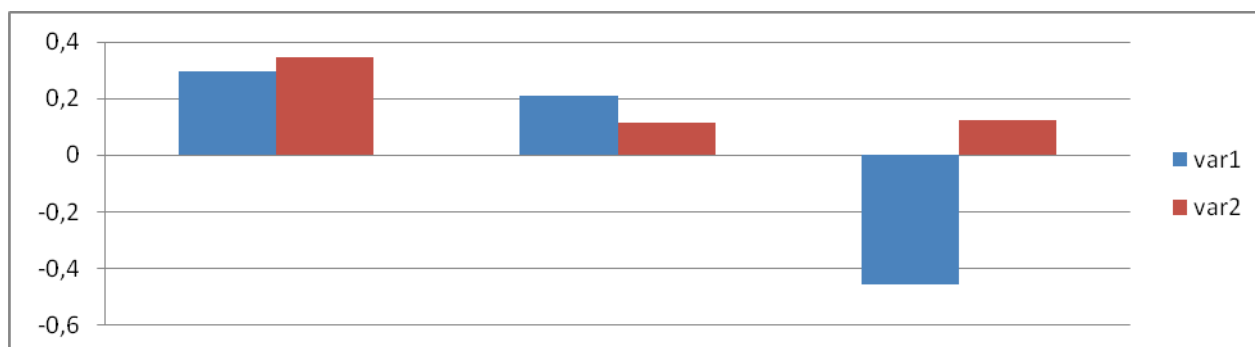
A livello macroanalitico, dall'analisi dei *pattern* di covariazione tra le singole variabili dei dizionari indicano che, a fronte della presenza di emozioni (abbiamo visto di qualità negativa e somatica), il paziente mette in campo difese distanzianti ricorrendo a una modalità astratta (razionalizzata) che impedisce di cogliere il livello specifico dell'emozione stessa, ma funziona nella misura in cui l'emozione diventa gestibile. Questo livello è poco utile e scarsamente funzionale rispetto a un progetto di tipo evolutivo, ma spesso molto funzionale se si considera la riduzione immediata del disagio psichico, che è di solito l'obiettivo primario che i pazienti si pongono.

Emergono infatti *trend* di questo tipo:

- covariazioni positive non statisticamente significative tra RA\_Df (.571 per  $p < .05$ ) e RA\_Aff (.122 per  $p < .05$ ), significa che l'andamento di RA è direttamente proporzionale alla presenza di Df, Ref e Aff. Se la prima associazione è facilmente spiegabile come un *pattern* di confusione emotiva, la seconda associazione è più difficilmente spiegabile senza far ricorso al concetto di dissociazione e disconnessione come inteso da Bucci per cui l'*arousal* subsimbolico del paziente è attivo a livello viscerale e somatico, ma il pensiero è contorto e l'affetto non regolato

- l'aspetto interessante è la covariazione di segno negativo tra RA\_Ref (-.338 per  $p < .01$ )

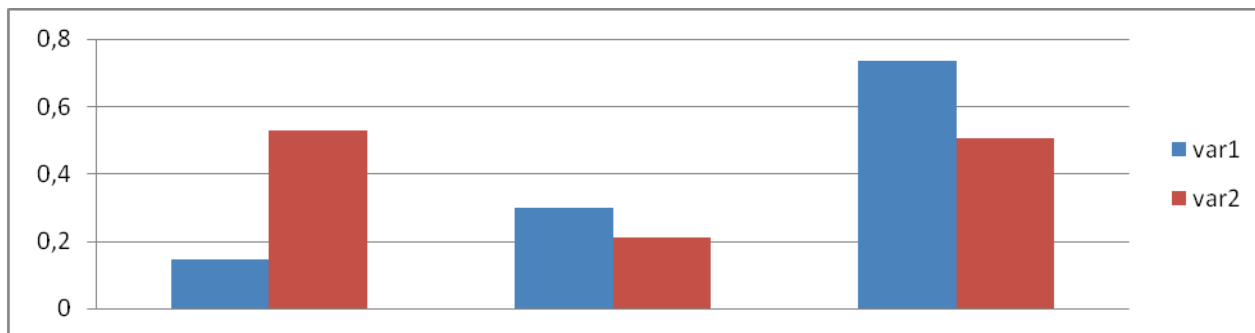
Fig. 10 – Rappresentazione grafica dei trend di covariazione RA\_Df, RA\_Aff e RA\_Ref



Questo dato è interessante se letto in relazione al rapporto tra Ref\_Aff (.874 per  $p < .05$ ) e a quello tra Df\_Ref (.131 per  $p < .05$ ) e Df\_Aff (.271 per  $p < .05$ ) direttamente proporzionali. I *pattern* di associazione sembrano indicare che all'incremento di una variabile corrisponde sempre l'incremento dell'altra. Il significato è indicativo di un *pattern* di disconnessione e disassociazione delle emozioni. Questa fase segna la presenza di uno schema disfunzionale nella comunicazione, schema che nelle fasi precedenti compariva solo a livello subsimbolico: la sua verbalizzazione riduce le competenze e la qualità linguistica del paziente.



Fig. 11 – Rappresentazione grafica dei trend di covariazione Ref\_Aff, Df\_Ref e Df\_Aff



Ripetiamo le medesime procedure di elaborazione dei dati prestando attenzione ora alla seconda fase che compone i colloqui di restituzione, la fase di riflessione vera e propria. La qualità narrativa del paziente si caratterizza per la comparsa dei primi schemi emozionali disassociati che vengono comunicati ricorrendo a una modalità narrativa in cui prevale la tendenza a mantenere la distanza dal contenuto emotivo: il paziente parla molto rapidamente, non pone attenzione alla ricerca della parola che meglio esprime ciò che vuole dire. Predomina una forte attivazione emotiva pervasiva e si definisce il contenuto simbolico dell'emozione, attraverso una crescita lineare RA e una parallela integrazione tra parole Ref e Df, che indicano una modalità narrativa più coerente e messa in relazione al proprio vissuto emozionale. Significa che il contenuto emozionale dissociato dallo schema emotivo rappresentato è descritto e proposto nella 'interazione con il clinico'. Inizia la fase narrativa e trasformativa vera e propria in cui è possibile adoperarsi al fine di considerare la specificità degli schemi emozionali e di individuare un possibile *link* con l'organizzatore psicopatologico. La verbalizzazione e la connessione a chi ascolta (contesto interpersonale\relazionale condiviso) permettono di esaminare il materiale narrativo e di raggiungere una consapevolezza e un cambiamento negli schemi emotivi disfunzionali attraverso una riorganizzazione e ridefinizione degli schemi della memoria autobiografica (la persona usa il linguaggio per regolare le emozioni). L'emozione diventa l'oggetto di lavoro. Prima l'emozione era un possibile oggetto di lavoro solo per il clinico, ora diventa un oggetto di lavoro anche per il paziente. L'emozione, può essere regolata. Questa potrebbe essere considerata una fase indicativa di autoconsapevolezza e cognizione, infatti se Df fosse ancora bassa saremmo in presenza di un eloquio disfluente che indica che viene riproposto materiale non *fresh* in cui l'*insight* non è immediato.

Nel nostro campione abbiamo trovato:

- abbassamento significativo della RA che tende ad attestarsi su valori pari a .4. Si può osservare anche in questo caso un leggero *trend* ricorsivo per cui la RA del paziente, inizialmente neutra-alta, si stabilizza su livelli più bassi e tende a decrescere (*trend* in diminuzione costante statisticamente significativo), in associazione a singoli picchi negativi associati a Ref sopra 1 deviazione standard dalla media e Df alta. In altri termini possiamo ipotizzare che segua una modalità predefinita, che è contraddistinta da fluttuazione RA e repentino aumento Df
- Df rimane alta, il linguaggio generico e astratto, con molte pause, è indice del tentativo del paziente di riorganizzare cercando nuove vie di accesso alla situazione problematica.
- Ref cresce: la Ref è alta e associata a RA bassa e Df abbastanza alta
- diminuzione della presenza di Aff in tutte le sfumature (positive, negative e somatiche).

Tab. 10 – Indici riassuntivi dei punteggi medi delle singole variabili della fase di riflessione per il paziente

| RA                  | Df                 | Ref              | AffP               | AffN               | AffS        |
|---------------------|--------------------|------------------|--------------------|--------------------|-------------|
| 0.39831920538999455 | 0.5781144548117155 | 0.49951333870542 | 0.0142259414225941 | 0.0184100418410042 | 0.041841004 |

La qualità dello stile narrativo del clinico, invece, si caratterizza per una grande vividezza immaginativa ed emotiva. Si potrebbe ipotizzare, che il clinico incrementa la propria attività referenziale nel tentativo di sostenere il paziente non solo da un punto di vista razionale e riflessivo, ma anche sintonizzandosi al suo livello emotivo. Il clinico alterna un linguaggio affettivizzato a uno riflessivo a indicare un processo di tentata integrazione delle emozioni dissociate, che comporta sia una comprensione, non in senso astratto, ma in relazione alla psicopatologia di quel determinato paziente, sia – e questo avviene in contemporanea – una mentalizzazione delle stesse. Il clinico spinge il paziente a lavorare riflessivamente con lui: si potrebbe parlare di ricerca della sintonizzazione tra loro e di una nascente capacità del paziente di stare all'interno di questa sintonia senza essere sopraffatto dall'allarme.

Le variabili seguono questo *trend*:

- la RA del clinico sembra descrivere due cicli in cui tende a far innalzare la propria attività referenziale sin dall'inizio, per raggiungere il punto più alto del primo ciclo prima della metà del colloquio. Successivamente decresce, per poi aprire un secondo ciclo che arriva sino alla fine della seduta: la RA del clinico, quindi, è maggiore di quella del paziente e costantemente alta
- Df cresce, perché anche il clinico deve formulare ipotesi cliniche, che deve poi falsificare e diventa più difficile integrare velocemente i dati acquisiti con le nuove informazioni proposte dal paziente
- innalzamento dei valori di Ref I valori di Ref del paziente e Ref del clinico sono entrambi costantemente alti (c=.465774 pz=.412243).

Tab. 11 – Indici riassuntivi dei punteggi medi delle singole variabili della fase di riflessione per il clinico

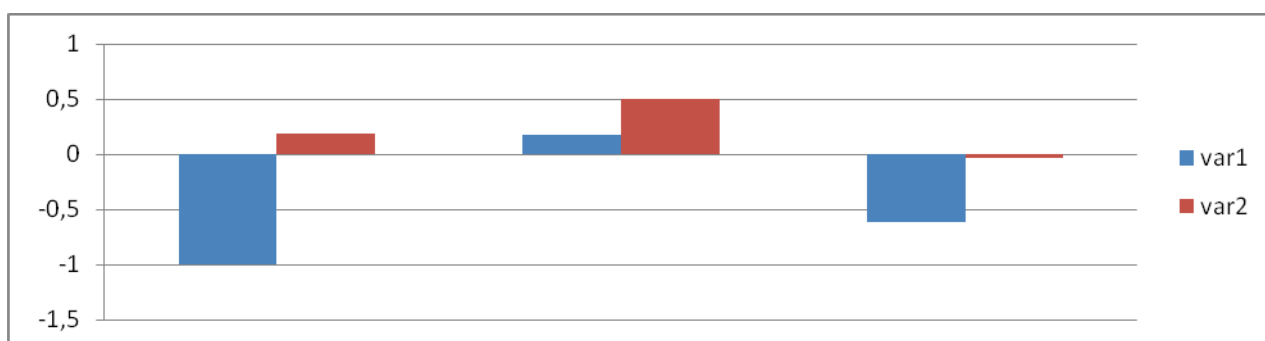
| RA                | Df                 | Ref                | AffP                | AffN               | AffS              |
|-------------------|--------------------|--------------------|---------------------|--------------------|-------------------|
| 0.500492084167792 | 0.1413793103448276 | 0.4122431572327044 | 0.00689655172413793 | 0.0262068965517241 | 0.043448275862069 |

A livello macroanalitico, i *pattern* di covariazione indicano che nel paziente, il *pattern* di *arousal* e allarme è inversamente proporzionale a periodi di riflessione – questo è il senso della fase di riflessione vera e propria in cui la riduzione della pervasività delle emozioni permette la loro associazione a elementi di realtà e di racconto concreti (episodi relazionali) e quindi le emozioni possono essere interpretate e decodificate. Lo schema dell'emozione non è più dissociato, ma arriva a descrivere un evento prototipico associato, evocando sentimenti simili in chi ascolta senza che però l'emozione sia dis o mal regolata. Tramite la verbalizzazione dell'episodio, l'elaborazione di connessioni e l'associazione all'interno del suo sistema verbale, nonché la connessione al clinico che ascolta, l'emozione può essere esplicitamente identificata e si può comprendere il motivo di quella emozione, aumentando la possibilità di nuove comprensioni.

Le covariazioni sono caratterizzate da:

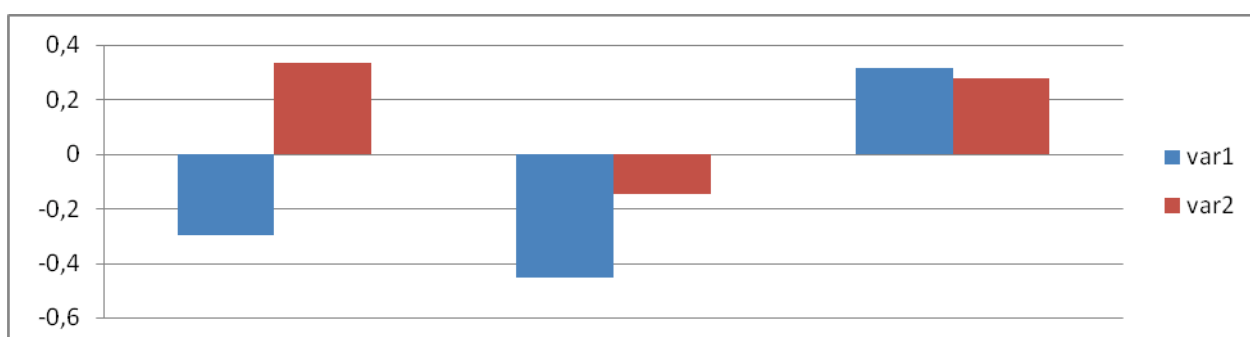
- un *pattern* di covariazione alta e negativa tra Ref\_RA (-.749 per p<.05)
- una covariazione positiva Df\_Ref (.578 per p<.05) e RA\_Df (.321 per p<.05) a indicare che gli indici di difficoltà a esprimersi con chiarezza sono associati nel paziente a *pattern* di riflessione e RA alti

Fig. 12 – Rappresentazione grafica dei trend di covariazione Ref\_RA, Df\_Ref e RA\_Df



- per quanto concerne le variabili degli affetti si è trovata una covariazione inversamente proporzionale tra AffP\_RA (-.5188 per  $p < .05$ ), a indicare che il paziente 'bonifica' la sua narrazione in modo da evitare l'emergere di schemi emotivi primitivi; e una covariazione direttamente proporzionale tra AffN\_RA (.4837 per  $p < .05$ ) a AffS\_RA (.3771 per  $p < .05$ ): pochissimi AffN e AffS compaiono quando il paziente riduce il controllo sugli aspetti emotivi e l'allarme ed entra in contatto con gli schemi emotivi dissociati.

Fig. 13 – Rappresentazione grafica dei trend di covariazione AffP\_RA, AffN\_RA e AffS\_RA



Dal test di Wilcoxon, fatto per vedere se le differenze tra singole variabili e *pattern* di covariazione nelle diverse fasi della segmentazione identificate nei colloqui di restituzione (incubazione e riflessione) fossero quantitativamente differenti, non sono emerse differenze statisticamente significative a livello di variabili singole (RA, Df, Ref e Aff)

Tab. 12 – Wilcoxon test su singole variabili

|      | Fase               | incubazione | Fase               | riflessione | Z     | p     |
|------|--------------------|-------------|--------------------|-------------|-------|-------|
|      | M                  | DS          | M                  | DS          |       |       |
| RA   | 0.4995133387054244 | 0.4         | 0.3983192053899945 | 0.2         | -.265 | .1332 |
| Df   | 0.8117154811715504 | 0.2         | 0.5781144548117155 | 0.3         | .500  | .1500 |
| Ref  | 0.4058577405857745 | 0.1         | 0.4995133387054266 | 0.2         | .104  | .3415 |
| AffP | 0.0142259414225941 | 0.1         | 0.0142259414225941 | 0.3         | -.286 | .2312 |
| AffN | 0.8410041841004201 | 0.2         | 0.0184100418410042 | 0.4         | .333  | .2509 |
| AffS | 0.5418410041841004 | 0.1         | 0.0418410041841004 | 0.2         | .541  | .2431 |

Ipotesi ad una coda, N-Ties=39, livello di significatività per  $p < .05$

ma sono risultate alcune differenze statisticamente a livello di *pattern* di covariazione. Più nello specifico:

- variano passando da covariazioni direttamente proporzionali a inversamente proporzionali proprio quei rapporti e *pattern* di associazione che erano stati identificati come i costituenti della differenza tra la fase di incubazione e quella di riflessione. Si modificano, infatti, i rapporti di co-occorrenza tra RA\_Ref, RA\_Aff e Ref\_Aff.

Tab. 13 – Wilcoxon test su pattern di covariazione

|         | Fase incubazione   |     | Fase riflessione    |     | Z      | p     |
|---------|--------------------|-----|---------------------|-----|--------|-------|
|         | M                  | DS  | M                   | DS  |        |       |
| RA_Df   | 0.862467364298136  | 0.1 | 0.746919870935461   | 0.2 | .432   | .0755 |
| RA_Ref  | -0.20185712026525  | 0.2 | 0.994543070878016   | 0.5 | -.067* | .0555 |
| RA_Aff  | 0.422640440344819  | 0.4 | -0.334135979623976  | 0.2 | -.500* | .0416 |
| Df_Ref  | 0.630440117608337  | 0.3 | 0.636451145531895   | 0.3 | .432   | .4367 |
| Df_Aff  | 0.944795110769908  | 0.2 | -0.669282114698613  | 0.1 | -.631  | .0799 |
| Ref_Aff | -0.481719979529973 | 0.7 | -0.0362611788843249 | 0.3 | .099*  | .0511 |

Ipotesi ad una coda, N-Ties=39, livello di significatività per  $p < .05$

Riassumendo, le conclusioni che possiamo sinteticamente trarre da questi ultimi dati vanno in due direzioni: (A) se analizziamo medie e deviazioni standard vediamo come per tutte le misure indagate i valori medi ottenuti per costruire l'andamento generale del colloquio cadono all'interno di 1 deviazione standard dalla media, questo significa che possiamo considerare il *trend* medio come estremamente rappresentativo di un campione più ampio e non un appiattimento del *trend* naturale di questi colloqui. Si può dire che l'andamento trovato può costituire una prima grezza rappresentazione di norme di riferimento per quanto concerne i colloqui di restituzione (B) abbiamo differenze statisticamente significative per 3 su 6 covariazioni considerate e per 0 su 4 singole variabili considerate. Se aggiungiamo l'osservazione qualitativa che queste covariazioni significative sono le medesime che erano risultate significative nel confronto all'interno dei primi colloqui tra fase di attivazione subsimbolica e simbolica, questo ci dovrebbe far ipotizzare che gli indicatori più attendibili per la lettura delle variabili dei dizionari costruiti da Bucci non sono tanto le singole variabili considerate come entità solipsistiche, quanto i *pattern* di associazione tra variabili e in particolare i *pattern* di associazione che combinano la relazione tra RA, Ref e Aff.

## SECONDO LIVELLO: RILEVAZIONE DELLE DIFFERENZE TRA TIPOLOGIE DIVERSE DI COLLOQUI

Avendo determinato la specificità dei primi colloqui e dei colloqui di restituzione, quello che vorremmo ora verificare empiricamente è un'ipotesi piuttosto scontata, cioè se le differenze tra primi colloqui e colloqui di restituzione resistono alla comparazione statistica. Per fare questo abbiamo deciso di utilizzare una MANOVA che incrocia tre variabili: 2 dimensioni temporali per volta (1. Attivazione subsimbolica\_Simbolizzazione 2. Attivazione subsimbolica\_Riflessione 3. Simbolizzazione\_Riflessione) \* 10 variabili dei dizionari di Bucci \* 3 gruppi di associazione e confronto. Abbiamo poi scelto il test della differenza tra medie F di Fisher come indicatore in grado di dirci se due medie sono statisticamente diverse; per sapere specificamente e puntualmente quali delle medie sono diverse abbiamo usato delle correzioni per i confronti multipli, ovvero facciamo dei test t tra le coppie delle medie applicando delle correzioni sul livello di significatività per il fatto che sono fatti più confronti sugli stessi dati (in particolare abbiamo usato la correzione per confronti multipli di Bonferroni) e infine, per valutare quale è la forza della relazione tra le variabili analizzate abbiamo usato il quoziente di correlazione Eta-quadrato  $\eta^2$ . Verranno discusse e presentate le tabelle che mostrano il confronto tra medie e la rappresentazione grafica espressa tramite Boxplot che rappresenta le distribuzioni dei dati mediante gli indicatori di tendenza centrale, variabilità e forma della distribuzione campionaria per variabili continue.

Le distribuzioni campionarie prese in considerazione concernono i valori medi e le relative deviazioni standard delle singole variabili dei dizionari di Bucci per come si presentano nei primi colloqui (attivazione subsimbolica e simbolizzazione) e nei colloqui di restituzione (considerati come unico blocco conversazionale in cui le differenze tra fase di incubazione e riflessione vengono appiattite – questa scelta di considerare una sola variabile è determinata dal fatto che non sono emerse differenze statisticamente significative sufficienti nella prima fase esplorativa a giustificare un trattamento separato dei dati).

Tab. 14 – Medie e deviazioni standard delle variabili RA, Df, Ref e Aff e dei loro pattern di covarianza, espressi in funzione della variabile fase del colloquio

|                | Variabile    |                | fase del colloquio |               |              |                 |
|----------------|--------------|----------------|--------------------|---------------|--------------|-----------------|
|                | SUBSIMB      | SIMB           | SUBSIMB            | RIFL          | SIMB         | RIF             |
| <b>RA</b>      | 2.65 (1.72)  | 3.25 (1.92)*   | 2.65 (1.72)        | 2.20 (1.44)   | 3.25 (1.92)* | 2.20 (1.44)*    |
| <b>Df</b>      | 5.30 (1.22)  | 5.20 (1.36)    | 5.30 (1.22)        | 4.95 (1.32)   | 5.20 (1.36)  | 4.95 (1.32)     |
| <b>Ref</b>     | 1.20 (.52)   | 1.10 (.45)     | 1.20 (.52)         | 4.55 (1.24)** | 1.10 (.45)   | 4.55 (1.24)**   |
| <b>Aff</b>     | 3.45 (1.50)  | 3.15 (1.78)    | 3.45 (1.50)        | 1.10 (.31)**  | 3.15 (1.78)  | 1.10 (.31)**    |
| <b>RA_Df</b>   | -3.50 (1.23) | -3.75 (1.65)   | -3.50 (1.23)       | 4.20 (1.24)** | -3.75 (1.65) | 4.20 (1.24)**   |
| <b>RA_Ref</b>  | -5.05 (1.32) | 3.10 (1.45)*** | -5.05 (1.32)       | -4.95 (1.36)  | 3.10 (1.45)  | -4.95 (1.36)*** |
| <b>RA_Aff</b>  | 2.90 (1.65)  | -1.55 (1.36)** | 2.90 (1.65)        | 2.95 (1.67)   | -1.55 (1.36) | 2.95 (1.67)**   |
| <b>Df_Ref</b>  | 2.65 (1.35)  | 2.20 (1.44)    | 2.65 (1.35)        | 3.25 (1.92)*  | 2.20 (1.44)  | 3.25 (1.92)*    |
| <b>Df_Aff</b>  | 1.10 (.31)   | 1.30 (.57)*    | 1.10 (.31)         | 1.15 (1.01)   | 1.30 (.57)   | 1.15 (1.01)     |
| <b>Ref_Aff</b> | 4.60 (.99)   | 5.25 (.97)     | 4.60 (.99)         | 5.30 (1.36)*  | 5.25 (.97)   | 5.30 (1.36)     |

Livello di significatività per \*p<.10 \*\*p<.05 \*\*\*p<.001

Dalla tabella si evince che effetti significativi sulle variabili dipendenti, singoli valori dei dizionari di Bucci e *pattern* di covarianza, sono mediati dalla variabile indipendente fase del colloquio (rispettivamente per  $F(1,57)=4.54$   $p<.04$   $\eta^2=.7$  e  $F(9,49)=91.81$   $p<.001$   $\eta^2=.94$ ) e in particolare da un'interazione tra *pattern* di combinazione diversi tra Subsimb\_Simb\_Rif ( $F(9,50)=5.90$   $p<.001$   $\eta^2=.52$ ). L'analisi post-hoc usando Bonferroni mostra analiticamente quali sono i *pattern* di influenze reciproche maggiormente significativi (vedi nella tabella i livelli di significatività secondo gli asterischi). Per quanto riguarda l'analisi singola delle variabili dei dizionari abbiamo che:

- la dimensione RA è statisticamente diversa nella fase di attivazione subsimbolica e in quella di simbolizzazione. Questo dato era già emerso e va a confermare quello che avevamo identificato nel confronto all'interno dei primi colloqui: ci dice che la RA nella prima fase è bassa mentre nella seconda fase tende a crescere e incrementarsi esponenzialmente. Più interessante il rilievo che non ci sono differenze statisticamente significative a livello di RA tra la fase di attivazione subsimbolica e quella di riflessione, questo può andare a confermare l'ipotesi per cui la fase di riflessione propriamente detta, come la fase subsimbolica, utilizzano canali di espressione emotiva diversi da quelli verbali: un canale mediato dalla testa nel primo caso e uno mediato dal corpo e dall'attivazione viscerale nel secondo. La differenza è di nuovo statisticamente significativa tra RA nella fase simbolica e in quella di riflessione, questo perché, per definizione, nella fase di simbolizzazione l'emozione usa il canale verbale: la RA è l'ancoraggio dello stato d'animo e dell'affetto alla parola. Se leggiamo i risultati da una prospettiva leggermente diversa, potremmo dire che questo confronto ci permette di rilevare empiricamente e definire quelli che sono i canali comunicativi usati nelle tre fasi del processo referenziale: il soma, la parola (che implica la semplice capacità di dare dei confini all'emozione definendola con etichette standard) e infine la testa (equivalente del pensiero e che comporta quindi la capacità di riflettere). Questa non rappresenta forse la determinazione e la scansione ciclica di un ciclo della buona ora?

- per quanto concerne la variabile Df non si rilevano differenze statisticamente significative dal confronto in nessuna fase temporale del ciclo referenziale

- Ref non è statisticamente diversa tra la fase subsimbolica e quella simbolica, infatti entrambe le fasi si caratterizzano per l'assenza o scarsità di questa dimensione, ma lo è tra quella subsimbolica e di riflessione e tra quella simbolica e di riflessione. Questo dato è facile da spiegare se riprendiamo i significati delle fasi: nella fase subsimbolica e simbolica il paziente si confronta da solo con la propria capacità di regolare le emozioni e dare loro un nome e dimostra il suo livello di competenza/incompetenza strutturale nel farlo; nella fase di riflessione, invece, la presenza del clinico, percepito come fonte di aiuto, riduce nel paziente l'ansia e facilita l'osservazione e la capacità di dare un nome alle emozioni e trovare loro una ragione causale del perché si sono formate e sono così disorganizzanti e disfunzionali. La variabile Ref, quindi, se non è in grado di differenziare tra le prime due fasi, è in grado di identificare quelle parti di colloquio dove il paziente permette al clinico una forma di collaborazione e l'avvio di un lavoro riflessivo

- Aff discrimina tra la prima e la prima e la terza fase e tra la seconda e la terza. Questo significa che la fase subsimbolica e simbolica sono molto simili: in entrambi i casi gli affetti hanno un potere disorganizzante e compaiono in numero massiccio sotto forma di *pattern* negativi di somatizzazioni corporee o di autosvalutazione. Diversa la fase di riflessione in cui gli affetti trovano un canale d'espressione più evoluto attraverso la mediazione cognitiva.

Se analizziamo le covarianze troviamo che tutti i *pattern* sono in grado di discriminare tra fasi temporali, ma quelli più significativi sono:

- RA\_Ref che discriminano tra fase uno/due e fase due/tre tracciando un andamento del rapporto che da inversamente proporzionale diventa positivamente correlato in senso negativo per ritornare inversamente proporzionale. Questo *pattern* sembra proprio scandire la ciclicità e l'alternanza delle fasi di attivazione viscerale a livello non consapevole, uso della parola per denominare ma non per comprendere, e infine uso della testa in senso cognitivo e riflessivo

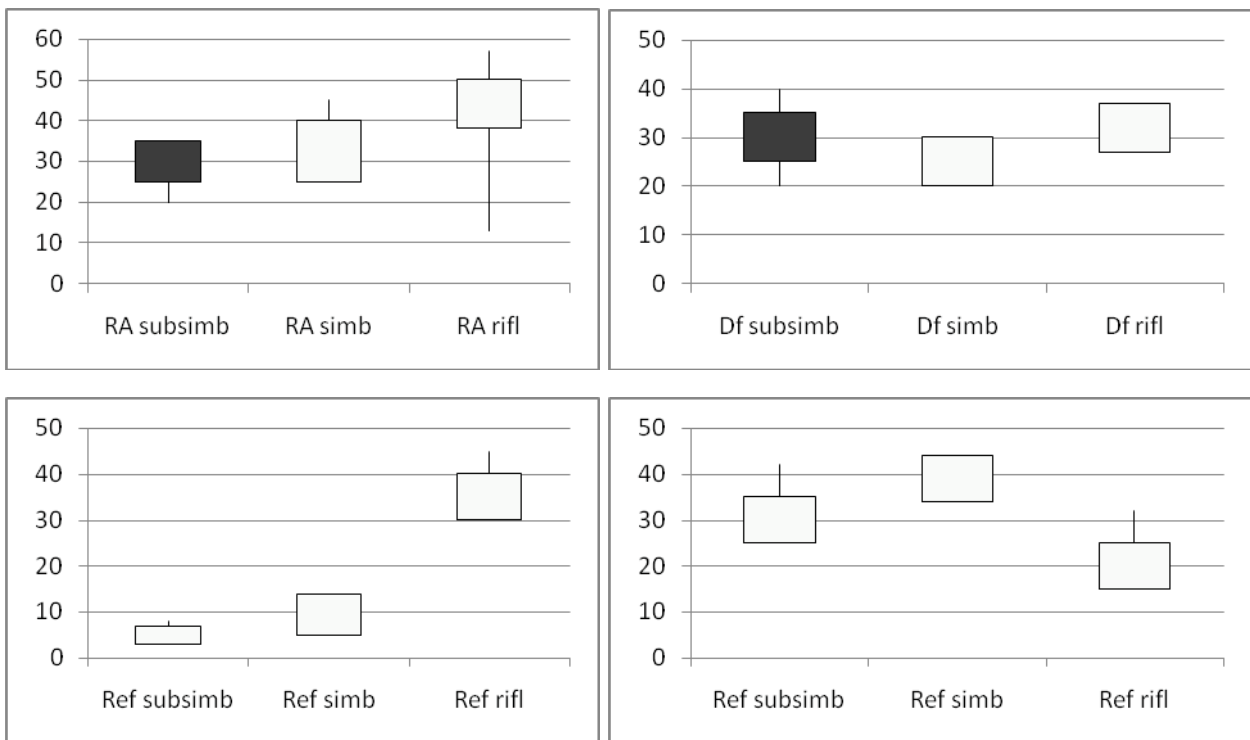
- RA\_Aff ugualmente discriminano tra fase uno/duo e fase due/tre segnando una similitudine tra la fase uno e la fase tre che può essere spiegata dal fatto che il processo di attivazione subsimbolica e di riflessione non usano la RA e il linguaggio per far passare l'emozione, bensì scelgono un canale viscerale non consapevole nel primo caso e uno cognitivo consapevole nel secondo. Questo *pattern* sembra scandire, se letto in associazione al primo, proprio la sequenzialità tipica di un ciclo di buona ora: attivazione dell'emozione attraverso un canale viscerale e somatico, attivazione degli schemi dell'emozioni dissociati attraverso un'attivazione non consapevole, conversione di questa attivazione in un linguaggio condivisibile attraverso i simboli e infine processo di *insight* mediato non dall'affetto né dal soma ma dal cervello e dalla testa (Ref)

- le covariazioni tra Df e tutte le variabili sono in grado di segnare la differenza soprattutto tra le fasi uno/tre e due/tre. Questo risultato può essere letto nell'ottica del particolare significato che ha la dimensione Df soprattutto nella fase di riflessione, dove la presenza di alta Df segna la differenza tra un *insight* e una comprensione profonda e reale (Df alta) e una invece razionalizzata, costruita e non realmente riconosciuta come tale

- dato in controtendenza è l'osservazione che il rapporto Ref\_Aff – che secondo noi dovrebbe essere uno di quelli che maggiormente discrimina tra fasi – non si rivela statisticamente significativo se non nel discriminare tra simbolizzazione e riflessione. Ci saremmo piuttosto aspettati di trovare una significatività statistica tra la fase subsimbolica e quella di riflessione in cui Ref\_Aff dovrebbero segnare un trend invertito: di associazione nel primo caso – disconnessione tra emozione e riflessione – e di non associazione nel secondo caso – a indicare l'avvenuta simbolizzazione e integrazione nel sistema di categorizzazione e logica condivisa.

Rappresentato graficamente tramite Boxplot il pattern dei risultati concernente le variabili dei dizionari appare così:

Fig. 14 – Diagramma box-and-whisker raffigurante la distribuzione delle variabili dei dizionari di Bucci nei tre tempi: subsimbolico, simbolico e di riflessione

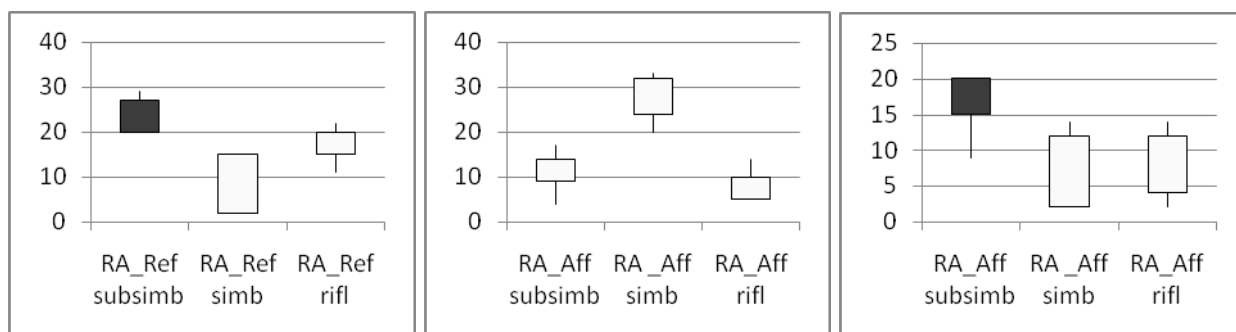


Questa figura offre una conferma visiva del fatto che:

- la fase subsimbolica è caratterizzata da tassi di RA più bassi che la fase simbolica e che questi tassi si abbassano ancora di più nella fase di riflessione. Inoltre la figura conferma che in quest'ultima fase del ciclo la variazione della RA è più ampia (questo significa che la deviazione standard dalla media è maggiore perché nella distribuzione sono presenti *outliers*, cioè valori troppo alti o troppo bassi che si collocano ai margini della distribuzione, in certo senso separati da essa) – dato che può essere spiegato alla luce dei cicli di incubazione che non sono stati trattati separatamente come fase a parte, in cui si assiste a un innalzamento repentino e per picchi della RA
- la variabile Df non mostra variazioni di sorta nelle tre fasi del ciclo, si possono però vedere le ampiezza delle variazioni dei tassi di oscillazione (alto-basso-alto)
- la fase di riflessione è caratterizzata da tassi di Ref più alti rispetto a entrambe le altre due fasi; la figura conferma che la variazione della Ref è molto ampia – dato che può essere spiegato alla luce dei cicli di incubazione che non sono stati trattati separatamente come fase a parte, in cui si assiste a pattern di alta covariazione Ref\_Aff\_RA
- nella fase subsimbolica e simbolica Aff sono altamente rappresentati, mentre in quella di riflessione abbiamo dei tassi molto inferiori anche se la loro variazione è più ampia.

Il *pattern* dei risultati concernente le covariazioni delle variabili dei dizionari, invece, rappresentato graficamente tramite Boxplot, appare così:

Fig. 15 – Diagramma box-and-whisker raffigurante la distribuzione delle covariazioni dei dizionari di Bucci nei tre tempi: subsimbolico, simbolico e di riflessione



Questa figura offre una conferma visiva del fatto che:

- la fase subsimbolica si caratterizza per variazioni tra RA\_Ref negative che diventano positive nella fase simbolica e poi ancora negative in quella di riflessione, con tassi di variazione in quest'ultimo caso molto maggiori
- stesso andamento si ha per la covariazione RA\_Aff
- il rapporto Ref\_Aff segna un andamento positivo nella fase di attivazione subsimbolica, che è maggiore ma non a livello statisticamente significativo da quello delle fasi simbolica e di riflessione da cui comunque differisce per il segno della covariazione che da direttamente proporzionale diventa inversamente proporzionale.

Riassumendo, se ripensiamo all'obiettivo che ci proponevamo in questo *step* di lavoro e cioè determinare se esiste una differenza statisticamente tra primi colloqui e colloqui di restituzione, possiamo dire che in effetti esiste una differenza che non è solo visibile a livello qualitativo, ma anche a livello quantitativo. In particolare ci sono alcune variabili e correlazioni che sono più sensibili di altre nel rilevare queste differenze, mi riferisco a RA, Ref e Aff e ai loro *pattern* di covariazione.



### TERZO LIVELLO: MISURE DERIVATE. L'IMPLEMENTAZIONE DI UN PARAMETRO PER RILEVARE IL LIVELLO DI SINTONIZZAZIONE AFFETTIVA TRA CLINICO E PAZIENTE

L'idea di questo terzo *step* di analisi nasce dalla ricettività a un suggerimento di Bucci stessa che invita a pensare all'incontro clinico come a un'attività con un alto grado di complessità concettualizzata in una serie di fasi/stadi successivi che trasformano, tramite il processo referenziale, le rappresentazioni subsimboliche in simboliche verbali secondo due caratteristiche di forma: (A) la bi-direzionalità che permette a chi ascolta di tradurre i contenuti verbali in tutti i modi non verbali (rappresentazioni subsimboliche) da cui originano e viceversa, (B) e la ricorsività che sottolinea come dalle nuove connessioni verbali possono originarsi nuove connessioni non verbali. A partire da questa riflessione, a noi sembra doveroso aggiungere un termine all'equazione: cioè, studiare questo rapporto di bi-direzionalità e ricorsività a livello interpersonale. Subsimbolico e simbolico, non verbale e verbale, infatti, non fluiscono solo all'interno del paziente, ma anche all'interno del clinico e soprattutto all'interno della relazione clinico/paziente, che può essere studiata allora attraverso lo sviluppo e l'implementazione di nuovi parametri in grado di rilevare il livello di sintonizzazione affettiva tra i due interlocutori.

Punto di partenza è stato rilevare che nell'*infant research* uno degli aspetti maggiormente studiati empiricamente nell'analisi della sintonizzazione interattiva adulta e infantile è il *Timing*, ovvero la capacità di percepire il tempo del proprio e dell'altrui comportamento individuando contingenze e sviluppando aspettative. Gli studi hanno dimostrato che nelle espressioni facciali (livello subsimbolico) tra madre e bambino sono presenti correlazioni sulla base di frazioni di secondo (Cohn, Beebe, 1990; Beebe, Jaffe, 1992). L'attenzione agli schemi temporali è perciò importante in quanto veicola messaggi interpersonali per lo svolgimento della relazione, indipendentemente da contenuti o modalità. A partire da questi elementi e riflessioni, abbiamo cercato di sviluppare una serie di indicatori e metodologie in grado di rilevare anche il *Timing* della possibile sintonizzazione tra clinico e paziente. A partire dall'analisi del processo clinico per mezzo della RA e dei dizionari correlati, è stata sviluppata una metodologia che consente di analizzare un aspetto specifico della comunicazione: la capacità del clinico e del paziente di 'sincronizzare' il loro funzionamento emotivo. In pratica, volevamo vedere se esistono e che qualità hanno delle correlazioni tra le espressioni comunicative del clinico e quelle del paziente, come cioè i due *partner* risuonano uno alle parole dell'altro. Il livello di interazione studiato evidentemente non prevede un'analisi dei contenuti verbali, quanto piuttosto una rilevazione di un indicatore paraverbale di consonanza tra stati affettivi mediato dal linguaggio, indicatore basato sulla coincidenza/corrispondenza di funzionamento delle tracce emotive.

Per perseguire questo scopo è stata implementata una metodologia che prevede lo studio comparato dei *trend* di andamento di alcune variabili dei dizionari di Bucci. Si è scelto di analizzare soltanto alcune variabili e non tutte. La scelta è giustificata da una riflessione teorica e dai risultati tratti dagli studi sopra riportati per cui alcune variabili sembrano maggiormente in grado di discriminare di altre. Si sono scelte allora come variabili significative e rappresentative del costrutto di sintonizzazione affettiva – studiato attraverso l'epifenomeno del *timing* – (A) la variabile RA, in quanto ci fornisce informazioni sulla capacità di paziente e clinico di tradurre in parole le emozioni e in quanto connettore tra sistemi di elaborazione delle informazioni che permette l'integrazione degli schemi dissociati (B) e la variabile Ref, in quanto informativa della capacità di elaborare gli schemi emotivi emersi. È stata esclusa dall'analisi la variabile Df perché si è visto come sia una caratteristica propria e unica della qualità comunicativa del paziente, mentre il clinico certamente non si lascia disorganizzare a livello linguistico dalla confusione del paziente. Si tratta insomma di una caratteristica di stato del paziente, ma non del clinico e di una variabile che ha più a che vedere con la patologia che con la dimensione intersoggettiva. Mentre le variabili RA e Ref hanno una componente fortemente relazionale e si basano sui fondamenti della co-costruzione di dialogo e significati, ugualmente la componente Aff non ha queste caratteristiche e quindi secondo noi non può essere studiata nell'ottica del concetto di *timing*. La dimensione degli affetti, infatti, per come rilevata dai dizionari di Bucci, è la manifestazione in forma di

parole di sensazioni emotive che ci sembrano meglio colte a livello non consapevole da dimensioni come la RA. Inoltre da alcuni studi preliminari si era notato che la dimensione Aff non ha alcun grado di correlazione tra clinico e paziente: è il paziente da solo che determina la qualità del tono emotivo riportando esperienze elaborate in modo più o meno evoluto attraverso descrittori positivi, negativi o somatici.

Operativamente si è proceduto in questo modo: dal *file* di sintesi delle tracce delle variabili SMT.csy sono stati creati due *data base* separati, uno contenente solo le informazioni sulle tracce di andamento del clinico (parlante 2) e uno sulle tracce del paziente (parlante 1). Sono stati costruiti *ad hoc* dei grafici in grado di mostrare le tendenze e i *trend* di andamento delle variabili separatamente per clinico e paziente e si è creata una funzione di sovrapposizione delle tracce in modo tale che risultassero comparabili. Per misurare la significatività statistica delle differenze tra tracce sono stati implementati dei descrittori statistici definiti indici di coerenza positivi e negativi. A partire dalle medie e dalle relative deviazioni standard sulle tracce negative delle variabili e su quelle positive, separatamente, è stato calcolato il test t di Student per evidenziare l'eventuale presenza di differenze significative tra andamento del paziente e del clinico. Per stimare se le variabili fossero più pesate su valori negativi o positivi sono stati implementati gli indici di PeriodsUp e PeriodsDown che misurano la percentuale di tracce di un colloquio con valori  $>0.5$  o  $<0.5$  (considerando uno smoothing di .5 come valore neutro). Infine per avere un parametro indicativo della sincronizzazione paziente-clinico sono stati definiti indici di coerenza negativa – cioè quante tracce del paziente sono negative quando la precedente traccia del clinico è negativa (ipotesi della concavità dello *smoothness*) – e di coerenza positiva – cioè quante tracce del paziente sono positive quando la precedente traccia del clinico è anch'essa positiva (ipotesi della convessità dello *smoothness*) – infine, di coerenza totale – data dalla somma delle precedenti.

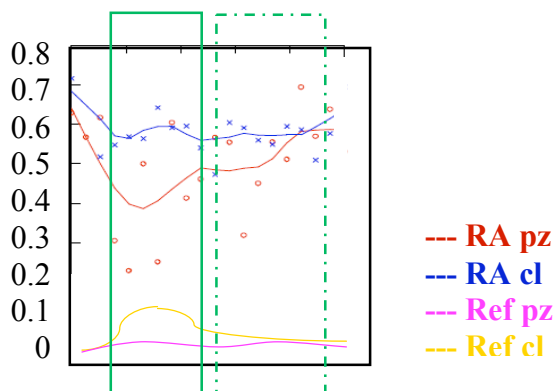
L'ipotesi di partenza era che, come nel livello di corrispondenza tra espressioni facciali e vocali nella diade madre-bambino le correlazioni sono sulla base di frazioni di secondo, ugualmente l'andamento dei cicli di RA e Ref tra clinico e paziente avrebbero dovuto essere in un rapporto non immediato. Quella che volevamo testare era un'ipotesi di 'sintonizzazione differita' per cui un'azione del clinico non ha necessariamente un effetto e una rispondenza immediata, ma può avere un effetto che si trascina e ha bisogno di un'elaborazione temporale maggiore. I messaggi interpersonali veicolati dagli schemi temporali necessitano di un'elaborazione che va dal tempo t1 al tempo t5: questo significa che possiamo parlare di sintonizzazione riuscita/buona tutte le volte che le tracce di clinico e paziente vanno nella medesima direzione (entrambe concave o entrambe convesse) e sono direttamente sovrapponibili (corrispondenza) al tempo t1 o sono differite nell'arco di intervallo t5. Abbiamo una cattiva sintonizzazione quando le tracce di clinico e paziente sono opposte e hanno un rapporto non diretto ma invertito: la traccia del clinico segna un andamento concavo e quella del paziente convesso (positivo *versus* negativo) o viceversa.

Fatte queste premesse metodologiche, vediamo i risultati che presenteremo sotto forma di tabelle di correlazione e graficamente disegnando i *trend* di andamento delle curve delle variabili per rendere immediatamente e intuitivamente evidenti risultati e discussione. Sinteticamente si può anticipare che, in generale, nei primi colloqui gli andamenti delle tracce di RA e Ref di clinico e paziente sembrano non completamente, o meglio dire non sempre, corrispondenti e sintonizzati come dimostra il fatto che ci sono sempre andamenti dei valori che descrivono curve discrepanti, mentre nei colloqui di restituzione il divario si riduce e la concavità/convessità delle tracce sembra più sincrona. Ma ora vediamo più nello specifico il senso di questi dati.

PRIMI COLLOQUI. Se riconsideriamo globalmente i primi colloqui, abbiamo che le tracce di andamento di RA e Ref di clinico e paziente possono essere rappresentate da linee di tendenza di questo tipo.

Queste linee di tendenza devono essere considerate un artefatto statistico-matematico perché sarebbe più corretto considerare la distribuzione delle risposte reciproche come puntiforme (si vedano i pallini e le crocette della Fig. 16), trattandosi di un fenomeno dinamicamente interattivo, ma per rendere più chiara la spiegazione dei risultati abbiamo deciso di ricorrere a queste linee che mostrano intuitivamente i *trend* di andamento delle distribuzioni.

Fig. 16 – Linee di tendenza di RA e Ref nei primi colloqui per clinico e paziente separatamente



Come possiamo vedere, le tracce tra clinico e paziente corrispondono solo parzialmente (alla convessità di una corrisponde la concavità dell'altra e viceversa, all'innalzamento di una corrisponde l'abbassamento dell'altra) sia per la variabile RA sia per la variabile Ref. Più specificamente possiamo rilevare che:

- nella prima fase subsimbolica (evidenziata dal riquadro verde continuo nella Fig. 16), gli andamenti di RA di clinico e paziente (rispettivamente linee blu e rossa) sono praticamente opposti nell'arco di tempo t1-t5. All'aumentare della RA del clinico, infatti, corrisponde un diminuire della RA del paziente, i rapporti di concavità e convessità delle linee di tendenza indicano una correlazione negativa tra le due dimensioni. Questi risultati si possono interpretare nell'ottica per cui nel caso di un linguaggio del clinico che esprima un grande contatto con aspetti concernenti la ricchezza di immagini di natura sensoriale e metafore affettive – evidentemente usate per la prima volta dal paziente e fatte poi proprie dal clinico – il processo referenziale corrispondente del paziente diminuisce denunciando la sua necessità di distanziarsi dall'esperienza emotiva, tramite l'uso maggiore di generalizzazione. Non si è ancora ridotto l'allarme del paziente per poter dare vita al processo di parola e riflessione sui propri schemi emotivi disfunzionali
- in questa prima fase, anche il *pattern* Refcl e Refpz (rispettivamente linee gialla e rosa) sono poco sintonizzati: le tracce di tendenza non rilevano alcuna correlazione: la Refcl è già molto alta e descrive una curva a campana, mentre quella del paziente è appiattita su valori neutri denotando una totale assenza dell'utilizzo di questa funzione
- nella seconda fase simbolica (evidenziata dal riquadro verde tratteggiato nella Fig. 16), la RA di clinico e paziente sembrano trovare un punto di sintonizzazione maggiore: il clinico usa un linguaggio sensoriale e affettivo, ma meno impattante di come faceva nella prima fase (il valore di RA diminuisce leggermente), e il paziente riesce a modularsi su questi nuovi valori innalzando il proprio livello di RA e rendendolo sincrono nel tempo t1-t5 a quello del clinico, fino al punto di convergenza finale che segna il momento in cui anche il paziente riesce a riprendere, usare e fare proprio un linguaggio più emotivo

- purtroppo in questa fase, non c'è ancora la sintonizzazione sui valori di Ref che continua a tracciare degli andamenti discrepanti. Il paziente non riesce a utilizzare questa funzione mentale e anche l'uso riflessivo del linguaggio del clinico tende a calare.

Dall'analisi dei valori di correlazione risultano confermate queste riflessioni:

i dati delle correlazioni ci dicono, infatti che (A) nel caso dell'attivazione subsimbolica è emerso un valore significativo ( $p < .01$ ) che indica la presenza di una correlazione negativa tra l'aumentare dei valori della scala RAcl cui corrisponde una diminuzione di quella RApz, mentre non è presente alcuna correlazione tra Refcl e Refpz ( $p = .964$ ); la spiegazione di questo risultato può essere interpretata come espressione di una sintonizzazione negativa tra clinico e paziente (B) nel caso della fase simbolica, è presente una correlazione positiva significativa ( $p < .05$ ) tra RAcl e RApz associata ancora a un pattern di non correlazione tra Refcl e Refpz ( $p = .829$ ); la spiegazione di questo risultato può essere interpretata come espressione di una prima piccola espressione di sintonizzazione positiva.

Tab. 15 – Correlazioni tra tracce di tendenza del clinico e del paziente in relazione alle due fasi del primo colloquio

|       | Fase<br>RApz | subsimbolica<br>Refpz | Fase<br>RApz | simbolica<br>Refpz |
|-------|--------------|-----------------------|--------------|--------------------|
| RAcl  | -.78**       |                       | .11*         |                    |
| Refcl |              | .06                   |              | .03                |

Livello di significatività per \*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$

Se analizziamo la ciclicità interattiva delle tracce di tendenza attraverso un'analisi degli indicatori di coerenza (Tab. 16), per la fase subsimbolica la coerenza globale si ferma al 42%, numero che avalla la sensazione qualitativa di una scarsa sintonizzazione: il paziente presenta una forte tendenza ai valori negativi senza riuscire a seguire la chiara e marcata ciclicità del clinico, ma il discorso potrebbe essere ribaltato. La medie dei valori degli indici di coerenza mostrano significative diversità tra paziente e clinico dovute alla numerosità delle tracce negative del paziente, indipendentemente da quelle del clinico. Questo andamento potrebbe essere spiegato in relazione all'allarme del paziente che non riesce a rispondere agli interventi del clinico esprimendo attraverso il linguaggio i significati emotivi dei propri vissuti (RA bassa e negativa). Un'altra spiegazione potrebbe essere che è il clinico a non essere in grado di rispondere in maniera sintona al paziente o che semplicemente siamo in una fase in cui c'è una discrepanza tra la diagnosi che il paziente fa di sé e quella del clinico. Questo dato, comunque, sembrerebbe andare nella direzione teorica per cui la sintonizzazione è effettivamente un processo altalenante (presente/assente) che si deve costruire reciprocamente nel corso del tempo.

Tab. 16 – Indici di coerenza: medie, deviazioni standard, percentuali e correlazioni per variabili continue

| RA_Ref      | Paziente       | Clinico        | Coherent Perios |
|-------------|----------------|----------------|-----------------|
| Media       | 0.4946 (0.029) | 0.5149 (0.020) |                 |
| Media <.5   | 0.4699 (0.013) | 0.4788 (0.016) |                 |
| Media>.5    | 0.5215 (0.016) | 0.5208 (0.015) |                 |
| PeriodsUp   | 56 (48%)       | 107(92%)       | 44/107 (41%)    |
| PeriodsDown | 60 (52%)       | 9 (8%)         | 5/9 (55%)       |
|             |                |                | 49/116 (42%)    |

Livello di significatività per \* p<.05 \*\*p<.01

Dall'analisi degli indicatori di coerenza (Tab. 17) per la fase simbolica, l'andamento del paziente e del clinico, se considerati interattivamente, presentano una ciclicità e i due andamenti sembrano indicativi di una prima piccola espressione di sintonizzazione positiva che emerge dai seguenti indicatori:

le percentuali di tracce positive e negative per i due interlocutori sono comparabili (%PeriodUP – paziente=130 (87%) clinico=137 (92%); %PeriodDown – paziente=19 (13%) clinico=12 (8%)); la coerenza tra paziente e clinico è alta (81%), ma tale coerenza è soprattutto esistente per le tracce positive (87%) mentre è scarsa per le tracce negative (17%). Questo significa che la sintonizzazione è ancora possibile solo a livello superficiale perché il contatto e l'empatia sono veicolati dalla condivisione di materiale bonificato che impedisce l'emergere degli schemi emotivi disfunzionali.

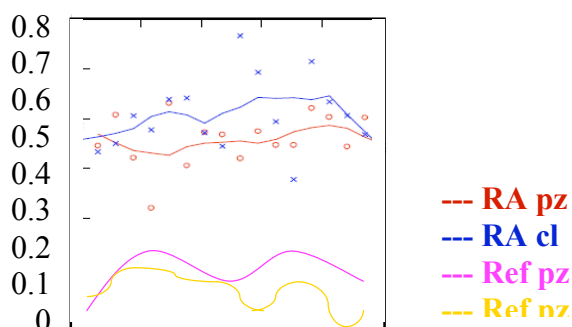
Tab. 17 – Indici di coerenza: medie, deviazioni standard, percentuali e correlazioni per variabili continue

| RA_Ref      | Paziente       | Clinico        | Coherent Perios |
|-------------|----------------|----------------|-----------------|
| Media       | 0.5119 (0.016) | 0.5188 (0.019) |                 |
| Media <.5   | 0.4777 (0.013) | 0.4837 (0.017) |                 |
| Media>.5    | 0.5167 (0.009) | 0.5219 (0.015) |                 |
| PeriodsUp   | 130 (87%)      | 137(92%)       | 119/137 (87%)   |
| PeriodsDown | 19 (13%)       | 12 (8%)        | 2/12 (17%)      |
|             |                |                | 121/149 (81%)   |

Livello di significatività per \* p<.05 \*\*p<.01

COLLOQUI DI RESTITUZIONE. Se riconsideriamo globalmente i colloqui di restituzione, abbiamo che le tracce di andamento di RA e Ref di clinico e paziente possono essere rappresentate da linee di tendenza di questo tipo.

Fig. 17 – Linee di tendenza di RA e Ref nei colloqui di restituzione per clinico e paziente separatamente



Come possiamo vedere, le tracce tra clinico e paziente denotano maggiori corrispondenze (alla convessità di una corrisponde la convessità dell'altra e viceversa per la concavità, all'innalzamento di una corrisponde l'innalzamento dell'altra e viceversa per l'abbassamento) sia per la variabile RA sia per la variabile Ref. Più specificamente possiamo rilevare che:

- per tutto l'andamento del colloquio, gli andamenti di RA di clinico e paziente (rispettivamente linee blu e rossa) sembrano tracciare le medesime linee di tendenza che descrivono delle curve a campana tipiche delle distribuzioni normali. Queste linee di tendenza sono massimamente 'sintonizzate' nel tempo t5: se infatti immaginassimo di fare slittare le tracce del paziente esattamente per lo spazio t5 (delimitato in Fig. 17 dalle tacche dell'asse delle x) e innalzassimo i valori di RAPz di .1 valori (innalzamento dello *smoothing* da .3 a .4) potremmo visualizzare delle linee di tendenza perfettamente sincrone. Questo significa che l'allarme del paziente si riduce e lui trova un canale di contatto e comunicazione con il clinico veicolato dall'empatia: il paziente riconosce e comprende la lingua dell'affettività del clinico, impara a integrare stati di coscienza e affetto in una nuova prospettiva e porta e simbolizza nuovo materiale emotivo
- anche il *pattern* Refcl e Refpz (rispettivamente linee gialla e rosa) sembra sintonizzato: le tracce di tendenza rilevano una fortissima correlazione già al tempo t1: il paziente è in grado di ascoltare e usare gli interventi riflessivi del clinico.

Dall'analisi dei valori di correlazione risultano confermate queste riflessioni:

i dati delle correlazioni ci dicono, infatti che (A) nel caso della RA emerge un valore significativo ( $p < .01$ ) che indica la presenza di una correlazione positiva tra l'aumentare/l'abbassarsi dei valori della scala RAcl e RAPz al tempo t5; la spiegazione di questo risultato può essere interpretata come espressione di una sintonizzazione differita tra RA di clinico e paziente (B) nel caso della Ref, è presente una correlazione positiva significativa ( $p < .05$ ) tra clinico e paziente già al tempo t1; la spiegazione di questo risultato può essere interpretata come espressione di una sintonizzazione positiva immediata tra Ref di clinico e paziente.

Sovrageneralizzando, si potrebbe dire che i colloqui di restituzione si caratterizzano per alti livelli di sintonizzazione sia per quanto concerne la co-costruzione di un linguaggio emotivo condiviso sia per quanto concerne la capacità di lavorare insieme su questo materiale in senso riflessivo: clinico e paziente sono sinergici nel portare alla luce e verbalizzare gli schemi dell'emozione dissociati e insieme lavorano su questo materiale per trasformarlo in un altro che abbia minori valenze disfunzionali. A questo però si deve aggiungere che la sintonizzazione sul canale affettivo richiede tempi di reazione maggiori (t5), mentre la sintonizzazione per così dire cognitiva è immediata (t1), anche se successiva: la sintonizzazione affettiva richiede tempi di elaborazione lunghi anche se da subito si è in presenza di

indicatori di RA, la sintonizzazione cognitiva, invece, ha tempi di elaborazione molto brevi, ma non dobbiamo dimenticare che per trovare il primo indicatore di Ref dobbiamo aspettare che si sia conclusa tutta la prima fase del processo diagnostico formata dai primi colloqui (mediamente due per ogni paziente).

Tab. 18 – Correlazioni tra tracce di tendenza del clinico e del paziente nel colloquio di restituzione

|       | Fase<br>RApz | riflessiva<br>Refpz |
|-------|--------------|---------------------|
| RAcl  | .46**        |                     |
| Refcl |              | .77**               |

Livello di significatività per \* p<.05 \*\*p<.01

Se analizziamo la ciclicità interattiva delle tracce di tendenza attraverso un'analisi degli indicatori di coerenza (Tab. 18), paziente e clinico sembrano essersi ben sincronizzati: tutte le medie tra paziente e clinico mostrano una significatività positiva, segno che tra gli interlocutori non si hanno differenze significative. Il colloquio è sostanzialmente condotto sulla tracce positive (90% di tracce sono positive) e le curve di clinico e paziente sono uguali in momenti alterni. Questo andamento sembrerebbe andare nella direzione teorica per cui il ruolo del clinico è quello di focalizzare l'attenzione del paziente su quegli elementi che potrebbero essere gli organizzatori emotivi della psicopatologia e di facilitatore delle connessioni emotive e riflessive. Il paziente segue la ciclicità del clinico e viceversa: le fasi di *arousal* e simbolizzazione seguite da una fase di riflessione in cui il paziente con l'aiuto del clinico impara non solo a verbalizzare, ma anche a riconoscere, integrare e comprendere le emozioni dissociate (mentalizzazione).

Tab. 19 – Indici di coerenza: medie, deviazioni standard, percentuali e correlazioni per variabili continue

| RA_Ref      | Paziente       | Clinico        | Coherent Perios |
|-------------|----------------|----------------|-----------------|
| Media       | 0.5180 (0.021) | 0.5171 (0.015) |                 |
| Media <.5   | 0.5212 (0.019) | 0.5201 (0.012) |                 |
| Media >.5   | 0.4830 (0.016) | 0.4899 (0.010) |                 |
| PeriodsUp   | 89 (91%)       | 90 (92%)       | 81/90 (90%)     |
| PeriodsDown | 9 (9%)         | 8 (8%)         | 1/8 (13%)       |
|             |                |                | 82/98 (84%)     |

Livello di significatività per \* p<.05 \*\*p<.01

## **SECONDO OBIETTIVO. BI-DIREZIONALITA'**

Quello che ci si propone è combinare due metodologie: l'analisi conversazionale e l'analisi sequenziale. La prima è un sistema di analisi che nasce all'interno della prospettiva etnometodologica con specifico riferimento all'analisi dell'interazione in presenza. Interesse centrale è la spiegazione della 'produzione/compressione di sequenze organizzate e coerenti nel discorso' (Levinson, 1983, pag. 539), ossia l'analisi dell'andamento conversazionale in riferimento alle strutture sequenziali di produzione e comprensione nelle quali il discorso si articola. La prospettiva conversazionale assume che il significato e il valore comunicativo dell'espressione linguistica risiedano nella concreta condizione di uso del linguaggio e nella specificità della sequenza discorsiva in cui essa compare (Sacks, Schegloff, Jefferson, 1974). L'espressione linguistica, allora, è studiata all'interno del contesto di interazione in cui si esprime; in tal senso, fondante è lo studio di ciò che Schegloff (1989) definisce come 'discorso in interazione', delle strutture cioè di partecipazione a esso, ossia delle modalità attraverso cui i partecipanti all'interazione discorsiva gestiscono la conversazione allo scopo di realizzare la comprensione intersoggettiva (negoiazione e condivisione di significati). Un primo livello di analisi è individuato nel turno di discorso. Il turno non corrisponde necessariamente a un'unità sintattico/grammaticale o a una specifica azione linguistica; esso può essere definito come 'unità osservativa che corrisponde semplicemente a tutto il discorso che un unico parlante pronuncia di seguito' (Fasulo, Pontecorvo, 1999, pag. 39). La lunghezza del turno è il risultato delle mosse linguistiche agite dagli interlocutori; i turni di discorso sono dunque tra loro interdipendenti (Schegloff, Sacks, 1973; *sequential implicativeness*): ogni mossa conversazionale è una risposta al discorso precedente e un'anticipazione del tipo di discorso che segue. Nel formulare il proprio intervento, i parlanti mostrano la propria comprensione del turno precedente e rivelano le proprie aspettative rispetto al turno che verrà. Il sistema di passaggio del turno da un parlante all'altro è reso possibile in coincidenza con i punti di rilevanza transizionale cioè i 'punti in cui una transizione di turno diventa rilevante e non più solo opzione possibile' (Fasulo, Pontecorvo, 1999, pag. 41). All'interno di un turno di discorso si possono avere più punti di rilevanza transizionale; ciascuno di essi definisce un'unità costitutiva di turno. I punti di rilevanza transizionale segnano la completezza di un'unità costitutiva di turno e rendono possibile l'avvicendamento del turno.

Nello studio dell'interazione conversazionale, un approccio metodologico che consente e ne studia l'aspetto temporale è l'analisi sequenziale. L'elemento temporale è una caratteristica fondamentale del processo interattivo che è importante non perdere nelle fasi di osservazione, misurazione e analisi. Con l'analisi sequenziale, infatti, è possibile far emergere l'elemento temporale dell'interazione, catturando le sequenze attraverso cui si sviluppa questo processo. L'analisi sequenziale si basa sull'osservazione sistematica delle dimensioni rilevanti dei fenomeni in osservazione e sullo sviluppo e sull'applicazione di sistemi di categorie che caratterizzano le dimensioni di interesse. Ogni dimensione infatti può essere rappresentata da uno schema di codifica e ogni codice può essere considerato come una categoria di comportamento. Così, ad esempio, se le dimensioni di interesse sono le mosse conversazionali di clinico e paziente, le categorie dello schema di codifica potranno essere tecnica della domanda e qualità del livello di elaborazione della risposta rispetto alla dimensione cognitiva e affettiva. Dall'applicazione del sistema di categorie, e quindi dalla fase di misurazione, risulta una tabella in cui le righe indicano il comportamento che avviene prima, le colonne indicano il comportamento che avviene dopo, e le celle contengono le frequenze delle sequenze interattive. Nel nostro caso, dall'applicazione dello schema di codifica risulta una tabella in cui in riga e in colonna ci sono i diversi tipi di mosse conversazionali (tecnica della domanda e qualità della risposta) e nelle celle le frequenze con cui ogni tipo di mossa segue ogni altro tipo di mossa. La prima cella, quindi, corrisponde al numero di volte in cui a una richiesta è seguita un'altra richiesta nelle interazioni osservate.

L'obiettivo dell'analisi sequenziale è sapere se esiste una relazione sequenziale tra le variabili e individuare le eventuali associazioni significative. Ciò che si vuole verificare è, quindi, quali comportamenti nell'interazione sono significativamente sequenziali a quali altri, evidenziando in questo modo cosa segue che cosa nell'interazione. Per



scoprire se esiste una relazione sequenziale tra le variabili e quindi capire l'influenza di una variabile sull'altra, si procede con il calcolo del chi quadro. Questa statistica, infatti, permette di sapere se la differenza tra le frequenze osservate e le frequenze teoriche è dovuta, o no, al caso. Se la differenza è dovuta al caso, la variabilità, e quindi il chi quadro, è basso; al contrario se la differenza non è dovuta al caso, la variabilità e il chi quadro saranno alti. Se controllando i gradi di libertà si trova un chi quadro significativo, si può affermare che esiste un'associazione tra le variabili analizzate. Quindi, riprendendo l'esempio delle mosse conversazionali, se dall'analisi della tabella trovassimo un chi quadro significativo potremmo affermare che esistono alcune tipologie di mosse conversazionali che si condizionano sequenzialmente. A questo punto è interessante scoprire quali sono le mosse sequenzialmente associate. Per fare questo si procede con l'analisi dei residui corretti, quindi si standardizzano le frequenze e si considerano significativi quei residui che superano la prima deviazione standard (1.96), postulato che i residui standardizzati si distribuiscono in modo normale. Procedendo, quindi, con l'esempio delle mosse conversazionali, dopo aver stabilito, con la significatività del chi quadro, che esiste un'associazione tra le diverse tipologie di mosse conversazionale, potremmo calcolare i residui corretti, interpretare i residui positivi e vedere tra quali mosse esiste associazione (Bakeman, Gottman, 1986, 1997; Bakeman, Quera, 1995; Gnisci, Bakeman, 2000).

Fatte queste premesse, l'applicazione specifica della nostra ricerca è lo studio dei *pattern* di interazione verbale tra clinico e paziente da un punto di vista tecnico, si tratta cioè dell'analisi delle modalità di interazione comunicazionale attraverso l'indagine dell'associazione tra tipologie di intervento del clinico e tipologie di risposta del paziente, rispettivamente categorizzate usando la scala PIRS (Cooper & Bond, 1992) e la scala di elaborazione/dis-elaborazione ideata da Horowitz (Horowitz, 1999). Questa analisi ha il fine di approfondire lo studio della modalità interattiva, co-costruita da clinico e paziente, specifica del contesto diagnostico e di individuare eventuali *pattern* domanda-risposta ricorrenti. L'ipotesi di partenza è che l'interazione, a prescindere dal contenuto, si strutturi in modo specifico, ricorrente e peculiare sia nei primi colloqui sia nei colloqui di restituzione e che quindi esista una relazione specifica in grado di descrivere l'interazione tra tecnica del clinico e capacità del paziente di regolare le emozioni: esistono degli aspetti ridondanti che fungono da organizzatori della relazione? È possibile identificare *pattern* ricorrenti di interventi del clinico che predispongono una maggiore regolazione emotiva del paziente?

Per verificare questa ipotesi di ricerca, bi-direzionalità, sono state condotte delle analisi lag-lineari che valutano le associazioni statisticamente significative tra tecniche della domanda del clinico e risposte del paziente (variabili PIRS-ELAB/DIS-ELAB) (Milbrath, Bond, Cooper, Znoj, Horowitz & Perry, 1999; Terraz, de Roten, de Roten, Drapeau & Despland, 2004; Sexton, Littauer, Sexton & Tommeras, 2003).

Gli eventi codificati sono stati categorizzati e riportati secondo l'ordine temporale di successione. Successivamente è stato creato un unico *file* contenente le sequenze cronologiche dei dati, costituite dai nomi delle categorie di intervento assegnate, riportate nello stesso ordine dei turni conversazionali. Le sequenze sono state mantenute divise per paziente e per colloqui. Il programma di analisi GSEQ (Bakeman & Quera, 1991) permette l'analisi sequenziale di dati categorici, ovvero di indagare il processo di associazione relativo a sequenze di eventi codificati. Ci sembra importante sottolineare che le parole associazione/correlazione/covariazione non significano causazione: purtroppo i termini non sono intercambiabili né sinonimi. A questo primo livello di analisi, quello che si va a indagare e le conclusioni che si possono trarre sono solo a livello di fenomeni che co-occorrono e che palesano una qualche forma statisticamente significativa di legame o associazione, di cui però non possiamo determinare direzione e segno. I modelli della realtà che descrivono sono semplici; una maggiore complessità descrittiva sarà raggiunta con il terzo obiettivo della ricerca che si propone di misurare la realtà clinica attraverso l'analisi del rapporto di interrelazione tra variabili creando un modello complessivo dei descrittori della relazioni tra variabili.

Il programma GSEQ (Bakeman & Quera, 1991) ha prodotto un *output* contenente: le statistiche descrittive, il Chi quadro di Pearson, i residui corretti, il valore del Q di Yule di ogni associazione per ciascun paziente, frequenze e probabilità di associazione, statistiche condizionali e co-occorrenze. Per ogni associazione significativa riscontrata è stato quindi calcolato l'Effect Size (ES), al fine di valutare la grandezza dell'associazione attraverso la convenzione di Cohen (Cohen, 1970) che permette di distinguere livelli di associazione bassi (.10), moderati (.30) e alti (.50).

Questa metodologia è stata applicata processando separatamente i dati dei primi colloqui e quelli dei colloqui di restituzione – partendo dall'evidenza empirica che se diverse sono le posizioni emotive di clinico e paziente in relazione agli obiettivi, ugualmente ci attendiamo delle differenze nelle tecniche di intervento utilizzate dal clinico e di conseguenza nella qualità delle risposte del paziente. Per verificare, quindi, la presenza di differenze effettivamente statisticamente significative tra i *pattern* di associazione riscontrati nei primi colloqui e in quelli riscontrati nei colloqui di restituzione, è stato eseguito un confronto attraverso il Test di Wilcoxon (significatività Montecarlo). Presentiamo i risultati scomponendo il lavoro proprio in questi due *step* successivi. Presenteremo i risultati dell'analisi lag-sequenziale riportando prima le tabelle con le statistiche e poi, per chiarezza espositiva, costruiremo graficamente i rapporti e le interazioni sequenziali reciproche che legano le variabili. In particolare, l'interazione discorsiva mediata si articola nel *conversational thread* inteso come flusso comunicativo in cui contributi in sequenza sviluppano un argomento seguendo un iniziale contributo che lo introduce. Il *conversational thread* è graficamente rappresentato da un albero di discussione in cui non solo sono elencate le categorie degli interventi e dei turni conversazionali e vengono mostrate le relazioni tra i contributi che evidenziano se chi emette un messaggio condiziona sequenzialmente l'emittente successivo e se esistono delle associazioni sequenziali tra gli emittenti dei messaggi. Guardando ai segmenti dei vari messaggi e alle catene di associazione che vengono così a definirsi, si può pensare di ricostruire le pratiche di co-costruzione del discorso attraverso la sequenza delle interazioni e analizzando lo sviluppo della sequenza discorsiva sia rispetto ai meccanismi conversazionali agiti sia rispetto all'esistenza di relazioni sequenziali significative (contigue e non).

## PRIMO LIVELLO: SPECIFICITA' DELLA TECNICA TRASVERSALMENTE A SETTING CLINICI DIVERSI E STUDIO DEL RAPPORTO DI BI-DIREZIONALITA' INTERVENTO CLINICO/RISPOSTA DEL PAZIENTE

Gli obiettivi di questa fase di ricerca sono molteplici. In primo luogo, identificare quelli che sono i *marker* che permettono la sintonizzazione clinico/paziente da un punto di vista della tecnica e delle acquisizioni scientifiche e metodologiche della modalità di conduzione dei colloqui del processo diagnostico. L'implicito è che qualcosa in più di un semplice assetto emotivo sia necessario per costruire un'alleanza di lavoro diagnostica, un qualcosa in più che si può imparare specificamente solo se si è psicologi/medici/psicoterapeuti che seguono un determinato *training/corso* per l'addestramento alla comprensione clinica degli organizzatori psicopatologici del paziente. Quello che si vuole studiare non è la relazione tra azioni del clinico e *outcome*/miglioramento sintomatologico, bensì la relazione tra ciò che il clinico fa e come il paziente reagisce immediatamente dopo l'intervento (analisi micro-processuale del testo): si vuole studiare come le azioni cliniche sono correlate a *pattern* di chiusura, allarme, apertura, elaborazione del paziente e come le tecniche del clinico sono efficaci e utili al paziente per riparare i propri schemi disfunzionali. Il modello di Orlinsky e Howard (1997) della psicopatologia enfatizza enormemente la relazione di lavoro o alleanza tra clinico e paziente, ma non c'è affatto accordo su quali parti della situazione clinica siano responsabili e concorrano alla creazione di un'effettiva alleanza di lavoro. Se pensiamo di scomporre il sistema clinico in sei aspetti del processo, allora questo diventa studiabile empiricamente: il contratto clinico, le operazioni tecniche, il legame, l'auto-raccontarsi e svelarsi, l'impatto delle sessioni e il corso/andamento del lavoro. Quello che noi ci proponiamo di studiare sono alcuni di questi aspetti: le operazioni tecniche del clinico, l'efficacia delle diverse tecniche a disposizione e il loro impatto nelle sessioni, nel corso della processualità del lavoro clinico (inteso come successione temporale di primi colloqui e colloqui di restituzione).

Vogliamo studiare come le azioni del clinico (intese come contenuto e modalità di intervento) influenzano la qualità delle risposte del paziente da un punto di vista emotivo e cognitivo al fine di aumentare la comprensione rispetto ai processi precoci e primari di funzionamento della patologia. L'utilità clinica è l'implementazione di tecniche e strategie che lo psicologo può e deve mettere in atto nei colloqui per individuare l'organizzatore primario della patologia e cercare un'alleanza diagnostica, precursore della sintonizzazione e quindi dell'alleanza di lavoro con il paziente, che in letteratura sono riconosciuti come principali predittori di un buon esito del successivo trattamento – più che la personalità di paziente e terapeuta, il livello di gravità sintomatologica del paziente e la sua diagnosi specifica, ma in associazione alla qualità delle esperienze di vita precoci e potenzialmente traumatiche del paziente, alla qualità delle sue relazioni d'oggetto e alle funzioni interpersonali preesistenti prima della terapia (Joyce, Piper, 1998; Kokotovic, Tracey, 1990; Mallinckrodt, 1991; Moras, Strupp, 1982; Muran, Segal, Samstag, Crawford, 1994; Piper, Azim, Joyce, McCallum, 1991; Horvath, 1994; Raue, Goldfried, Barkham, 1997). Da molteplici studi meta-analitici (Martin, 2000 solo per citarne uno) è emerso, infatti, come gli aspetti interattivi clinico/paziente legati alla relazione comunicazionale abbiano un ruolo centrale nel concetto di alleanza e sintonizzazione: la gran parte della varianza (73%) di questo costruito, infatti, può essere spiegata con e deriva dall'interazione relazionale (Price, Jones, 1998), mentre la restante parte è spiegata dalle capacità di ascolto ed empatia del clinico capace di creare un'atmosfera di calore e sicurezza (Raue, Goldfried, 1994) – secondo alcuni (Henry, Strupp, 1994) tuttavia il rapporto sarebbe invertito e questa atmosfera sarebbe la risultante di un buon contatto già stabilitosi. Controverso è appunto il tema di quale siano i costrutti dell'interazione comunicazione che facilitano *versus* ostacolano la sintonizzazione: le sessioni ad alta alleanza hanno pochi cambiamenti di tematiche, maggiori momenti di ascolto da parte del clinico e un grado elevato di rispondenza del paziente agli interventi – interpretativi o meno – del clinico (Sexton, Hembre, Kvarme, 1996).

Fatte queste premesse, lo scopo di questo *step* del lavoro è proprio concentrare la giusta attenzione allo studio della tecnica e all'analisi degli interventi del clinico, senza tralasciare alcuni aspetti che giocano un ruolo centrale affinché una giusta domanda o intervento del clinico possano essere usati dal paziente: la tecnica, l'accuratezza,

l'accomodamento, la forma, il *timing*. Quest'ultimo aspetto può essere compreso come (A) il momento in cui un intervento è fatto e una tecnica è usata in relazione al paziente e alle variabili specifiche del processo, ma anche (B) come il clinico costruisce un *pattern* di interventi nel tempo. Noi vogliamo studiare in particolare questa teorizzazione del *timing* e vogliamo determinare se (A) pattern di interventi (specifici e ricorsivi) caratterizzano i colloqui del processo diagnostico e se (B) esiste un legame tra i *pattern* di intervento e la sintonizzazione clinico/paziente.

Per dirimere la questione, fondamentale diventa identificare un *marker* che agisce all'interno del processo e che sia alla base della costruzione della sintonizzazione. La sintonizzazione del paziente viene valutata in base a quanto questo è capace di costruire un ponte veicolato dal canale affettivo e/o cognitivo tra il materiale da lui portato, l'intervento del clinico e il suo vissuto affettivo e una comprensione diversa e ristrutturata dell'evento. La nostra ipotesi è che la qualità della relazione clinico/paziente per come emerge attraverso la corrispondenza e la connessione delle tecniche del clinico/risposte del paziente sia un buon *marker*. Questa connessione può essere l'epifenomeno e la misura della vicinanza e della mutualità o reciprocità del rapporto tra i due *partner*. Una buona connessione implica l'esistenza di fiducia che permette a sua volta la condivisione di materiale pregnante dal punto di vista emotivo, senza eccessive risposte negative e di allarme da parte del paziente.

Quello che ci interessa studiare, allora, è la qualità/modalità dell'interazione tra clinico e paziente: indagare gli stili di interazione e regolazione emotiva adottati dal clinico e vedere quale è il loro effetto sul paziente in quanto meccanismi per individuare l'organizzatore patologico precoce e per costruire l'emergere e la riparazione degli schemi dell'emozione dissociati e patologici. Ovviamente è impossibile stabilire una relazione lineare tra la quantità e la presenza di certi interventi tecnici apparentemente utili e l'efficacia di un processo diagnostico, la cui qualità dipende dall'essere o meno riusciti a rilevare un possibile organizzatore che determina l'assetto patologico. Ciononostante, c'è un piccolo dubbio che 'ciò che è fatto dal clinico e come lo fa, assolutamente produce un effetto sul processo di sofferenza del paziente' (Sachse, 1996, pag. 274). Il primo obiettivo di questo studio, allora, è studiare la relazione tra intervento del clinico e risposta verbale del paziente – considerando che questo aspetto limitato sia comunque in grado, come lo misuriamo, di fornire informazioni rispetto allo stato emotivo del paziente. La nostra ipotesi è che sebbene le tecniche supportive siano seguite spesso da una *disclosure* del paziente, gli interventi interpretativi sono massimamente seguiti da una *disclosure* emotiva del paziente a cui fa seguito in un tempo t2 anche una scoperta cognitiva.

L'ipotesi di partenza è che, secondo noi, è improprio e scorretto pensare che la condivisione empatica e un clima di calore e accoglienza siano sufficienti da soli per creare la sintonizzazione perché, se così fosse, non sarebbe un pregiudizio pensare che chiunque, senza competenze tecniche e scolastiche specifiche, sarebbe in grado di fare il mestiere del clinico. Vogliamo allora valutare l'efficacia degli interventi tecnici specifici del clinico e il loro ruolo come strategie di facilitazione e intervento, e in particolare ci aspettavamo che: (A) emergano differenze significative nelle modalità di interazione e di regolazione adottate nei confronti del paziente in relazione ai *setting* specifici studiati (primi colloqui e colloqui di restituzione), (B) che nei primi colloqui lo stile di interazione adottato sia maggiormente centrato sulla stimolazione subsimbolica ed emotiva e che la risposta e reattività del paziente sia da moderata a bassa e comunque sintonizzata su una canale ugualmente subsimbolico, affettivo e senza mediazione cognitiva, (C) che nei colloqui di restituzione invece il clinico cerchi di adottare uno stile maggiormente propositivo e interpretativo (sempre che la psicopatologia del paziente glielo permetta!), meno di accudimento e di consolazione, più direttivo e volto a testare ipotesi, cercando un contatto non tramite un canale empatico ma bensì tramite la ricchezza del contenuto e della comprensione esito del ragionamento clinico; a questo stile del clinico dovrà corrispondere una minore sintonizzazione emotiva e un'attenuazione del sentimento di comprensione veicolata dall'empatia, ma un incremento equivalente della comprensione del proprio funzionamento, personalità e modo di relazionarsi con sé e con l'altro.

PRIMI COLLOQUI. Una serie di analisi lag-sequenziali (lag 1 e lag5) è stata eseguita per esaminare il processo di interazione: questo tipo di analisi studia le probabilità associate a una serie di sequenze comportamentali per ciascun *pattern* di interazione clinico/paziente (contingenza) a partire dalle frequenze osservate di ciascuna categoria verbale che identifica il comportamento dei due *partner* nel discorso (*base rate*).

Le analisi producono il *likelihood ratio chi-square* complessivo (L2) che, se significativo, indica che le celle di frequenza delle sequenze osservate sono significativamente diverse dai valori delle celle di frequenza delle sequenze attese. Quando L2 è significativo, ciascuna sequenza osservata (ed espressa in termini di frequenza) deve essere valutata anche per la sua significatività in relazione ai valori dei residui corretti, che rappresentano un'accettabile approssimazione a dei punteggi Z standardizzati e che permettono di calcolare i valori di *goodness of fit* delle singole celle. Solo i valori di dipendenza con punteggi Z pari o maggiori a  $\pm 1.96$  ( $p=.05$ ) possono essere considerati significativamente diversi dai valori delle sequenze attese. Poiché ciascuna analisi contiene Z *score* multipli, saranno presentati anche i relativi aggiustamenti con la formula di Bonferroni. Infine l'Effect Size (ES) è stato calcolato per ogni analisi con  $Z \pm 1.96$  usando la formula di Bakeman e Gottman, che si serve degli indici di associazione Q di Yule per avere degli indici di associazione sequenziali che non dipendono dalle frequenze totali dei comportamenti e permettono di distinguere non solo la presenza e la direzione di un'associazione, ma anche il peso della loro forza, distinguendo tra livelli di associazione bassi (.10), moderati (.30) e alti (.50).

**A. Primo step: analisi lag-sequenziali lag1.** L'analisi delle copresenze tramite tabelle di contingenza a ritardo zero (lag1) ha evidenziato l'esistenza di un'associazione significativa fra i comportamenti messi in atto dal clinico in termini di tecniche della domanda e comportamenti messi in atto dal paziente in termini di tipologie di risposta (qualità dell'elaborazione dei contenuti) durante i primi colloqui ( $\chi^2=325.3552$ ,  $gdl=45$ ,  $p<0.000001$ , frequenze attese $<5=20\%$ , frequenze attese $<3=15\%$ ).

Tab. 20 – Co-presenze e pattern di associazione tecnica della domanda clinico/qualità della risposta paziente a lag1

| cl/pz                         | pz EFAT |           | pz EEMO |           | pz ESIGN |        | pz DISCV |           | pz DISPER |    | pz DISDIS |    |
|-------------------------------|---------|-----------|---------|-----------|----------|--------|----------|-----------|-----------|----|-----------|----|
|                               | Z       | ES        | Z       | ES        | Z        | ES     | Z        | ES        | Z         | ES | Z         | ES |
| Domande Q                     | 8.254*  | 0.236***  | 1.597   |           | -1.065:  |        | -8.614*  | -0.456*** | 1.595:    |    | -0.184:   |    |
| Riformulazione R              | -1.874  |           | 2.830*  | 0.326**   | 1.646:   |        | -1.700   |           | -0.086:   |    | -0.917:   |    |
| Mantenimento WES              | -2.461* | -0.529*** | -3.543* | -0.514*** | 0.049:   |        | 5.677*   | 0.373**   | -0.356:   |    | 0.236:    |    |
| Arrangiamento contrattuale CA | -2.610* | -0.779*** | -3.455* | -0.695*** | -1.459:  |        | 8.201*   | 0.747***  | -1.241:   |    | -1.937:   |    |
| Sostegno SS                   | -1.874  |           | -1.974* | 0.046*    | -0.996:  |        | 4.607*   | 0.509***  | -0.800:   |    | -0.236:   |    |
| Associazione Ass              | -3.019* | -0.323**  | -1.996* | 0.564*    | -0.801:  |        | 2.771*   | 0.091*    | 1.306:    |    | 0.960:    |    |
| Chiarificazione CI            | 3.161*  | 0.076*    | 1.710   |           | -0.036:  |        | -3.081*  | -0.193*   | -1.108:   |    | -1.266:   |    |
| Riconoscimento Cack           | 0.598   |           | 2.062*  | 0.110*    | -1.308:  |        | -2.651*  | -0.313**  | 0.587:    |    | 0.895:    |    |
| Interpretazione DI            | -6.214* | -0.650*** | -1.997* | -0.141*   | 3.502:*  | 0.120* | 5.392*   | 0.172*    | -1.582:   |    | 1.208:    |    |
| Niente                        | -2.807  |           | 2.315   |           | -0.378:  |        | 0.042    |           | 0.578:    |    | -0.278:   |    |

Residui corretti standardizzati significativi solo se  $>|2|$ . Il segno positivo indica un'associazione diretta, il segno negativo indica un'associazione inversa. Il simbolo : indica quei residui che per la bassa frequenza non sono approssimabili alla curva di distribuzione normale (significativi solo se  $>|4|$ ). ES BASSO \* ES MODERATO \*\* ES ALTO \*\*\*

Innanzitutto una prima considerazione sui risultati riguarda il fatto che le categorie di risposta del paziente Distorsione del Significato (DISDIS) e Discorso Periferico (DISPER), in proporzione alle altre categorie e in particolare a Espressioni riempitive o vaghe (DISCV), ricorrono un numero di volte molto basso e di conseguenza i residui corretti ottenuti non soddisfano i criteri di approssimazione alla curva normale. Per questa ragione le due variabili non verranno ulteriormente discusse e nelle analisi successive saranno accorpate nella categoria generica DISCV. La bassa frequenza con cui queste risposte sono state riscontrate è riferibile alla loro natura più legata alle caratteristiche di personalità del paziente che al tipo di *pattern* di interazione. Esse, infatti, indicano una diselaborazione della narrazione verbale elevata che, a differenza della disfluenza verbale, è tendenzialmente connessa alla psicosi e al delirio.

Anche la categoria di risposta Espressione di significati (ESIGN) ricorre un numero di volte molto basso, per cui i residui corretti ottenuti non soddisfano i criteri di approssimazione alla normale praticamente in nessun caso. Nonostante ciò, delle ipotesi esplicative verranno considerate, infatti, questo dato può avere un significato se letto come correlato della richiesta di consultazione: il paziente non sembra essere in grado di collegare efficacemente fatti, emozioni e significati proprio perché sta affrontando temi problematici e a cui tende a dare attribuzioni erranee.

La categoria Niente è stata creata per categorizzare tutti gli interventi del clinico non classificabili nelle altre categorie e include quindi affermazioni che non presentano alcuna qualità condivisa. Di conseguenza, non sarebbe corretto formulare ipotesi esplicative.

Dall'analisi sequenziale applicata ai primi colloqui emergono le seguenti associazioni significative di *pattern* comportamentali messi in atto simultaneamente (lag1):

- forti associazioni (ES) positive (+) tra Q\_EFAT, significa che alle domande del clinico il paziente tende a rispondere raccontando fatti, episodi, eventi caratterizzati da una trama narrativa, temporale e causale ma senza alcun riferimento alle emozioni provate. L'associazione tra le domande e la narrazione di fatti riflette una condivisione delle finalità dei primi colloqui: la raccolta di informazioni, per cui il clinico formula domande mirate a conoscere il paziente e la sua situazione e quest'ultimo risponde raccontando eventi per lui significativi

- forti associazioni negative (-) tra WES\_EFAT e tra WES\_EEMO, significa che strategie di miglioramento del lavoro di mantenimento da parte del clinico provocano nel paziente reazioni di allarme, una riduzione delle capacità di elaborazione e ritiro, le risposte infatti sono ricollegabili a una modalità narrativa arida e asettica che tende a negare il bisogno di aiuto e a spostare il contenuto della comunicazione su episodi neutrali e stereotipati; tra CA\_EFAT e tra CA\_EEMO, ugualmente l'arrangiamento contrattuale elicitava chiusura emotiva e si associa a verbalizzazioni del paziente che hanno a che fare con aspetti organizzativi; tra DI\_EFAT, significa che, quando presenti, gli interventi interpretativi del clinico si associano a reazioni negative, di ritiro, di allarme, di negazione di affermazioni vissute come intrusive perché vissute come azzardate o sbagliate o giudizi negativi di valore da parte di una persona a cui non ha ancora deciso se conferire fiducia

- moderate associazioni positive tra R\_EEMO, la riformulazione implica l'aggiunta di contenuto emotivo all'argomento portato dal paziente ed è infatti positivamente associata all'elaborazione di significati

- moderate associazioni negative tra Ass\_EFAT, l'associazione consiste nella rivelazione del punto di vista del clinico o nell'espressione di considerazioni di ordine generale e suscita nel paziente risposte ugualmente inerenti a fatti generici. Probabilmente la scelta del clinico di usare questo tipo di interventi è finalizzata a trovare un contatto con il paziente sulla base di argomenti diversi dagli argomenti connessi alla sua situazione problematica, per valutare come funziona in situazioni meno problematiche. Inoltre gli permettono di proporre delle 'pause' dal compito, perché impegnarsi nella narrazione per tutta la durata del colloquio potrebbe risultare molto faticoso

- basse associazioni positive tra CI\_EFAT. La chiarificazione – che consiste nel riassumere ciò che il paziente ha detto con altre parole e senza aggiungere ulteriori significati – sembra incrementare la consapevolezza del paziente che il clinico lo sta ascoltando e che lo comprende, in questo modo lo incoraggia a portare avanti il compito di esplicitare il proprio disagio; tra SS\_EEMO, significa che quando il paziente si sente riconosciuto e sostenuto su un piano emotivo diventa immediatamente in grado di entrare in sintonia con l'altro e di riportare episodi relazionali; tra Ass\_EEMO,

nella stessa direzione va questo dato che ci dice che quando il clinico è disponibile alla *selfdisclosure* e si relaziona al paziente in modo adeguato rispetto alle sue necessità creando un clima di sostegno e supporto caratterizzato da assenza di critica e astinenza dal giudizio, si crea uno spazio non allarmato in cui il paziente stesso ha un accesso più facile a determinati contenuti e può indagare nuove connessioni; tra Cack\_EEMO, il riconoscimento è associato all'espressione di emozioni, probabilmente perché veicola l'attenzione e l'empatia del clinico; tra DI\_ESIGN, quando non negato, il *reframing* del materiale (il diverso modo cioè di organizzare il materiale operato dal clinico e la possibilità di proporre nuovi *link* associativi) produce una comprensione nel paziente che non rimane solo a livello subsimbolico, ma che produce una comprensione di livello più elevato

- basse associazioni negative tra DI\_EEMO, che se lette con il dato sopra indicano che una riorganizzazione del materiale troppo precoce oppure in qualche modo arbitraria suscita un senso di estraneità nel paziente, che si trova di fronte a qualcosa che non gli corrisponde, e mette allora in atto una chiusura rispetto alle emozioni e alla narrazione di episodi. Quando l'interpretazione è invece positiva e riconosciuta, porta all'espressione di significati: il clinico propone un organizzatore che aiuta il paziente a leggere quello che sta facendo in modo più agevole, associa un elemento al suo significato e il paziente, significato con il clinico come garante, reagisce positivamente accogliendo ed elaborando ulteriormente l'approfondimento proposto.

Da ultimo, un dato che appare immediatamente significativo consiste nell'associazione della Disfluenza Verbale con tutte le tecniche di domanda del clinico, tranne la Riformulazione. La Disfluenza Verbale indica la presenza nel discorso del paziente di termini vaghi, pause, parole che non aggiungono significato, frasi non concluse e altre forme di esitazione. È possibile che la disfluenza sia in qualche modo connessa con un cambiamento di stato per cui quello che sembra chiaro in un momento, può non esserlo più nel momento in cui si verbalizza cerca di verbalizzarlo. Le associazioni riscontrate sono interpretabili considerando che nei primi colloqui il paziente si trova ad affrontare il difficile compito di dover organizzare i dati e le emozioni che ha a sua disposizione e poi trovare il modo di trasferire questi dati (che in alcuni casi non sono più che sensazioni) in parole e in frasi che abbiano un senso compiuto, in un contesto di cui non ha esperienza e di cui non conosce ancora il funzionamento. Egli appare in grado di utilizzare gli interventi del clinico che facilitano questo compito e si situano a un livello superficiale di elaborazione: la Disfluenza Verbale infatti è inversamente associata alle tecniche di Domanda, Chiarificazione e Riconoscimento, ad indicare che il paziente si esprime in modo più chiaro in seguito a queste tipologie di intervento. Al contrario, la Disfluenza Verbale risulta associata in modo diretto (e quindi aumenta a seguito di interventi di) a Sostegno, Associazione ed Interpretazione delle Difese. Il paziente risponde mettendo in atto un comportamento di attesa o astensione dal rapporto, in attesa di ambientarsi e sentirsi sicuro per poi eventualmente aprirsi. L'associazione positiva tra Miglioramento del Lavoro Terapeutico e Arrangiamento Contrattuale con la Disfluenza Verbale, infine, indica l'attivazione di vissuti negativi connessi al sé percepito come malato e ai problemi portati dal paziente. La Riformulazione risulta essere l'unica tecnica non associata alla Disfluenza Verbale, probabilmente perché non aggiunge elaborazione né contenuto all'argomento trattato. Quindi, se da un lato non aumenta il livello emotivo del paziente e il suo allarme, cosa che peggiorerebbe le sue capacità espressive, dall'altro non lo aiuta a sentirsi capito, e non facilita il compito della narrazione.

**B. Secondo step: analisi lag-sequenziali lag4 e lag5.** Al fine di analizzare le sequenze comportamentali durante le interazioni, sono state analizzate le risposte del paziente alla tecnica di domanda del clinico presenti in un ritardo/intervallo di 5 interazioni botta/risposta. È stata scelta questa durata di ritardo perché, come evidenziato da precedenti ricerche, si può assumere che durante un'interazione i comportamenti che iniziano entro i secondi scanditi da 5 interazioni botta/risposta successivi al comportamento del clinico possono essere considerati contingenti e quindi una risposta al comportamento di questi (Tamis-LeMonda, Bornstein, 2002; Bucci, 2009). Quest'ipotesi è supportata qualitativamente dalla lettura dei colloqui stessi: quello che, infatti, appare evidente e intuitivo è che gli effetti degli interventi del clinico non agiscono e non influenzano solo la risposta immediatamente successiva nel paziente, ma implicano tempi di reazione lag5, appunto, per cui, per esempio, la risposta ESIGN a un'interpretazione DI spesso compare 5 sequenze comunicazionali dopo. Per vedere se questo dato qualitativo avesse senso, abbiamo eseguito le analisi lag5. Non si può tuttavia trascurare il fatto che l'intervento a lag1 del clinico è seguito nelle 5 interazioni da altrettanti interventi a lag2, lag3 e lag4. Per tenere sotto controllo questa variabile, abbiamo affiancato all'analisi



sequenziale dell'interazione clinico/paziente anche un'analisi sequenziale lag4 sui soli interventi del clinico: l'obiettivo era, scelto un comportamento come criterio (il procedere dal tempo1 al tempo5 delle tecniche interattive usate in successione dal clinico), esaminare la sequenza temporale e le scelte successive cui si associa così da tenere sotto controllo qualitativamente la variabile e le sequenze interattive che ne derivano non solo in termini di risposta del paziente ma anche di scelta tecnica successiva del clinico. Un'ulteriore considerazione preliminare riguarda la scelta di escludere dalle analisi a lag5 la categoria di risposta del paziente Diselaborazione, quello che infatti ci interessa valutare non sono tanto i momenti di disorganizzazione linguistica del paziente, quanto il peso e l'effetto che le tecniche della domanda del clinico hanno rispetto alla capacità del paziente di portare del materiale che sia pregnante a diversi livelli, che sono appunto le variabili di elaborazione di fatti semplici (EFAT), la capacità di riportare anche le emozioni concomitanti (EEMO) e quella di compiere un'operazione trasformativa sul materiale e comprenderlo a livello di significato nella storia di vita personale (ESIGN).

Presenteremo i dati riportando in ordine: le tabelle lag5 dei *pattern* di associazione tecnica della domanda clinico/qualità della risposta paziente, le tabelle lag4 dei pattern di associazione tecnica del clinico/scelta tecnica successiva e daremo, da ultimo, una lettura combinata dei risultati a partire da un espediente grafico.

Le tabelle di contingenza a lag5 dei pattern di associazione tecnica della domanda clinico/qualità della risposta paziente hanno evidenziato l'esistenza di un'associazione significativa fra i comportamenti messi in atto dal clinico in termini di tecniche della domanda e comportamenti messi in atto dal paziente in termini di tipologie di risposta (qualità dell'elaborazione dei contenuti) durante i primi colloqui ( $\chi^2=136.2884$ ,  $gdf=48$ ,  $p<0.001$ ).



Tab. 21 – Co-presenze e pattern di associazione tecnica della domanda clinico/qualità della risposta paziente a lag5

| cl (PIRS)                     | pz (ELAB/DIS) | lag1    |           | lag2    |           | lag3    |           | lag4    |           | lag5    |           |
|-------------------------------|---------------|---------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|
|                               |               | Z       | ES        | Z       | ES        | Z       | ES        | Z       | ES        | Z       | ES        |
| Domande Q                     | EFAT          | 8.254*  | 0.236***  | 4.574*  | -0.695*** |         |           | 9.533*  | 0.752***  | -5.142* | -0.612*** |
|                               | EEMO          |         |           |         |           | -6.044* | -0.555*** | -6.811* | -0.811*** | 6.132*  | 0.612***  |
|                               | ESIGN         |         |           |         |           |         |           |         |           |         |           |
| Riformulazione R              | EFAT          | 2.830*  | 0.326**   | -2.944* | -0.385**  |         |           |         |           |         |           |
|                               | EEMO          |         |           |         |           | 4.866*  | 0.847***  | 4.153*  | 0.599***  | -3.978* | -0.048*   |
|                               | ESIGN         |         |           |         |           |         |           |         |           | 7.021*  | 0.096*    |
| Mantenimento WES              | EFAT          | -2.461* | -0.529*** | -8.975* | -0.436**  | 4.476*  | 0.086*    | 8.011*  | 0.499**   | 5.298*  | 0.374**   |
|                               | EEMO          | -3.543* | -0.514*** |         |           |         |           |         |           | 5.29*   | 0.046*    |
|                               | ESIGN         |         |           |         |           |         |           |         |           |         |           |
| Arrangiamento contrattuale CA | EFAT          | -2.610* | -0.779*** |         |           | -9.710* | -0.895*** |         |           |         |           |
|                               | EEMO          | -3.455* | -0.695*** |         |           |         |           |         |           |         |           |
|                               | ESIGN         |         |           |         |           |         |           |         |           |         |           |
| Sostegno SS                   | EFAT          |         |           | 5.238*  | 0.894***  |         |           |         |           |         |           |
|                               | EEMO          | -1.974* | 0.046*    | 5.587*  | 0.841***  | 4.030*  | 0.541***  | 3.411*  | 0.641***  | 4.032*  | 0.690***  |
|                               | ESIGN         |         |           |         |           | 3.122*  | 0.016*    |         |           |         |           |
| Associazione Ass              | EFAT          | -3.019* | -0.323**  | 4.433*  | 0.476**   | 8.597*  | 0.096*    | 8.855*  | 0.400**   |         |           |
|                               | EEMO          | -1.996* | 0.564*    |         |           | 4.501*  | 0.062*    |         |           | 4.333*  | 0.069*    |
|                               | ESIGN         |         |           |         |           |         |           |         |           |         |           |
| Chiarificazione CI            | EFAT          | 3.161*  | 0.076*    | -6.011* | -0.091*   | -4.865* | -0.074*   |         |           |         |           |
|                               | EEMO          |         |           | 8.911*  | 0.426**   | 4.951*  | 0.679***  | 8.911*  | 0.721***  | 4.951*  | 0.665***  |
|                               | ESIGN         |         |           |         |           |         |           |         |           | 6.476*  | 0.412**   |
| Riconoscimento Cack           | EFAT          |         |           | 2.031*  | 0.146*    | 9.501*  | 0.005*    |         |           |         |           |
|                               | EEMO          | 2.062*  | 0.110*    | 4.897*  | 0.094*    | 5.577*  | 0.496**   | 3.555*  | 0.343**   | 2.073*  | 0.412**   |
|                               | ESIGN         |         |           |         |           |         |           |         |           |         |           |
| Interpretazione DI            | EFAT          | -6.214* | -0.650*** | -6.112* | -0.512*** |         |           |         |           |         |           |
|                               | EEMO          | -1.997* | -0.141*   | 2.534*  | 0.109*    | 4.999*  | 0.383**   | 3.923*  | 0.421**   | 5.026*  | 0.326**   |
|                               | ESIGN         | 3.502*  | 0.120*    | -7.598* | -0.033*   | 2.498*  | 0.129*    | 9.549*  | 0.199*    | 2.354*  | 0.459**   |

Residui corretti standardizzati significativi solo se >|2|. Il segno positivo indica un'associazione diretta, il segno negativo indica un'associazione inversa. Il simbolo : indica quei residui che per la bassa frequenza non sono approssimabili alla curva di distribuzione normale (significativi solo se >|4|. ES BASSO \* ES MODERATO \*\* ES ALTO \*\*\*

La prima colonna si riferisce agli interventi del clinico al tempo zero (lag0), la seconda colonna si riferisce alle successive risposte del paziente in relazione a scambi discorsi di 5 unità botta/risposta. Per chiarezza espositiva, data la complessità della tabella, in questo caso sono riportati solo i residui corretti significativi (Z>2, p=0.05) con i relativi ES

Per costruire le tabelle di contingenza a lag4 dei *pattern* di associazione tecnica del clinico/scelta tecnica successiva abbiamo scelto di raggruppare tra categorie di tecniche della domanda simili e abbiamo trovato cinque macrocategorie di scelte tecniche: (A) interpretazioni che include DI (B) domande, che comprende solo Q (C) chiarificazioni che include CI, CA e WES (D) associazioni che include R e Ass (E) tecniche di supporto che include SS e Cack. Le tabelle di contingenza lag4 corrispondenti hanno evidenziato l'esistenza di sequenze specifiche e maggiormente probabili nelle scelte tecniche di intervento del clinico durante i primi colloqui ( $\chi^2=184.5741$ ,  $gdl=48$ ,  $p<0.001$ ) – per chiarezza espositiva, data la complessità della matrice che si ottiene, riportiamo solo i *pattern* significativi.

Tab. 22 – Co-presenze e pattern di associazione tecnica della domanda/tecnica della domanda successiva a lag4

| cl (PIRS)                     | pz (ELAB/DIS) | lag1   |          | lag2   |          | lag3   |          | lag4   |          |
|-------------------------------|---------------|--------|----------|--------|----------|--------|----------|--------|----------|
|                               |               | Z      | ES       | Z      | ES       | Z      | ES       | Z      | ES       |
| Domande Q                     | Q             | 5.142* | 0.612*** | 4.574* | 0.695*** | 8.254* | 0.236*** |        |          |
|                               | CI            |        |          |        |          |        |          | 5.238* | 0.894*** |
| Riformulazione R              | R             | 4.501* | 0.062*   |        |          |        |          |        |          |
|                               | CI            |        |          | 8.975* | 0.436**  | 4.897* | 0.094*   | 9.501* | 0.005*   |
| Mantenimento WES              | WES           | 3.543* | 0.514*** | 2.461* | 0.529*** | 8.911* | 0.426**  |        |          |
|                               | CI            |        |          |        |          |        |          | 6.044* | 0.555*** |
| Arrangiamento contrattuale CA | CA            | 4.433* | 0.476**  | 3.161* | 0.076*   | 4.476* | 0.086*   | 2.830* | 0.326**  |
|                               |               |        |          |        |          |        |          |        |          |
| Sostegno SS                   | SS            | 5.587* | 0.841*** |        |          | 2.944* | 0.385**  | 3.411* | 0.641*** |
|                               | DI            |        |          | 4.866* | 0.847*** |        |          |        |          |
| Associazione Ass              | Ass           | 3.019* | 0.323**  | 4.030* | 0.541*** | 8.597* | 0.096*   |        |          |
|                               | SS            |        |          |        |          |        |          | 8.855* | 0.400**  |
| Chiarificazione CI            | CI            | 1.974* | 0.046*   | 6.011* | 0.091*   | 4.865* | 0.074*   |        |          |
|                               | DI            |        |          |        |          |        |          | 9.710* | 0.895*** |
| Riconoscimento Cack           | Cack          | 2.062* | 0.110*   |        |          |        |          |        |          |
|                               | SS            |        |          | 2.951* | 0.679*** | 8.011* | 0.499**  |        |          |
|                               | DI            |        |          |        |          |        |          | 4.153* | 0.599*** |
| Interpretazione DI            | SS            | 2.534* | 0.109*   |        |          | 3.923* | 0.421**  |        |          |
|                               | DI            |        |          | 4.999* | 0.383**  |        |          | 1.997* | 0.141*** |

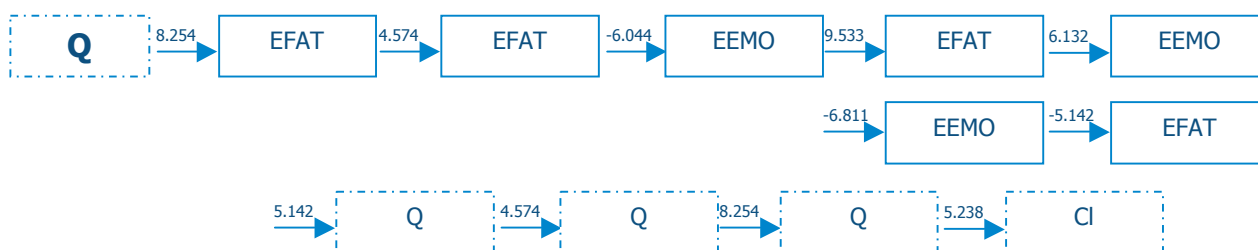
Residui corretti standardizzati significativi solo se  $>|2|$ . Il segno positivo indica un'associazione diretta, il segno negativo indica un'associazione inversa. Il simbolo : indica quei residui che per la bassa frequenza non sono approssimabili alla curva di distribuzione normale (significativi solo se  $>|4|$ . ES BASSO \* ES MODERATO \*\* ES ALTO \*\*\*

La prima colonna si riferisce agli interventi del clinico al tempo zero (lag0), la seconda colonna si riferisce alle successive risposte del paziente in relazione a scambi discorsi di 5 unità botta/risposta. Per chiarezza espositiva, data la complessità della tabella, in questo caso sono riportati solo i residui corretti significativi ( $Z>2$ ,  $p=0.05$ ) con i relativi ES

**C. Terzo step: lettura analitica dei risultati.** Per la lettura dei valori delle associazioni statisticamente significative relative ai singoli comportamenti a lag5 e lag4 ci serviamo di un espediente grafico. A partire dai risultati laglineari, infatti, è possibile costruire dei modellini lineari che descrivono i *pattern* di associazione e le catene di co-occorrenze (ci teniamo a ribadirlo, lineari) tra domande del clinico e qualità della risposta del paziente e domande del clinico di nuovo che descrivono schematicamente l'andamento del primo colloquio. Riportiamo di seguito le catene associative che ne derivano, una per volta per ogni singola tecnica della domanda del clinico considerata, e subito sotto la spiegazione e le conclusioni – sarebbe meglio dire spunti di riflessione – che ne possiamo trarre, che riguardano come un comportamento X del clinico genera – con una frequenza di co-occorrenza statisticamente significativa – una catena di eventi Y nel paziente.

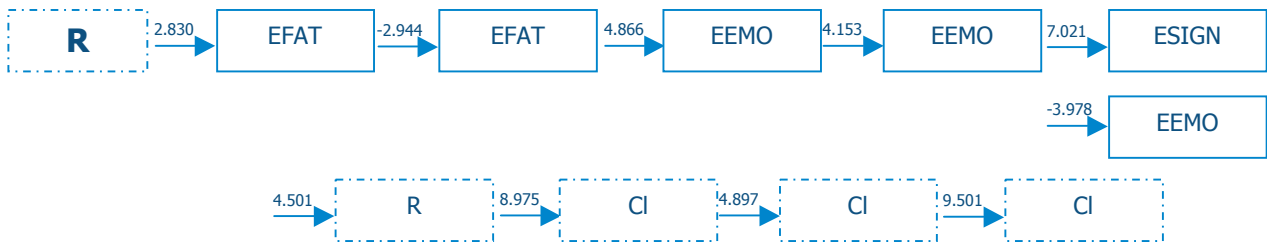
Sinteticamente, possiamo dire che la nostra ipotesi di partenza risulta confermata: i primi colloqui si caratterizzano per *pattern* specifici di andamento che hanno un carattere ricorsivo bi-direzionale. Lo stile di interazione adottato è maggiormente centrato sul contatto e sulla stimolazione subsimbolica ed emotiva e la risposta e reattività del paziente è da alta (EEMO) a moderata (ESIGN), ma comunque sintonizzata principalmente su una canale ugualmente subsimbolico, affettivo e che non prevede la mediazione cognitiva come canale di interazione privilegiato.

Fig. 18 – Conversational thread o flussi comunicativi a lag5 per Q



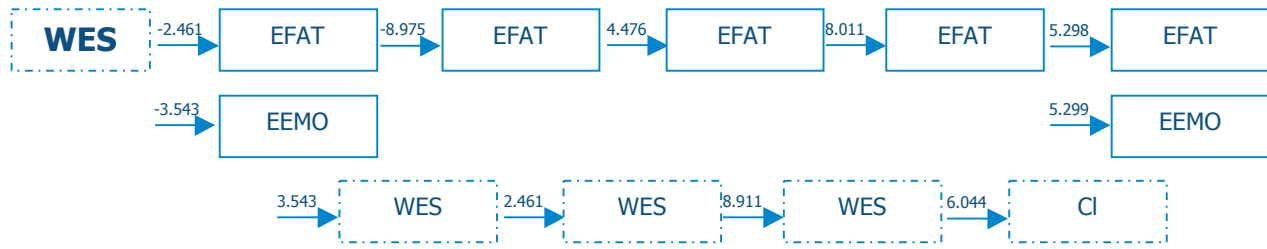
La domanda, come tecnica, non è neutra, nel senso che a breve termine induce il paziente a riportare principalmente episodi e fatti e si associa a una riduzione delle emozioni in quanto percepite come socialmente poco adeguate e difficili da descrivere, ma il solo fatto di ricordare e narrare porta il paziente al tempo3 ad associare ai fatti narrati le emozioni corrispondenti e creare quelli che potremmo definire episodi relazionali che costituiscono il materiale base per ricostruire una storia del paziente che sia in grado di veicolare i suoi *pattern* relazionali (o la loro assenza). Su questa scia, infatti, il clinico interviene mettendo nella catena associativa delle sue domande una chiarificazione che con il suo effetto rassicurante incoraggia il paziente sulla strada del connettere episodi ed emozioni. Tuttavia Q da sola non è in grado di portare il paziente a un grado di elaborazione maggiore perché non compare mai la categoria ESIGN: si tratta questo di un compito che il paziente non può fare da solo, ha bisogno per farlo che il clinico sia maggiormente presente dal punto di vista della comprensione emotiva/empatica (dovrebbe usare più CI?) e che abbia un ruolo più attivo nel ridefinire il suo materiale. La Q infatti è una tecnica in cui il clinico non fa niente, ma chiede e cerca solo di raccogliere informazioni.

Fig. 19 – Conversational thread o flussi comunicativi a lag5 per R



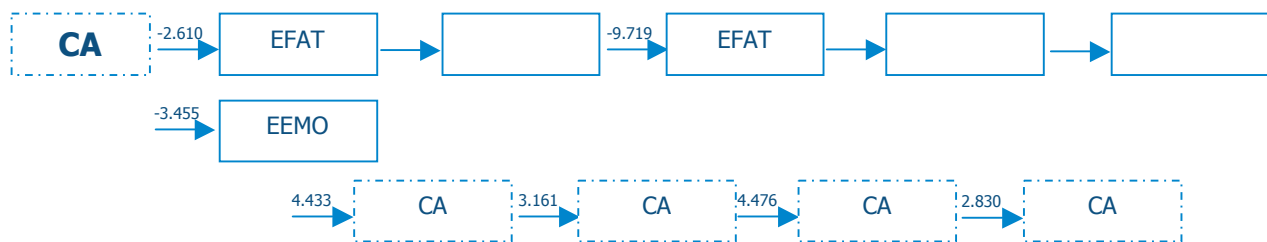
La riformulazione, di primo acchito, sembra poco efficace: l'intenzione del clinico è esprimere brevemente l'esperienza emotiva del paziente, ma non sembra riuscire perché la risposta del paziente è solo a livello di fatti. Il paziente al tempo1 afferma un episodio, ma non riconosce la componente affettiva, al tempo2 invece non si associa a nuovi fatti o episodi ma l'aspetto emotivo continua a rimanere silente e compare solo al tempo3 in cui il paziente riesce – forse grazie all'effetto anche della comparsa da parte del clinico di tecniche di chiarificazione – a includere l'affermazione di un fenomeno emotivo. Interessante quello che succede al tempo5 in cui la dimensione emotiva diventa marginale, ma il paziente riesce ad aggiungere all'emozione un aspetto cognitivo e a darle un significato.

Fig. 20 – Conversational thread o flussi comunicativi a lag5 per WES



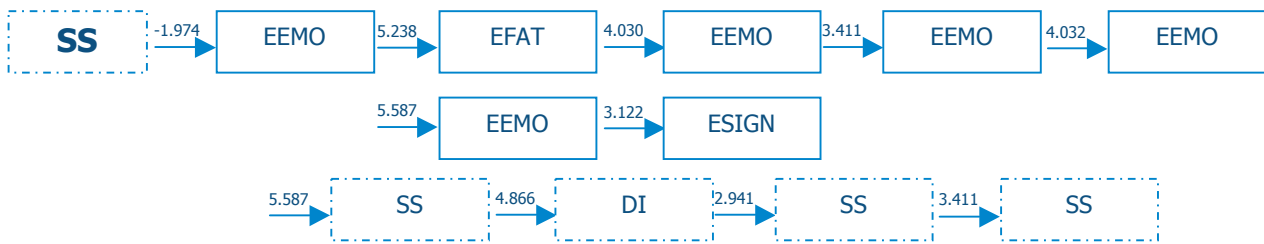
Al tempo1 e 2, le strategie di miglioramento del lavoro di mantenimento si associano a un decrescere della capacità del paziente di riportare fatti ed emozioni: fallisce nel suo obiettivo di incoraggiare il paziente a dire quello che gli passa per la testa senza preoccuparsi se può sembrare poco importante o oscuro e al contrario produce un allarme tale per cui segna un'interruzione del flusso narrativo. Al tempo3 e 4 il clinico riesce a raggiungere l'obiettivo di permettere al paziente di parlare liberamente, interessante che al tempo5 si associa anche una, se pur bassa, capacità di riportare i fatti ricollegandoli a esperienze significative ed emotivamente salienti. Questa tecnica sembra dunque richiedere un tempo di elaborazione maggiore nel paziente che tuttavia poi può riuscire a utilizzarla se il clinico la usa in associazione a tecniche di chiarificazione che facilitano la connessione tra emozioni e fatti e che mostrano al paziente come fare per riuscire in quest'operazione associativa.

Fig. 21 – Conversational thread o flussi comunicativi a lag5 per CA



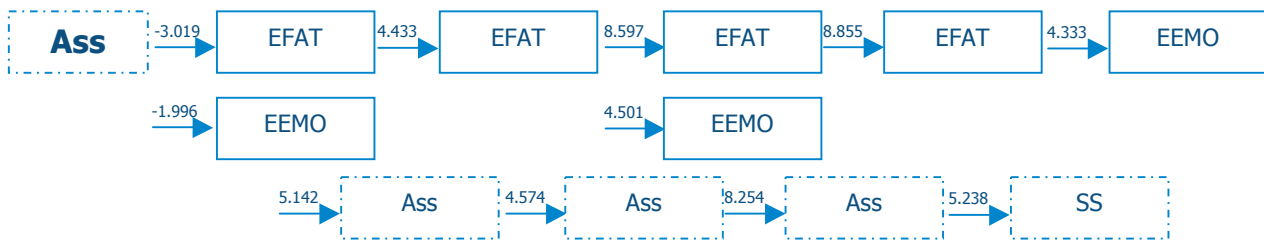
Il clinico usa l'arrangiamento contrattuale quando si riferisce al quando, per quanto tempo e con quale frequenza vedersi e spiega come sarà articolato il processo diagnostico. Il paziente resta zitto. Si segnala solo una associazione con EEMO forse da ricondurre all'emergere di sentimenti negativi e di autosvalutazione contro il sé percepito come bisognoso (allarme).

Fig. 22 – Conversational thread o flussi comunicativi a lag5 per SS



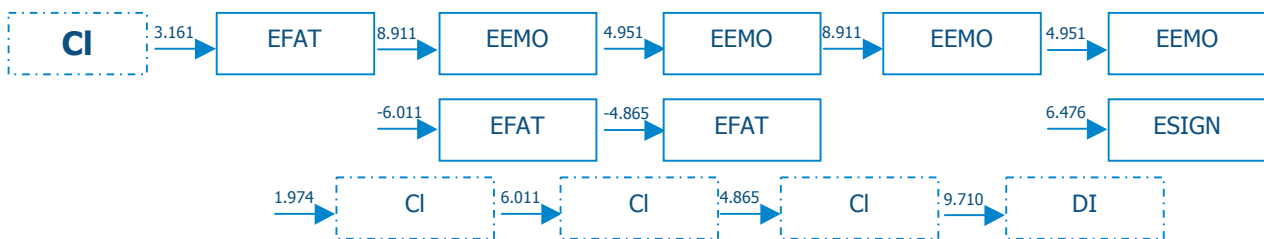
La tecnica direzione o strategia di sostegno è da subito efficace: la comprensione empatica e il sentimento del paziente di essere rinforzato negli sforzi fatti e riconosciuto nei suoi tentativi di trovare soluzioni strategiche, anche se non sempre efficaci, alle situazioni problematiche e dolorose ha un impatto forte sulla sua capacità di elaborare ulteriormente il materiale fattuale in termini di emozioni e affetti. La forza della comprensione e del riconoscimento da parte del clinico su un canale affettivo, poco elaborativo (DI compare solo al tempo3), mostra come le tecniche di supporto siano sufficienti al paziente per una prima rudimentale elaborazione della sua storia personale.

Fig. 23 – Conversational thread o flussi comunicativi a lag5 per Ass



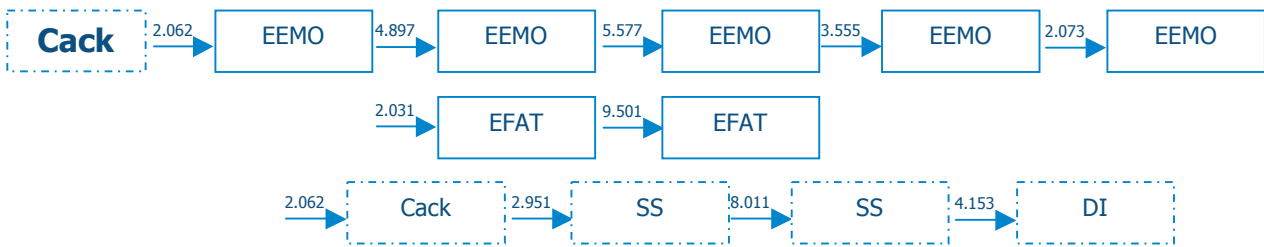
La tecnica associazione comprende tutti i commenti del clinico che si riferiscono alle persone o agli avvenimenti che non sono direttamente legati al paziente, le opinioni generali o affermazioni pregiudiziali o di senso comune rispetto a fatti sovra-generalizzati, ma può includere anche delle rivelazioni del clinico (*selfdisclosure*). Include ugualmente le risposte alle domande del paziente. Nel significato 1 e 3, l'associazione con EFAT è facilmente spiegabile nei termini di un colloquio che viene spostato su tematiche e argomenti generali. L'associazione con EEMO invece ci piacerebbe poterla legare, non solo alla comparsa di tecniche di supporto (SS), ma piuttosto ai momenti di *selfdisclosure* del clinico.

Fig. 24 – Conversational thread o flussi comunicativi a lag5 per CI



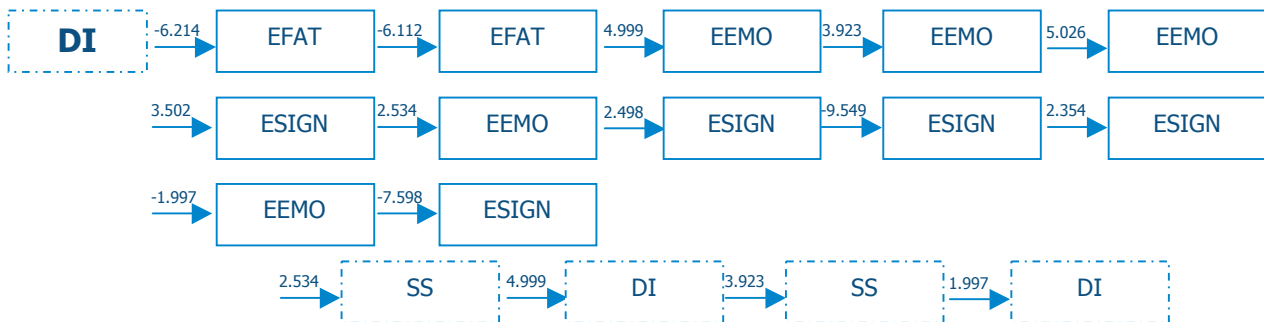
Con la tecnica della chiarificazione il clinico cerca di riassumere quello che il paziente ha appena detto con lo scopo di assicurarsi di aver ben capito e infatti in questo senso è associata al tempo1 a EFAT: il paziente chiarisce a sua volta quello che ha detto, corregge quello che il clinico non ha compreso bene e aggiunge materiale informativo che delucida e spieghi meglio il suo discorso precedente. Si tratta di semplici ripetizioni da parte del clinico di materiale riportato dal paziente, che in sé non hanno lo scopo di catturare dimensioni emotive specifiche, ma sembra che sul lungo termine sia utile ed elaborativo per il paziente sentire dalla voce di un altro i fatti riportati. La comprensione è a livello emotivo, subsimbolico, ma fornisce al clinico lo spunto per iniziare una catena associativa di interpretazioni.

Fig. 25 – Conversational thread o flussi comunicativi a lag5 per Cack



Per quanto la tecnica basata sul riconoscimento sia molto semplice perché si riferisce ai segni non lessicali e alle brevi affermazioni che il clinico usa per comunicare che quello che ha appena detto il paziente è stato ben capito, tuttavia risulta associata a una aumentata capacità del paziente di elaborare emozioni. Ancora una volta è dimostrato il potere del riconoscimento su un canale affettivo subsimbolico: il paziente si sente visto, accettato, accolto, ascoltato senza fraintendimenti e aumenta la sua disponibilità ad aprirsi a livello profondo e a comunicare schemi dell'emozione anche dolorosi. Il clinico, dal canto suo, conosce la forza di questa tecnica di supporto e la affianca ad altre volte sempre al riconoscimento del paziente e delle sue emozioni ma più interpretative.

Fig. 26 – Conversational thread o flussi comunicativi a lag5 per DI



La prima considerazione da fare è la scarsa frequenza di comparsa delle interpretazioni: questo fatto può essere spiegato in relazione agli obiettivi specifici del primo colloquio e alla scarsità di informazioni ancora a disposizione del clinico per formulare DI. Il clinico ha bisogno di sapere, di raccogliere informazioni sul paziente, di entrare in contatto con lui, non vuole che il suo paziente si allarmi e scappi da un contatto con lui come effetto di interventi troppo diretti a confrontarlo da subito con materiale con cui non ha familiarità, di cui si vergogna, che cerca di evitare. Al clinico mancano le informazioni per formulare ipotesi diagnostiche che possano essere accolte positivamente dal paziente e deve essere concentrato sulla costruzione di un'alleanza e per farlo sa che di dover privilegiare strategie e tecniche più emotive ed empatiche volte al riconoscimento e all'accettazione. Quando usata, l'interpretazione, al tempo t1 suscita allarme e ritiro: il paziente non riporta più fatti ma solo emozioni negative; ma a lungo termine, invece, crescono le associazioni positive con ESIGN e EEMO a indicare che, se il paziente si riconosce nell'interpretazione e nella lettura del caso data dal clinico, effettivamente la tecnica interpretativa è uno strumento forte. Da notare che il clinico utilizza le tecniche interpretative in associazione a interventi e tecniche di supporto, che forniscono al paziente un contesto in cui sentirsi abbastanza fiducioso e sicuro per affrontare e gestire anche i sentimenti più disorganizzanti.

COLLOQUI DI RESTITUZIONE. I colloqui di restituzione sono stati analizzati seguendo le medesime metodologie e analisi (analisi sequenziali lag1, lag5 e lag4).

**A. Primo step: analisi lag-sequenziali lag1.** L'analisi delle copresenze tramite tabelle di contingenza a ritardo zero (lag1) ha evidenziato l'esistenza di un'associazione significativa fra i comportamenti messi in atto dal clinico in termini di tecniche della domanda e comportamenti messi in atto dal paziente in termini di tipologie di risposta (qualità dell'elaborazione dei contenuti) durante i primi colloqui ( $\chi^2=253.8416$ ,  $gdf=45$ ,  $p<0.000001$ , frequenze attese $<5=28.3\%$ , frequenze attese $<3=16.7\%$ , frequenze attese $<1=3.3\%$ ).

Tab. 23 – Co-presenze e pattern di associazione tecnica della domanda clinico/qualità della risposta paziente a lag1

| cl/pz                         | pz EFAT |           | pz EEMO |           | pz ESIGN |          | pz DISCV |           | pz DISPER |    | pz DISDIS |    |
|-------------------------------|---------|-----------|---------|-----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|----|-----------|----|
|                               | Z       | ES        | Z       | ES        | Z        | ES       | Z        | ES        | Z         | ES | Z         | ES |
| Domande Q                     | 7.706*  | 0,219**   | 0.147   |           | -2.378*  | -0,355** | -4.639*  | -0,326**  | 0.749:    |    | -0.583:   |    |
| Riformulazione R              | -0.805: |           | 0.373:  |           | -1.198:  |          | -0.238:  |           | -1.011:   |    | 3.309:    |    |
| Mantenimento WES              | -3.430* | -0,913*** | 0.432   |           | -0.880:  |          | 4.093*   | 0,307**   | -1.046:   |    | -1.479:   |    |
| Arrangiamento contrattuale CA | -2.889* | -1,000*** | -3.393* | -0,727*** | -0.683:  |          | 7.379*   | 0,720***  | -0.692:   |    | -1.853:   |    |
| Sostegno SS                   | 1.651:  |           | -1.425: |           | -1.000*  | 0,551*** | 0.623:   |           | -0.636:   |    | 0.940:    |    |
| Associazione Ass              | -3.816* | -0,381**  | -2.414* | -0,149*   | -1.792*  | 0,325**  | 4.854*   | 0,137*    | 1.847:    |    | 1.087:    |    |
| Chiarificazione CI            | 2.430*  | 0,063*    | 1.411   |           | 2.889*   | -0,325*  | -4.201*  | -0,325**  | -0.838:   |    | -0.759:   |    |
| Riconoscimento Cack           | 1.590   |           | 2.717*  | 0,122*    | 2.215*   | 0,097*   | -4.690*  | -0,461*** | -0.450:   |    | -0.688:   |    |
| Interpretazione DI            | -4.239* | -0,551*** | 0.374   |           | 1.450*   | 0,059*   | 1.603    |           | -0.355:   |    | 1.021:    |    |
| Niente                        | -1.871  |           | 0.401   |           | -0.588:  |          | 1.120    |           | -0.114:   |    | 0.627:    |    |

Residui corretti standardizzati significativi solo se  $>|2|$ . Il segno positivo indica un'associazione diretta, il segno negativo indica un'associazione inversa. Il simbolo : indica quei residui che per la bassa frequenza non sono approssimabili alla curva di distribuzione normale (significativi solo se  $>|4|$ ). ES BASSO \* ES MODERATO \*\* ES ALTO \*\*\*

La prima considerazione sui risultati da fare è che, come nei primi colloqui, le categorie di risposta del paziente Distorsione del Significato (DISDIS) e Discorso Periferico (DISPER) ricorrono un numero di volte molto basso e di conseguenza le due variabili non verranno ulteriormente discusse.

Possiamo invece intuitivamente notare (guardando semplicemente le numerosità dei :) la prima differenza che contraddistingue questi colloqui dai primi: ESIGN compare un numero di volte maggiore e quasi sempre i risultati sono interpretabili. Questo dato ci sembra estremamente positivo perché rileva che i due contesti (colloquio clinico e colloquio di restituzione) godono di specificità differenti, ma segna un problema specifico che abbiamo trovato nella siglatura di questi colloqui: come siglare tutti quegli interventi a cavallo tra una tecnica interpretativa vera e propria (mai presente davvero nei colloqui da noi analizzati) e un intervento fortemente connotato in senso interpretativo, ma per così dire a un livello diverso da quello che ci aspettiamo nelle interpretazioni usate in un colloquio di terapia. Le interpretazioni che il clinico fa in questi colloqui di restituzione, infatti, sono qualitativamente diverse da quelle più propriamente definite di difesa, controllo e *transfert*. Potremmo coniare il termine Interpretazioni Diagnostiche per

definire tutti questi interventi in cui il clinico formula delle ipotesi di funzionamento per spiegare, comprendere e connettere causalmente i vissuti del paziente alla sua storia di vita, per dare un nome alle emozioni, per descrivere il funzionamento interpersonale, nonché gli schemi di sé e dell'altro. Tutti questi interventi, poiché coincidono con le ipotesi che il clinico deve falsificare, hanno una forma ipotetica: non possono essere date per assodate, devono essere poste al paziente in forma interrogativa per capire quanto ci si identifica e riconosce perché spesso, abbiamo notato, non attecchiscono l'effetto e non sono riconosciute da subito, spesso al paziente occorre una sorta di tempo di abitudine prima che ci si riconosca o prima che si permetta di riconoscersi – dopo aver abbattuto il muro dell'allarme, della vergogna e del dolore. Questi interventi condividono con le interpretazioni classiche il fatto che si tratta di osservazioni del clinico che cercano di mettere in evidenza, riferirsi a o spiegare i motivi per cui il paziente si è sentito e si sente in un certo modo in date situazioni e ugualmente vanno a verificare quali potrebbero essere i processi in grado di diminuire o attenuare uno stato emotivo disfunzionale o di forte allarme. Se ne discostano nella misura in cui non si riferiscono esplicitamente agli aspetti dinamici del conflitto, inclusi i desideri, le paure e le difese e vanno a cercare un accordo e un consenso con il paziente rispetto a contenuti/temi (episodi relazionali) e rappresentazioni (schemi del sé e dell'altro) non coscienti che esigono di diventare palesi e verbalizzabili. Si tratta di interventi in cui il clinico dirige l'attenzione del paziente su cose, eventi, ricordi, emozioni che quest'ultimo sembra evitare o non riconoscere per quello che sono: se ne darà allora una nuova lettura più logica e si scomporrà il fenomeno per renderlo osservabile e comprensibile, il clinico specificherà i metodi utilizzati per diminuire l'emozione o travisarne il senso, si informerà sui motivi possibili, cercherà di tradurre i fenomeni emotivi in parole. Il loro obiettivo è individuare possibili nessi (usando affermazioni o domande) tra le osservazioni e i vissuti del paziente allo scopo di attribuire uno stato emotivo definibile, identificabile, riconoscibile e approfondire con l'esplorazione il significato di questi stati emotivi e il ruolo che giocano nel determinare i pattern relazionali con l'altro e il rapporto conflittuale con il sé. Queste osservazioni di funzionamento hanno come scopo chiedere al paziente di elaborare la sua esperienza percettiva e lavorare insieme al clinico per comprenderla e correggerla laddove disfunzionale.

La seconda differenza che possiamo rilevare rispetto ai primi colloqui è che si riduce la numerosità di comparsa delle categorie riformulazione e sostegno. Ci saremmo invece aspettati che la riflessione e l'implementazione dell'espressione di stati emotivi giocassero un ruolo centrale nei colloqui di restituzione: per comprendere una situazione e lo stato emotivo che la contraddistingue, infatti, il primo *step* è descriverlo e nominarlo. Tuttavia, probabilmente, questo dato può essere spiegato in relazione al fatto che i colloqui di restituzione si strutturano intorno alle ipotesi diagnostiche del clinico, che predilige allora domande più cognitive e meno supportive.

Le associazioni significative che si evidenziano nei colloqui di restituzione indicano inoltre che, in modo simile a quanto osservato nei primi colloqui, la Disfluenza Verbale è significativamente associata alla maggior parte delle tecniche di domanda del clinico. Fatte queste premesse, dall'analisi sequenziale applicata ai colloqui di restituzione emergono le seguenti associazioni significative di pattern comportamentali messi in atto simultaneamente (lag1):

- forti associazioni (ES) positive (+) tra SS\_ESIGN, a indicare che – quando presenti – le tecniche di sostegno sono associate all'elaborazione di significati e facilitano il paziente nell'individuare possibili nessi tra argomenti, descrivendo il proprio stato emotivo e mentale, e creando collegamenti tra argomenti importanti, o tra questi ultimi e aspetti del sé (questo dato è da leggere comunque con cautela data la bassa frequenza di comparsa di SS)
- forti associazioni negative (-) tra WES\_EFAT e tra CA\_EFAT, questo significa che i riferimenti al miglioramento del lavoro diagnostico e l'arrangiamento contrattuale sono associati negativamente alla narrazione di fatti, a differenza di quanto riscontrato nei primi colloqui. Sono invece associati alla disfluenza verbale, probabilmente perché il paziente nel contesto della restituzione investe poco su questa dimensione, avendo già elaborato gli aspetti pratici ed emotivi connessi alla propria richiesta di aiuto (associazione negativa tra CA\_EEMO). L'argomento relativo agli incontri non attiva il paziente, che è ormai focalizzato sugli aspetti di contenuto e utilizza il *setting* per lavorare alla comprensione della propria situazione; tra DI\_EFAT, l'interpretazione non induce il paziente alla narrazione di episodi, risposta che non sarebbe adeguata rispetto all'approfondimento di significato proposto dal clinico



- moderate associazioni positive tra Q\_EFAT, ad indicare che le domande accompagnano e facilitano il paziente nel racconto, come evidenziato anche dall'associazione negativa con la disfluenza; tra Ass\_ESIGN, questo è un dato interessante perché sottolinea l'importanza della *selfdisclosure* del clinico nel contatto con il paziente
- moderate associazioni negative tra Ass\_EFAT, lo scambio si è ormai focalizzato su tematiche più profonde e specifiche e il paziente riesce a stare nel 'qui e ora' della relazione senza bisogno di divagare e allontanarsi dal motivo della consultazione; tra Q\_ESIGN, le domande elicitano informazioni e non si associano a elaborazione dei contenuti
- basse associazioni positive tra Cl\_EFAT, a indicare che la chiarificazione e il riconoscimento facilitano l'esecuzione del compito narrativo perché costituiscono un *feedback* che permette al paziente di sentirsi riconosciuto e capito; tra Cack\_EEMO, a indicare che la sensazione di essere accolti a livello empatico suscita nel paziente risposte positive di apertura e gli permette di sentire che l'ambiente è sufficiente sicuro per riconoscere e dare un nome anche ai sentimenti negativi e alle emozioni che di suo tenderebbe a dissociare; tra Cack\_ESIGN, a indicare che la sensazione di riconoscimento non solo permette l'emergere degli schemi emotivi e di funzionamento del paziente, ma anche la loro comprensione e risoluzione; tra DI\_ESIGN, significa che l'interpretazione induce il paziente non alla sintonizzazione con le proprie funzioni, abilità emotive e cognitivo-interpretative. Induce, infatti, all'espressione di emozioni e significati, divenendo direttamente fruibile e utilizzabile dal paziente all'interno di una relazione di fiducia che sembra essersi adeguatamente strutturata- basse associazioni negative tra Ass\_EEMO, a indicare che a questo punto del lavoro diagnostico al paziente non interessa più essere rassicurato sui tentativi di soluzione che aveva elaborato, ma vuole trovare delle nuove soluzioni più efficaci; tra Cl\_ESIGN, a indicare che le chiarificazioni incoraggiano il paziente a una ulteriore elaborazione del significato, probabilmente attivando un vissuto di comprensione e riconoscimento. A differenza dei primi colloqui, vengono qui utilizzate come veicolo di empatia, riconoscimento e accoglimento.

**B. Secondo step: analisi lag-sequenziali lag4 e lag5.** Le tabelle di contingenza a lag5 hanno evidenziato l'esistenza di un'associazione significativa fra i comportamenti messi in atto dal clinico in termini di tecniche della domanda e comportamenti messi in atto dal paziente in termini di tipologie di risposta (qualità dell'elaborazione dei contenuti) anche durante i colloqui di restituzione ( $\chi^2=1954.74$ , gdl=48,  $p<0.001$ ).

Tab. 24 – Co-presenze e pattern di associazione tecnica della domanda clinico/qualità della risposta paziente a lag5

| cl (PIRS)                     | pz (ELAB/DIS) | lag1    |           | lag2    |           | lag3    |           | lag4    |           | lag5    |           |
|-------------------------------|---------------|---------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|
|                               |               | Z       | ES        | Z       | ES        | Z       | ES        | Z       | ES        | Z       | ES        |
| Domande Q                     | EFAT          | 7.706*  | 0,219**   | 4.611*  | 0,651***  | 9.856*  | 0,700***  |         |           |         |           |
|                               | EEMO          |         |           |         |           |         |           | 4.300*  | 0,375**   | 8.693*  | 0,345**   |
|                               | ESIGN         | -2.378* | -0,355**  | -2.721* | -0,401**  |         |           |         |           | 3.157*  | 0,175*    |
| Riformulazione R              | EFAT          |         |           | 3.054*  | 0,111*    |         |           |         |           |         |           |
|                               | EEMO          |         |           | 2.341*  | 0,249*    | 2.561*  | 0,239*    | 2.233*  | 0,299*    | 7.081*  | 0,299*    |
|                               | ESIGN         |         |           |         |           |         |           | 4.955*  | 0,174*    | 2.721*  | 0,162*    |
| Mantenimento WES              | EFAT          | -3.430* | -0,913*** | -2.011* | -0,129*   | -3.139* | -0,162*   |         |           |         |           |
|                               | EEMO          |         |           |         |           |         |           |         |           |         |           |
|                               | ESIGN         |         |           |         |           |         |           |         |           |         |           |
| Arrangiamento contrattuale CA | EFAT          | -2.889* | -1,000*** | -3.429* | -0,169*   | -2.053* | -0,162*   |         |           |         |           |
|                               | EEMO          | -3.393* | -0,727*** |         |           |         |           |         |           |         |           |
|                               | ESIGN         |         |           |         |           |         |           |         |           |         |           |
| Sostegno SS                   | EFAT          |         |           |         |           |         |           |         |           |         |           |
|                               | EEMO          |         |           | 3.341*  | 0,149*    | 2.076*  | 0,399**   | 4.512*  | 0,411**   | 4.477*  | 0,355**   |
|                               | ESIGN         | -1.000* | 0,551***  | 2.053*  | 0,500***  | 2.354*  | 0,815***  | 8.509*  | 0,581***  | 3.897*  | 0,722***  |
| Associazione Ass              | EFAT          | -3.816* | -0,381**  |         |           |         |           | -2.000* | -0,543*** |         |           |
|                               | EEMO          | -2.414* | -0,149*   | 9.500*  | 0,455**   | 4.999*  | 0,398**   | 4.034*  | 0,375**   | 4.159*  | 0,359**   |
|                               | ESIGN         | -1.792* | 0,325**   | 4.897*  | 0,222*    | 3.921*  | 0,198*    |         |           | 8.011*  | 0,455**   |
| Chiarificazione CI            | EFAT          | 2.430*  | 0,063*    |         |           |         |           |         |           |         |           |
|                               | EEMO          |         |           | 5.571*  | 0,375**   | 5.098*  | 0,405**   | 5.290*  | 0,435**   | 5.329*  | 0,431**   |
|                               | ESIGN         | 2.889*  | -0,325*   | 3.555*  | 0,396**   | 6.473*  | 0,399**   | 7.021*  | 0,455**   | 9.534*  | 0,485**   |
| Riconoscimento Cack           | EFAT          |         |           | -3.977* | -0,503*** | -6.128* | -0,542*** | -3.948* | -0,553*** | -5.018* | -0,500*** |
|                               | EEMO          | 2.717*  | 0,122*    | 4.576*  | 0,743***  | 9.539*  | 0,591***  | 5.586*  | 0,888***  | 8.851*  | 0,901***  |
|                               | ESIGN         | 2.215*  | 0,097*    | 5.297*  | 0,499***  | 4.333*  | 0,612***  | 6.139*  | 0,528***  | 4.957*  | 0,651***  |
| Interpretazione DI            | EFAT          | -4.239* | -0,551*** |         |           |         |           |         |           |         |           |
|                               | EEMO          |         |           | 5.231*  | 0,445**   | 8.916*  | 0,485**   | 8.011*  | 0,377**   | 4.157*  | 0,911***  |
|                               | ESIGN         | 1.450*  | 0,059*    | 4.093*  | 0,411**   | 3.121*  | 0,315**   | 3.411*  | 0,411**   | 7.022*  | 0,951***  |

Residui corretti standardizzati significativi solo se >|2|. Il segno positivo indica un'associazione diretta, il segno negativo indica un'associazione inversa. Il simbolo : indica quei residui che per la bassa frequenza non sono approssimabili alla curva di distribuzione normale (significativi solo se >|4|. ES BASSO \* ES MODERATO \*\* ES ALTO \*\*\*

La prima colonna si riferisce agli interventi del clinico al tempo zero (lag0), la seconda colonna si riferisce alle successive risposte del paziente in relazione a scambi discorsi di 5 unità botta/risposta. Per chiarezza espositiva, data la complessità della tabella, in questo caso sono riportati solo i residui corretti significativi (Z>2, p=0.05) con i relativi ES

Le tabelle di contingenza lag4 corrispondi ai pattern di associazione tecnica della domanda/tecnica della domanda hanno evidenziato l'esistenza di sequenze specifiche e maggiormente probabili nelle scelte tecniche di intervento del clinico durante i colloqui di restituzione ( $\chi^2=295.3373$ ,  $gdf=48$ ,  $p<0.001$ ).

Tab. 25 – Co-presenze e pattern di associazione tecnica della domanda/tecnica della domanda successiva a lag4

| cl (PIRS)                     | pz (ELAB/DIS) | lag1   |          | lag2   |          | lag3   |          | lag4   |          |
|-------------------------------|---------------|--------|----------|--------|----------|--------|----------|--------|----------|
|                               |               | Z      | ES       | Z      | ES       | Z      | ES       | Z      | ES       |
| Domande Q                     | Q             | 3.977* | 0,503*** |        |          |        |          |        |          |
|                               | CI            |        |          | 9.500* | 0,455**  | 3.921* | 0,198*   | 5.586* | 0,888*** |
| Riformulazione R              | R             | 2.414* | 0,149*   |        |          |        |          |        |          |
|                               | CI            |        |          | 4.897* | 0,222*   |        |          |        |          |
|                               | SS            |        |          |        |          | 6.128* | 0,542*** | 2.430* | 0,063*   |
| Mantenimento WES              | WES           | 4.576* | 0,743*** | 9.539* | 0,591*** | 3.948* | 0,553*** | 6.139* | 0,528*** |
| Arrangiamento contrattuale CA | CA            | 3.555* | 0,396**  | 8.916* | 0,485**  | 3.816* | 0,381**  | 4.239* | 0,551*** |
| Sostegno SS                   | SS            | 5.098* | 0,405**  |        |          | 4.999* | 0,398**  |        |          |
|                               | DI            |        |          | 1.792* | 0,325**  |        |          | 3.121* | 0,315**  |
| Associazione Ass              | Ass           | 4.034* | 0,375**  |        |          |        |          |        |          |
|                               | SS            |        |          | 5.231* | 0,445**  |        |          | 2.000* | 0,543*** |
|                               | DI            |        |          |        |          | 6.473* | 0,399**  |        |          |
| Chiarificazione CI            | CI            | 2.889* | 0,325*   | 5.571* | 0,375**  |        |          |        |          |
|                               | SS            |        |          |        |          | 5.290* | 0,435**  |        |          |
|                               | DI            |        |          |        |          |        |          | 7.021* | 0,455**  |
| Riconoscimento Cack           | Cack          | 2.717* | 0,122*   |        |          |        |          |        |          |
|                               | DI            |        |          | 2.215* | 0,097*   |        |          | 3.411* | 0,411**  |
|                               | SS            |        |          |        |          | 8.011* | 0,377**  |        |          |
| Interpretazione DI            | DI            | 1.450* | 0,059*   |        |          |        |          | 1.450* | 0,059*   |
|                               | SS            |        |          | 4.093* | 0,411**  |        |          |        |          |
|                               | CI            |        |          |        |          | 2.889* | 0,325*   |        |          |

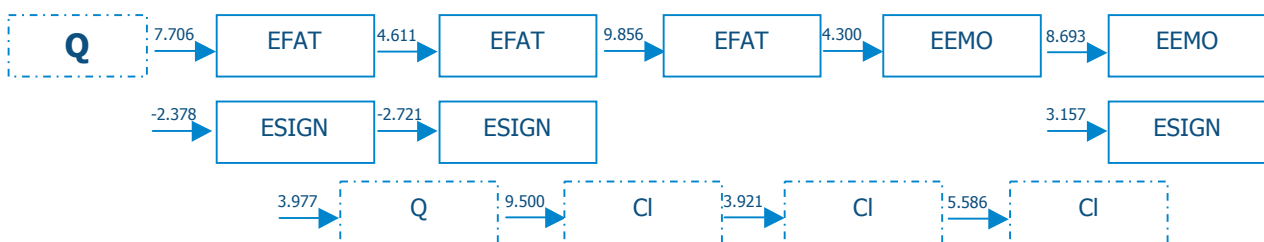
Residui corretti standardizzati significativi solo se  $>|2|$ . Il segno positivo indica un'associazione diretta, il segno negativo indica un'associazione inversa. Il simbolo : indica quei residui che per la bassa frequenza non sono approssimabili alla curva di distribuzione normale (significativi solo se  $>|4|$ ). ES BASSO \* ES MODERATO \*\* ES ALTO \*\*\*

La prima colonna si riferisce agli interventi del clinico al tempo zero (lag0), la seconda colonna si riferisce alle successive risposte del paziente in relazione a scambi discorsi di 5 unità botte/risposta. Per chiarezza espositiva, data la complessità della tabella, in questo caso sono riportati solo i residui corretti significativi ( $Z>2$ ,  $p=0.05$ ) con i relativi ES

**C. Terzo step: lettura analitica dei risultati.** Riportiamo di seguito le catene associative che derivano dalla lettura dei valori delle associazioni statisticamente significative relative ai singoli comportamenti a lag5 e lag4. Sono gli stessi modelli precedentemente impiegati.

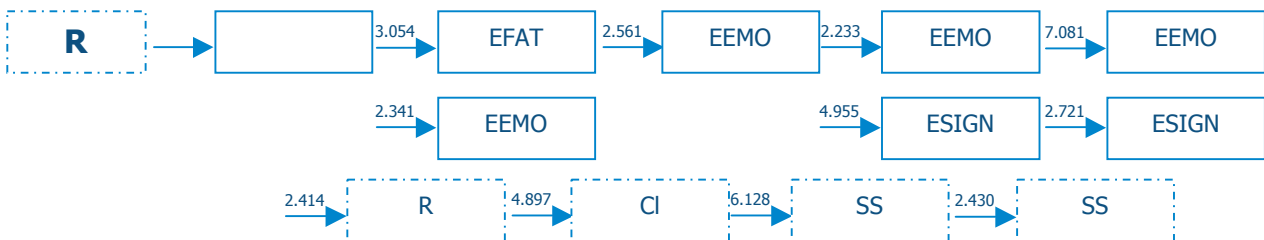
Sinteticamente, possiamo dire che la nostra ipotesi di partenza risulta confermata: nei colloqui di restituzione il clinico adotta uno stile maggiormente propositivo e interpretativo, meno di accudimento e di consolazione, più direttivo e volto a testare ipotesi, cercando un contatto non solo tramite un canale empatico (aspetto comunque centrale) ma bensì tramite la ricchezza del contenuto e della comprensione esito del ragionamento clinico; a questo stile del clinico corrisponde nel paziente una minore sintonizzazione emotiva e un'attenuazione del sentimento di comprensione veicolata dall'empatia, ma un incremento equivalente della comprensione del proprio funzionamento e stile di vita, nonché personalità e modo di relazionarsi con sé e con l'altro.

Fig. 27 – Conversational thread o flussi comunicativi a lag5 per Q



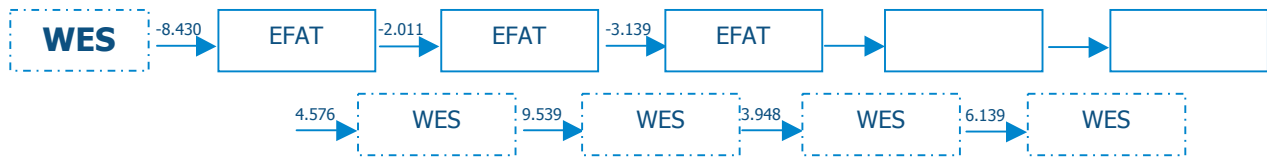
Le domande sono direttamente associate alla capacità di elaborare fatti, raccontare episodi e far emergere ricordi. In questa catena sequenziale emerge anche l'associazione negativa con ESIGN: il paziente fornisce dettagli sulla sua vita, ma non è in grado di riportare e informare il clinico sugli stati emotivi associati. Le domande del clinico elicitano l'emergere di informazioni che fino al tempo4 non includono elementi personali ed emotivi: i dettagli a proposito di quello che il paziente descrive di quello che ha fatto o di come si sente compaiono molto tardi e non sembrano direttamente associati a Q, quanto piuttosto alla scelta del clinico di integrare e affiancare a Q anche chiarificazioni. Al tempo5 sono debolmente associate anche all'emergere di significati e, ma la catena associativa è tanto lunga e debole che probabilmente l'emergere di ESIGN va piuttosto legato alle tecniche che intanto il clinico continua a utilizzare e non direttamente a Q (associazione indiretta e spuria).

Fig. 28 – Conversational thread o flussi comunicativi a lag5 per R



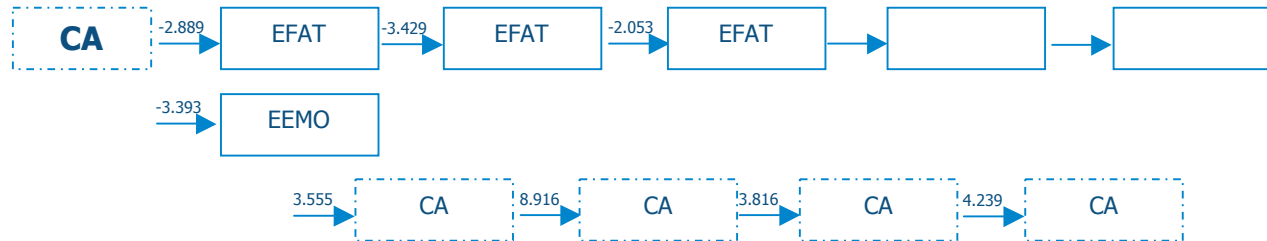
La riformulazione è una tecnica poco usata dal clinico in questi colloqui. Al tempo1, non sembra suscitare alcuna reazione nel paziente, ma a lungo termine si rivela efficace nell'aiutare il paziente a esprimere la sua esperienza emotiva e a favorire una riflessione rispetto al significato e al senso dell'emozione. In associazione a tecniche di chiarificazione, di sostegno e supporto, l'emozione non è solo verbalizzata, ma anche elaborata, si costruiscono delle catene associative di causa ed effetto e il paziente può usare le nuove informazioni emerse per comprendere il proprio stile interazionale e i sentimenti primari.

Fig. 29 – Conversational thread o flussi comunicativi a lag5 per WES



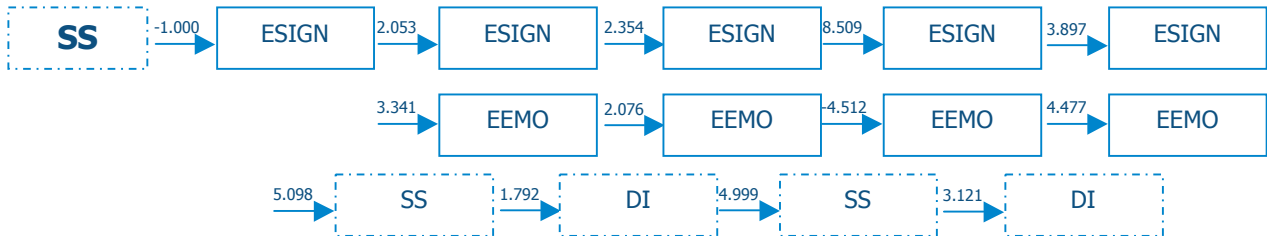
Le strategie di miglioramento del lavoro di mantenimento sono poco usate in questi colloqui esulando dagli scopi e dagli obiettivi della restituzione.

Fig. 30 – Conversational thread o flussi comunicativi a lag5 per CA



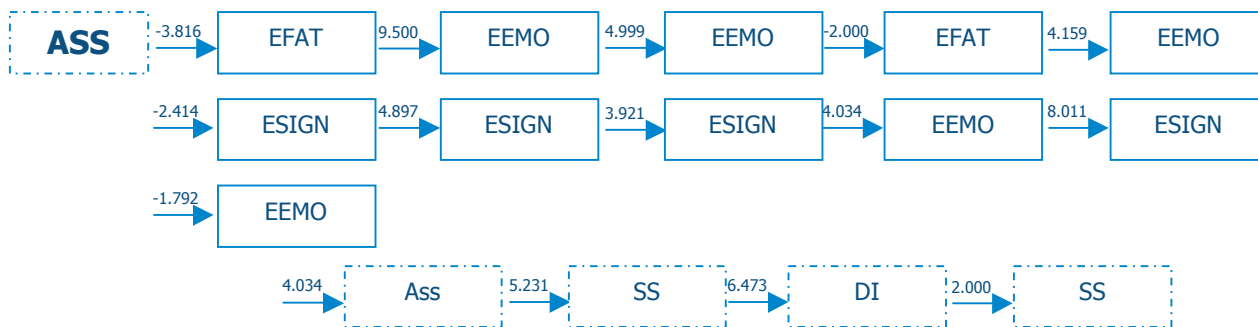
L'arrangiamento contrattuale (CA), come la WES è negativamente associato a EFAT e non elicit risposte significative nel paziente.

Fig. 31 – Conversational thread o flussi comunicativi a lag5 per SS



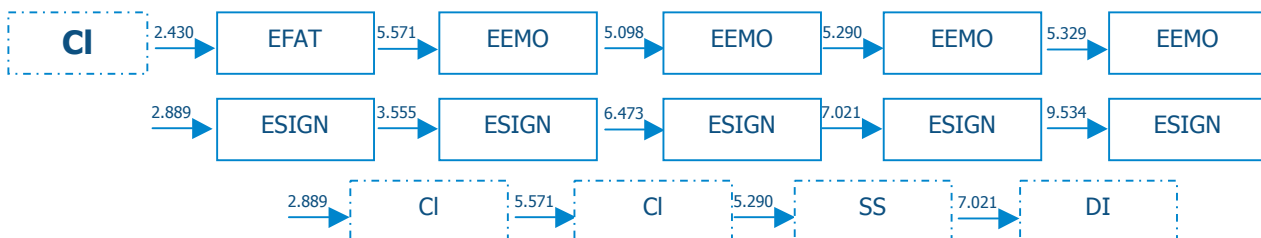
Le strategie di sostegno dal tempo2 sono associate a EMO e EMO. La risposta del paziente, dopo un ritiro iniziale, è l'apertura, la rivelazione di schemi dell'emozione su cui riesce a lavorare con l'aiuto del clinico. Il clinico ancora una volta alterna a questa strategia supportiva ed empatica interventi interpretativi cosicché la comprensione emotiva veicolata implicitamente da SS si associa a una corrispondente capacità introspettiva. Inizia una catena di associazioni e interazioni reciproche e co-costruite in cui i due interlocutori possono sperimentare un clima di fiducia tale (SS) per cui il paziente lavora, riflette, pensa, elabora il proprio modo di funzionare (DI – con il clinico) arrivando a una comprensione profonda (EMO) e sincera (non razionalizzata o intellettualizzata, EMO) della propria capacità di regolazione emotiva.

Fig. 32 – Conversational thread o flussi comunicativi a lag5 per Ass



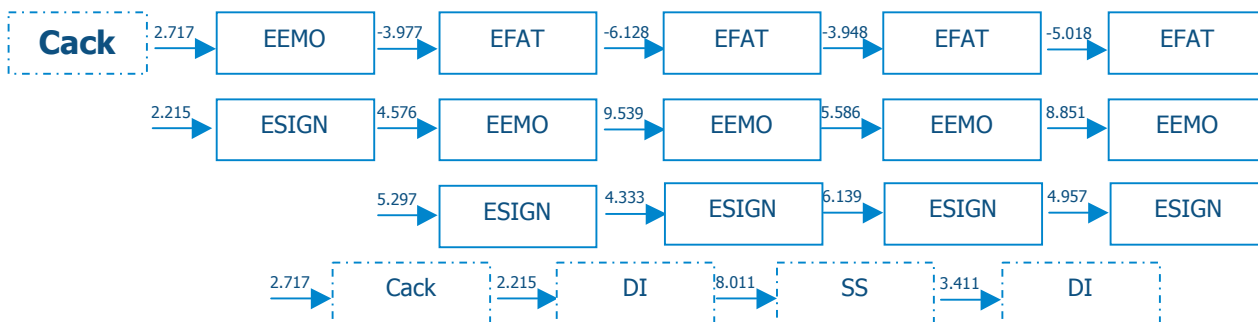
L'associazione al tempo1 ha un effetto disorganizzante sul paziente: è infatti negativamente associata a tutte le variabili considerate. Ma a partire dal tempo2 fino al tempo5, in associazione con tecniche supportive e interpretative, diventa fortemente associata sia a EEMO sia a ESIGN. Significa che i commenti del clinico che si riferiscono a considerazioni e a rivelazioni personali nonché le risposte alle domande del paziente e le spiegazioni ai suoi dubbi fanno sentire il paziente accolto e riducono la distanza tra l'esperto e il malato e contribuiscono a costruire un clima emotivo di accettazione ed empatia. Il clinico esprime il proprio punto di vista (diversamente dalle chiarificazioni e dalle riformulazioni che sono centrate sul punto di vista del paziente): il clinico può formulare ipotesi diagnostiche sul funzionamento del paziente e falsificarle con l'aiuto e la collaborazione di un paziente che diventa interattivo e rispondente.

Fig. 33 – Conversational thread o flussi comunicativi a lag5 per CI



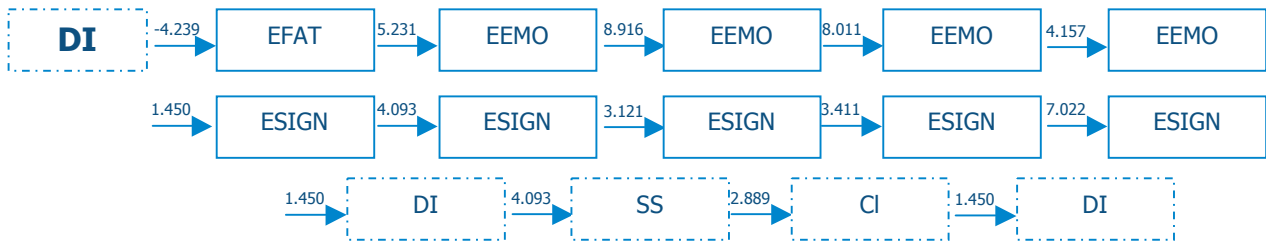
Con la chiarificazione il clinico riassume le informazioni che ha raccolto dal paziente. Per quanto questa tecnica non implichi un'ulteriore elaborazione del materiale, tuttavia riesce ad andare oltre la raccolta e il riepilogo di informazioni, fino a cogliere il fenomeno emotivo sottostante. Non si tratta allora di semplici ripetizioni, ma di qualcosa in grado di evocare catene associative di affetti e significati nel paziente.

Fig. 34 – Conversational thread o flussi comunicativi a lag5 per Cack



Il riconoscimento è positivamente associato a tutte le capacità elaborative del paziente, con un'accentuazione ai tempi4 e 5 con EEMO e ESIGN. Il messaggio che il clinico trasmette al paziente è che ha ben compreso e capito le sue comunicazioni, la sua storia e come si è sentito. Il semplice mostrare interesse, la disponibilità all'ascolto fanno sentire il paziente accolto e riconosciuto nelle sue valenze psicologiche e facilitano l'etichettamento di emozioni e situazioni. Il clinico può quindi utilizzare strategie di supporto per aprire la strada a un ciclo interpretativo.

Fig. 35 – Conversational thread o flussi comunicativi a lag5 per DI



Le interpretazioni se fatte al momento giusto – rispettando il timing del paziente e associate a tecniche di supporto empatiche – sono strumenti clinici potenti. Dall’analisi dei contenuti, abbiamo visto che anche se il paziente non è d’accordo con la rielaborazione della sua storia fatta dal clinico, tuttavia il processo interpretativo del clinico favorisce lo sviluppo di una capacità di comprensione emotiva e cognitiva nel paziente. Un NO del paziente a una prima interpretazione diagnostica sbagliata o non riconosciuta può rappresentare il prezioso punto di partenza per fare nuove ipotesi da testare e per approssimarsi con maggiore precisione alla verità diagnostica. L’aspetto importante, allora, è il sentimento di fondo associato: il paziente e il clinico hanno sviluppato una sintonizzazione tale per cui il primo si sente legittimato a mostrare consenso e dissenso e il secondo si sente libero di provare e testare le sue ipotesi, senza le presunzioni di conoscere già la risposta e senza la presunzione di darla per scontata come se il paziente si dovesse per forza riconoscere in essa. Questa catena associativa è rappresentativa di un livello di sintonizzazione emotiva estremamente elevato perché è il clima di fiducia reciproca che permette di lavorare insieme alla costruzione di emozioni e significati.

SECONDO LIVELLO: RILEVAZIONE DELLE DIFFERENZE TRA TIPOLOGIE DIVERSE DI COLLOQUI

Avendo determinato la specificità dei primi colloqui e dei colloqui di restituzione in relazione alle reazioni del paziente alle tecniche del clinico, quello che vorremmo ora verificare empiricamente è se le differenze sequenziali tra primi colloqui e colloqui di restituzione resistono alla comparazione statistica. Per verificare la presenza di differenze statisticamente significative tra i *pattern* di associazione riscontrati nei diversi *setting*, si è applicato un Test di Wilcoxon a due vie (significatività Montecarlo) ai risultati a lag1 precedentemente ottenuti (la procedura non è stata replicata per i dati a lag5). Per ogni associazione tra interventi del clinico e tipologie di risposta del paziente risultata significativa nei primi colloqui e/o nei colloqui di restituzione, saranno riportati medie e deviazioni standard, la numerosità del campione, il punteggio del Test di Wilcoxon e la significatività (per  $p < 0.05$ ).

Tab. 26 – Test di Wilcoxon a due vie metodo Montecarlo per i valori sequenziali ottenuti dalle analisi a lag1

| CLINCO | PAZIENTE | Primi colloqui |            | Colloqui di restituzione |            | N  | Z      | P     |
|--------|----------|----------------|------------|--------------------------|------------|----|--------|-------|
|        |          | M              | DS         | M                        | DS         |    |        |       |
| Q      | EFAT     | 0.376700       | 0.3063179  | -0.241500                | 0.5084102  | 10 | -0.968 | 0.368 |
| Q      | ESIGN    | -0.0269        | 0.33874    | -0.3751                  | 0.45971    | 10 | -1.478 | 0.160 |
| Q      | DISCV    | -0.4737        | 0.14569    | -0.2718                  | 0.28974    | 10 | -2.090 | 0.037 |
| R      | EEMO     | 0.327500       | 0.505015   | -0.183900                | 0.4987180  | 10 | -1.873 | 0.051 |
| WES    | EFAT     | -0.574500      | 0.5106030  | 0.916100                 | 0.2653151  | 10 | -1.363 | 0.221 |
| WES    | EEMO     | -0.6502        | 0.36706    | -0.16233                 | 0.51225    | 10 | -2.073 | 0.040 |
| WES    | DISCV    | 0.5426         | 0.28809    | 0.4889                   | 0.27806    | 10 | -0.153 | 0.922 |
| CA     | EFAT     | -0.654500      | 0.4686475  | -0.900000                | 0.3162278  | 10 | -1.604 | 0.248 |
| CA     | EEMO     | -0.6748        | 0.40496    | -0.6530                  | 0.66807    | 10 | -0.405 | 0.816 |
| CA     | DISCV    | 0.7286         | 0.39498    | 0.4177                   | 0.81036    | 10 | -0.140 | 0.902 |
| SS     | DISCV    | 0.165700       | 0.7290341  | -0.120000                | 0.5742880  | 10 | -0.889 | 0.405 |
| ASS    | EFAT     | -0.249100      | 0.1930581  | -0.377800                | 0.4145712  | 10 | -1.172 | 0.273 |
| ASS    | EEMO     | -0.0666        | 0.31765    | -0.1266                  | 0.37595    | 10 | -0.051 | 1     |
| ASS    | DISCV    | 0.0514         | 0.38200    | 0.1278                   | 0.45491    | 10 | -1.070 | 0.319 |
| CL     | EFAT     | 0.202900       | 0.2430946  | 0.242500                 | 0.2659115  | 10 | -0.255 | 0.847 |
| CL     | ESIGN    | -0.2416        | 0.45790    | 0.1371                   | 0.44797    | 10 | -1.580 | 0.128 |
| CL     | DISCV    | -0.2798        | 0.33283    | -0.2562                  | 0.44066    | 10 | -0.153 | 0.922 |
| CACK   | EEMO     | 0.275600       | 0.3274091  | 0.076200                 | 0.4469029  | 10 | -0.652 | 0.571 |
| CACK   | ESIGN    | -0.3754        | 0.55757    | -0.0812                  | 0.70570    | 10 | -1.014 | 0.372 |
| CACK   | DISCV    | -0.3354        | 0.42329    | -0.2176                  | 0.52840    | 10 | -0.415 | 0.735 |
| DI     | EFAT     | -0.664000      | 0.4210529  | -0.465900                | 0.5925672  | 10 | -0.560 | 0.633 |
| DI     | EEMO     | -0.69600       | 0.3250703  | 0.0483000                | 0.31354959 | 10 | -0.561 | 0.622 |
| DI     | ESIGN    | 0.3056000      | 0.29044074 | 0.0462000                | 0.66285339 | 10 | -0.866 | 0.422 |
| DI     | DISCV    | 0.262100       | 0.1907409  | 0.0728000                | 0.4336198  | 10 | -1.478 | 0.160 |

Dalle analisi lag-sequenziali, che valutano le associazioni statisticamente significative tra tecniche della domanda del clinico e risposte del paziente, sono emerse una serie di specificità che caratterizzano i momenti interattivi che facilitano/ostacolano l'emergere e la comprensione degli schemi emotivi primari del paziente e, qualitativamente, sono emerse delle differenze tra tecniche usate nei primi colloqui e nei colloqui di restituzione, nonché tra catene associative di eventi in relazione alle risposte del paziente. Purtroppo, in relazione al Test di Wilcoxon, queste differenze qualitative non sono state riscontrate a livello quantitativo: non si sono trovate, infatti, differenze statisticamente significative (Tab. 26) in grado di caratterizzare in modo specifico primi colloqui e colloqui di restituzione. Il confronto tra le associazioni significative non conferma l'ipotesi che i pattern di interazione ricorrenti e specifici dei due tipi di colloqui siano diversi.



Le differenze statisticamente significative che emergono sono pochissime rispetto alle variabili prese in considerazione e riguardano il fatto che la disfluenza è associata alle domande più nei colloqui di restituzione dove il paziente cerca di rispondere riportando meno fatti ed entrando maggiormente in contatto con gli aspetti emotivi ( $z=-2.090$  per  $p=.037$ ), dato confermato dalla maggior associazione negativa tra chiarificazione ed elaborazione di fatti ( $z=-2.073$  per  $p=.040$ ) e infine arrangiamento contrattuale e riformulazione evocano vissuti emotivi maggiori nei primi colloqui ( $z=-1.604$  per  $p=.048$ ).

L'unica conclusione che si può trarre è che gli stili sequenziali clinico/paziente studiati sono caratterizzati:

- qualitativamente, da *trend* di andamento diversi che però non raggiungono la significatività statistica. Lo stile di interazione adottato nei primi colloqui è maggiormente centrato sul contatto e sulla stimolazione subsimbolica ed emotiva e la risposta e reattività del paziente è da alta a moderata, e sintonizzata su un canale ugualmente subsimbolico e affettivo. Nei colloqui di restituzione, invece, il clinico adotta uno stile maggiormente propositivo e interpretativo, meno di accudimento e di consolazione, più direttivo e volto a testare ipotesi, cercando un contatto non solo tramite un canale empatico (aspetto comunque centrale) ma bensì tramite la ricchezza del contenuto e della comprensione esito del ragionamento clinico; a questo stile del clinico corrisponde nel paziente una minore sintonizzazione emotiva e un'attenuazione del sentimento di comprensione veicolata dall'empatia, ma un incremento equivalente della comprensione del proprio funzionamento, personalità e modo di relazionarsi con sé e con l'altro
- quantitativamente, da un complessivo grado di somiglianza in entrambi i contesti. Le differenze emerse, infatti, sembrano riguardare non tanto la qualità quanto la quantità di specifiche tecniche utilizzate (Riconoscimento e Interpretazione sono utilizzate più nei colloqui di restituzione, per esempio).

Per verificare dal punto di vista psicometrico questa secondo ipotesi, vengono presentati i risultati che riguardano la proporzione di ciascun intervento del clinico in relazione ai due diversi *setting* considerati e i relativi valori del confronto – ottenuti tramite la statistica t test a due vie – per valutare se queste differenze sono statisticamente significative.

Tab. 27 – Valori medi delle proporzioni degli interventi del clinico in relazione a primi colloqui e colloqui di restituzione, risultati t test a due vie

| Tecnica della domanda | PRIMI COLLOQUI | COLLOQUI DI RESTITUZIONE | t      | gdl | p     |
|-----------------------|----------------|--------------------------|--------|-----|-------|
| Interpretazioni       | 9.7            | 11.6                     | 3.241  | 64  | 0.005 |
| Domande               | 37.9           | 19.2                     | -3.063 | 57  | 0.007 |
| Chiarificazioni       | 23.2           | 17.0                     | 3.107  | 61  | 0.007 |
| Associazioni          | 13.2           | 16.8                     | -2.924 | 88  | 0.010 |
| Tecniche supportive   | 10.5           | 8.4                      | 1.974  | 79  | 0.033 |

Livello di significatività per  $p<.05$

L'ipotesi di partenza per cui ci aspettavamo differenze significative nelle modalità di interazione e di regolazione in relazione ai *setting* specifici studiati è verificata solo parzialmente: le differenze e le specificità interattive riguardano più la quantità (Tab. 27: tutte le proporzioni sono differenti a un livello statisticamente significativo) che la qualità delle tecniche usate dal clinico. Questo significa che le tecniche della domanda elicitano le stesse risposte nel paziente diversi sia nei primi colloqui sia in quelli di restituzione, quello che differenzia i *setting* è la numerosità della presenza di certe tecniche piuttosto che altre. In relazione a questi risultati, si è deciso di procedere con un terzo *step* di ricerca.

### TERZO LIVELLO: I DIVERSI ASSETTI STRATEGICI E TECNICI PER FAVORIRE LA REGOLAZIONE DELLE EMOZIONI E L'ELABORAZIONE DEI SIGNIFICATI NEL PAZIENTE

Posto che l'effetto sequenziale di una tecnica specifica non dipende dal contesto – primi colloqui *versus* colloqui di restituzione – in cui è inserita, la domanda che ci siamo posti è: a livello dell'interazione entro le sessioni, quale è l'impatto specifico di ogni tecnica della domanda? Quali sono le tecniche che maggiormente favoriscono la regolazione delle emozioni e l'elaborazione dei significati associati? È vera l'evidenza teorica per cui gli interventi interpretativi dinamici sono associati a una *disclosure* del paziente maggiore di quella conseguibile con strategie supportive? Le interpretazioni diagnostiche, in particolare, sono effettivamente seguite da un maggior numero di elaborazioni emotive/cognitive o piuttosto ingenerano allarme nel paziente (diselaborazione)? Per rispondere abbiamo processato e analizzato insieme tutti i dati tratti dai differenti *setting* e abbiamo proceduto con tre analisi lagged (lag5) loglinear: la prima usava come evento contingente le capacità elaborative del paziente (EFAT, EEMO, ESIGN) e come *base rate* l'intervento tecnico del clinico, la seconda la sequenza di risposte di elaborazione/diselaborazione del paziente e la terza gli interventi del clinico come evento contingente e EFAT, EEMO, ESIGN nel paziente. Con la prima analisi possiamo studiare la qualità e il grado di capacità elaborativa del paziente a seguito di specifici interventi del clinico, con la seconda analisi si scompongono le sequenze di risposta del paziente e l'alternanza/ciclicità (se esiste) di *pattern* elaborativi e non, con la terza analisi si analizza il contesto specifico in cui avvengono gli interventi del clinico. Di seguito i risultati punto per punto.

I risultati delle analisi lagged loglinear tra categorie di elaborazione del paziente e tecniche della domanda indicano che, a tutti i tempo lag1, lag2, lag3, lag4 e lag5, gli interventi del clinico sono seguiti da cambiamenti nella capacità di elaborazione del paziente significativi (massimamente a lag1 per  $n=1.475$   $L2=172.66$ ,  $df=18$ ,  $p<.01$ ; e minimamente a lag5 per  $n=1.413$   $L2=42.44$ ,  $df=18$ ,  $p<.01$ ).

Tab. 28 – Residui corretti ed effect size per le sequenze tecnica della domanda- elaborazione del paziente

| pz (ELAB/DIS) | cl (PIRS) | lag1    |          | lag2    |          | lag3    |          | lag4    |          | lag5    |          |
|---------------|-----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|
|               |           | Z       | ES       | Z       | ES       | Z       | ES       | Z       | ES       | Z       | ES       |
| EFAT          | DI        | -9.711* | -0,389** | -4.301* | -0,241** | -4.846* | -0,154*  | 2.000*  | -0,271** | -2.234* | -0,315** |
|               | Q         | 3.457*  | 0.136*   |         |          |         |          | 2.300*  | 0.215**  |         |          |
|               | Ass       | 4.878*  | 0.355**  | 4.500*  | 0.297**  |         |          | 2.222*  | 0.215**  |         |          |
|               | CI        | 5.000*  | 0.245**  |         |          | 2.211*  | 0.211**  |         |          |         |          |
|               | CA        | 2.166*  | 0.811*** |         |          | 1.977*  | 0.999*** |         |          |         |          |
| EEMO          | DI        | 8.455*  | 0.666*** | 5.000*  | 0.122*   | 3.300*  | 0.122*   |         |          |         |          |
|               | Ass       | -3.999* | -0.122*  | -4.000* | -0.244** |         |          |         |          |         |          |
|               | CI        | -3.888* | -0.122*  |         |          |         |          |         |          |         |          |
|               | R         | 1.966*  | 0.091*   |         |          |         |          |         |          |         |          |
| ESIGN         | DI        | 7.966*  | 0.400**  | 3.422*  | 0.611*** | 3.300*  | 0.544*** | 4.088*  | 0.659*** | 4.366*  | 0.060*   |
|               | Q         | -2.777* | -0.144*  | -2.344* | -0.111*  | -2.288* | -0,122*  | -2.988* | -0,122*  | -2.000* | -0,111*  |
|               | Ass       | -2.555* | -0.143*  |         |          |         |          |         |          |         |          |
|               | WES       |         |          |         |          | 5.001*  | 0.777*** | 0.433*  | 0.433**  | 2.222*  | 0.311**  |

Residui corretti standardizzati significativi solo se  $>|2|$ . Il segno positivo indica un'associazione diretta, il segno negativo indica un'associazione inversa. Il simbolo : indica quei residui che per la bassa frequenza non sono approssimabili alla curva di distribuzione normale (significativi solo se  $>|4|$ ). ES BASSO \* ES MODERATO \*\* ES ALTO \*\*\*

Con la correzione di Bonferroni, Z significativo =2.88 per  $p=0.002$

Molti degli ES sono da moderati e grandi, ma data la numerosità del campione utilizzato per le analisi, il numero di valori significativi trovati e di contingenze risulta in realtà piuttosto basso:

- domande, associazioni, chiarificazioni e affermazioni che riguardano gli aspetti contrattuali del processo diagnostico sono interventi seguiti soprattutto da risposte in cui il paziente elabora fatti. Il *pattern* più stabile tra questi risulta con le associazioni (Ass) dal tempo3 al tempo5. Questo dato risulta in antitesi con quanto emerso dalla precedenti analisi, dove al tempo3 Ass risultava associata non solo a EFAT, ma anche a EEMO

- gli interventi interpretativi, invece, sono seguiti soprattutto da EEMO: questo risultato è stabile nel tempo, con un incremento delle capacità di elaborare emozioni a partire dal tempo3. Seguono anche ESIGN: da lag1 a lag3, infatti, il paziente diventa capace di costruire connessioni tra differenti argomenti e il sé. Si associa una riduzione delle risposte che elaborano fatti, dato compatibile con l'osservazione di un incremento nella comunicazione e attribuzione di significati e nel creare connessioni di senso tra schemi emotivi precedentemente dissociati

- le strategie di miglioramento del lavoro di mantenimento sono stabilmente associate dal tempo 3 al tempo5 all'elaborazione di significati. Anche questo dato è in controtendenza rispetto alle precedenti analisi, dove questa tecnica della domanda risultava poco utilizzata e neutra per il paziente che rispondeva con categorie Niente.

Meno significativi i risultati ottenuti per le associazioni delle risposte del paziente di diselaborazione (non riportate infatti nella Tab. 28): i valori per gli effetti degli interventi del clinico su DISCV sono significativi solo a lag1 ( $n=575$   $L2=40.66$ ,  $df=18$ ,  $p<.01$ ) e risultano maggiori per le categorie di diselaborazione che hanno a che fare con l'incapacità di trovare le parole corrette, l'interruzione del flusso narrativo e la difficoltà a cogliere in maniera concreta un *topic*, piuttosto che con la creazione di frasi senza significato o dal significato distorto e/o non condivisibile.

Gli interventi che suscitano in maniera più preponderante a lag1 pattern di disconnessione sono quelli interpretativi, di associazione e supporto (rispettivamente,  $Z=4.999$   $ES=0.333$ ;  $Z=3.134$   $ES=0.666$ ;  $Z=2.000$   $ES=0.411$ ). Di primo acchito questa vicinanza emotiva del clinico e la proposta interpretativa di diagnosi allarmano e confondono il paziente, che però nei tempi successivi riesce a usare questi interventi per arrivare a un'elaborazione di senso. I pazienti prendono le distanze da concetti carichi emotivamente, hanno bisogno di elaborare il vissuto e di sentire che può essere tollerato prima di divenirne consapevoli e lavorare su di esso. In questo senso, poiché la diselaborazione sembrerebbe 'usata' dal paziente per smorzare o mascherare le emozioni, ma poi porterebbe – un volta superato l'allarme – all'emergere degli schemi emotivi dissociati, potrebbe darsi che le catene associative elaborazione/diselaborazione siano mediate attraverso i processi elaborativi del paziente, piuttosto che attraverso una tecnica specifica del clinico, come se si trattasse di un movimento interno e autoregolatorio che il paziente deve percorrere per sperimentare un clima di sicurezza tale all'emergere degli schemi emotivi disfunzionali. Per esaminare questa possibilità, si è condotta un'analisi lagged loglinear tra patter di elaborazione e diselaborazione del paziente. Tutti i valori loglineari sono risultati significativi a tutti i tempi lag (massimamente a lag1 per  $n=2.324$   $L2=31.66$ ,  $df=6$ ,  $p<.01$ ; e minimamente a lag5 per  $n=2.213$   $L2=22.64$ ,  $df=6$ ,  $p<.05$ ).

Tab. 29 – Residui corretti ed effect size per le sequenze elaborazione/diselaborazione del paziente

| pz DIS | Pp ELAB | lag1    |          | lag2    |          | lag3    |          | lag4    |          | lag5    |          |
|--------|---------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|
|        |         | Z       | ES       | Z       | ES       | Z       | ES       | Z       | ES       | Z       | ES       |
| DISCV  | EEMO    |         |          | 2.309*  | 0.008*   |         |          |         |          |         |          |
|        | ESIGN   | 2.555*  | -2.400** | -0.266* | -2.444** |         |          |         |          |         |          |
| DISPER | EFAT    | 5.666*  | 0.122*   | 4.544*  | 0.006*   | 3.988*  | 0.009*   | 3.022*  | 0.005*   |         |          |
|        | EEMO    | -5.655* | -0.122*  | -4.443* | -0.100*  | -3.200* | -0.009*  | -2.244* | -0.066*  |         |          |
|        | ESIGN   |         |          |         |          | -2.311* | -0.277** | -2.229* | -0.277** | -2.233* | -0.277** |
| DISDIS | EFAT    | -2.000* | -0.007*  |         |          |         |          |         |          |         |          |
|        | ESIGN   |         |          | 3.255*  | 0.365**  | 2.888*  | 0.355**  |         |          |         |          |

Residui corretti standardizzati significativi solo se  $>|2|$ . Il segno positivo indica un'associazione diretta, il segno negativo indica un'associazione inversa. Il simbolo : indica quei residui che per la bassa frequenza non sono approssimabili alla curva di distribuzione normale (significativi solo se  $>|4|$ . ES BASSO \* ES MODERATO \*\* ES ALTO \*\*\*

Con la correzione di Bonferroni, Z significativo =2.55 per  $p=.0055$

Effetti significativi sono stati trovati per le sequenze:

- comunicare solo fatti e negare gli aspetti emotivi degli episodi e dei *topic* – l'elaborazione delle emozioni aumenta la probabilità di utilizzare parole vaghe, circostanziali a partire dal tempo2
- elaborare significati correla con una diselaborazione che implica la distorsione dei significati: il discorso del paziente include la negazione o il disconoscimento di idee, desideri ed emozioni precedentemente espresse, o di sensazioni che sarebbe consono provare rispetto all'argomento affrontato, compie attribuzioni erronee di fatti, pensieri ed emozioni ad altri, così come erronee identificazione dell'oggetto di desideri, azioni o sentimenti, errate interpretazione di commenti formulati in modo comprensibile da terzi e cambiamenti improvvisi di argomento che impediscono di concludere un determinato discorso.

Infine, il contesto di specifici interventi clinici è stato analizzato esaminando le verbalizzazioni del paziente che precedono l'intervento stesso del clinico usando un approccio sequenziale che inverte i termini dell'equazione della prima analisi lag-log lineare. I risultati di queste analisi indicano che sebbene il clinico non risponda in modo differenziato alla diselaborazione del paziente, tuttavia utilizza tecniche specifiche e calibrate per ciascuna risposta

elaborativa del paziente rispondendo in modo significativamente diverso a EFAT, EEMO e ESIGN (massimamente a lag1 per n=1.532 L2=99.34, df=18, p<.01; e minimamente a lag5 per n=1.299 L2=44.87, df=18, p<.01).

Tab. 30 – Residui corretti ed effect size per le tecniche del clinico che seguono all’elaborazione del paziente

| cl (PIRS) | pz ELAB | lag1    |          | lag2    |          | lag3    |          | lag4    |          | lag5    |          |
|-----------|---------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|
|           |         | Z       | ES       | Z       | ES       | Z       | ES       | Z       | ES       | Z       | ES       |
| DI        | EFAT    | -6.466* | -0.122*  | -3.100* | -0.008*  |         |          |         |          |         |          |
|           | ESIGN   | 5.444*  | 0.166*   | 3.555*  | 0.123*   | 3.476*  | 0.455*** | 3.766*  | 0.578*** | 4.099*  | 0.675*** |
| Cack      | EFAT    |         |          |         |          |         |          | -3.122* | -0.007*  |         |          |
|           | EEMO    | 2.324*  | 0.009*   |         |          |         |          | 2.855*  | 0.122*   |         |          |
| CI        | EFAT    | 2.987*  | 0.008*   | 3.244*  | 0.100*   |         |          |         |          | 2.543*  | 0.100*   |
|           | EEMO    | -1.977* | 0.006*   | -2.453* | -0.122*  |         |          |         |          | -2.211* | -0.088*  |
|           | ESIGN   | -2.211* | -0.311** | -2.400* | -0.400** |         |          |         |          |         |          |
| Ass       | EFAT    | 2.866*  | 0.007*   |         |          |         |          | 2.766*  | 0.100*   |         |          |
|           | EEMO    |         |          |         |          |         |          | -2.433* | -0.086*  |         |          |
|           | ESIGN   | -2.244* | -0.288** |         |          |         |          |         |          |         |          |
| WES       | EEMO    |         |          |         |          | -2.633* | -0.100*  |         |          |         |          |
|           | ESIGN   |         |          |         |          | 4.355*  | 0.587*** |         |          |         |          |
| SS        | EFAT    | 2.177*  | 0.050*   |         |          |         |          |         |          |         |          |
|           | EEMO    | -2.222* | -0.004*  |         |          |         |          |         |          |         |          |

Residui corretti standardizzati significativi solo se >|2|. Il segno positivo indica un’associazione diretta, il segno negativo indica un’associazione inversa. Il simbolo : indica quei residui che per la bassa frequenza non sono approssimabili alla curva di distribuzione normale (significativi solo se >|4|. ES BASSO \* ES MODERATO \*\* ES ALTO \*\*\*

Con la correzione di Bonferroni, Z significativo =2.95 per p=.0016

Le relazioni più consistenti sono state trovate tra elaborazione e interpretazioni. Il clinico risponde ai *pattern* EEMO del paziente con interventi interpretativi e ai *pattern* ESIGN del paziente con interventi di supporto e solo a un tempo2 di interpretazione. Questo dato va a conferma delle catene presentate dalla lettura associata delle analisi a lag5 e a lag4 del secondo livello.

Volendo trarre una lettura combinata di questi risultati, a livello di microprocesso, i vari interventi tecnici del clinico sono seguiti da risposte differenti e specifiche del paziente. Le tecniche della domanda orientate a interrogare il paziente su specifici *topic* e questioni, i commenti fatti alle affermazioni del paziente, le osservazioni chiarificatorie e il parlare di aspetti contrattuali e organizzativi del processo diagnostico sono seguiti da risposte del paziente che forniscono effettivamente informazioni fattuali e narrano fatti ed episodi. *Disclosure* attivamente interpretative del paziente sono associate a condivisione di significati emotivi, all’emergere di emozioni dolorose e alla connessione di fatti, significati personali e comprensione degli episodi relazionali. Il contesto in cui il clinico usa maggiormente tecniche interpretative è a seguito di una comunicazione emotiva attivata dal paziente e usa questa tecnica sempre in associazione ad altre supportive volte a facilitare associazioni e *insight* cognitivi. Questo risultato riflette l’importanza del concetto di *timing*: l’interpretazione funziona bene solo quando il paziente è pronto e preparato a riceverla, quando sperimenta un clima di empatia e supporto da parte del clinico, quando la sintonizzazione è avvenuta.

L'ambiente, inteso come rapporto bi-direzionale clinico/paziente, come relazione sintonizzata, è fondamentale e gioca un ruolo centrale già nel processo diagnostico. Queste sequenze interattive costituiscono quelli che in terapia verrebbero chiamati momenti della buona ora e sono quelli in cui paziente e clinico sono insieme ingaggiati in un lavoro diagnostico di comprensione che sembra già avere *in fieri* i primi effetti mutativi nella misura in cui porta a cambiamenti delle ridefinizioni degli schemi emotivi disfunzionali.

Un altro *pattern* sequenziale che emerge chiaramente è quello che riguarda il fenomeno della diselaborazione delle idee nel paziente. All'inizio il paziente lotta contro la difficoltà di riportare emozioni e ricordi dolorosi, ma al contempo sa bene di essere dal clinico proprio per trovare loro un senso e un'integrazione nella sua vita: la lotta allora diventa tra la volontà di dire e la vergogna/allarme di dire. Il *pattern* associato è quello della diselaborazione: aperture pericolose sono seguite subito da reazioni verbali volte a negarle o a ridurne l'impatto. La diselaborazione dei significati, però, è a sua volta seguita da elaborazioni che comunicano significati e connessioni tra idee, argomenti e sentimenti. Si potrebbe dire che le *disclosure* che centrano il nucleo affettivo primario (che ha a che fare con il concetto di sé), disorganizzano dapprima il paziente, che mette in atto strategie di controllo, ma una volta dette, diventano al contempo più trasparenti per lui e possono essere elaborate ed espresse: si riduce il loro potenziale distruttivo anche perché il paziente testa che all'interno del *setting* clinico non provocano conseguenze disastrose su nessuno.

Concludendo, quello che si può notare è che effettivamente i clinici usano delle strategie di intervento 'su misura' (*tailor oriented*) rispetto alle capacità dimostrate dal paziente in senso elaborativo o meno. Interessante evoluzione della ricerca sarebbe studiare come il clinico tara e costruisce questi interventi 'su misura' in relazione alle caratteristiche di personalità e funzionamento individuali dei singoli pazienti, offrendo per esempio maggior supporto ai pazienti con un basso funzionamento e privilegiando interventi interpretativi per quei pazienti che funzionano meglio. Per fare questo occorrerebbe avere un campione di partenza più 'pulito' in cui sia possibile differenziare tra modalità di funzionamento per creare dei gruppi ad alto, medio e basso funzionamento in relazione alla diagnosi PDM e alle informazioni sul funzionamento di personalità che si possono dedurre, per esempio, dai risultati dei test.

### **TERZO OBIETTIVO. IL MARKER DELLA COMPrensIONE DIAGNOSTICA: SINTONIZZAZIONE EMOTIVA e/o DIMENSIONE TECNICA?**

Verificate le ipotesi di specificità, ricorsività e bi-direzionalità (primo e secondo obiettivo, rispettivamente) e definite le caratteristiche che contraddistinguono la comunicazione e l'interazione clinico/paziente all'interno dei colloqui, ci proponiamo di 'costruire' un modello della relazione clinica diagnostica che consideri, insieme i processi intrapsichici, quelli relazionali/interpersonali e i processi tecnici dei costrutti psicologici sottesi alla formulazione di una diagnosi.

A differenza dei primi due obiettivi della ricerca che definivano un'ipotesi di partenza che andavano a falsificare empiricamente, questo obiettivo pone una domanda ed è carente di una risposta attesa. Non ci sono previsioni: il modello che si usa è un modello esplorativo volto a testare quale sia il peso specifico delle molteplici variabili che entrano in gioco nell'interazione clinica. La domanda può essere formulata in questi termini: l'emergere degli schemi emotivi e la loro comprensione/integrazione – riconoscimento e accettazione – è determinata in misura maggiore, minore o simile dalle due variabili (A) componente emotiva/affettiva e (B) componente tecnica? Che rapporto esiste tra la sintonizzazione affettiva e le tecniche di intervento più tradizionali? Quale è il fattore mutativo che ha un ruolo maggiore nel permettere al paziente di modificare gli organizzatori psicopatologici e il loro determinismo sul funzionamento primario (elementare del sé) e secondario? Il riconoscimento e l'accettazione non giudicante ma empatica, la tecnica, o entrambe le dimensioni in uguale misura? Per rispondere a queste domande, il punto di partenza diventa una scomposizione più minuziosa del fenomeno tecnico e del ruolo che il clinico assume in quanto partecipante all'interazione con il suo bagaglio di competenze e formazione professionale specifica. Quello che si vuole fare, dunque, è identificare una variabile che più delle altre possa essere considerata il 'marker della comprensione diagnostica'. Questo significa che, all'interno della teoria di riferimento di Bucci che definisce la patologia come una forma di dissociazione tra gli schemi emotivi e i sistemi volti a elaborarli, ci interroghiamo sulla questione lungamente dibattuta se abbiano un peso e un ruolo maggiore nell'attivare ed elaborare gli schemi emozionali il nuovo contesto interpersonale/relazionale che si co-costruisce con il clinico – concetto questo che ha probabilmente una vasta area di sovrapposizione con altri costrutti clinici, come l'empatia, l'esperienza correttiva emotiva, la sintonizzazione affettiva, l'alleanza – o i movimenti e le tattiche che definiscono il *background* e la competenza tecnica del clinico – sinteticamente le tecniche della domanda. In questo lavoro, scegliamo di interfacciare l'attività referenziale e le sue conseguenze con la prospettiva della sintonizzazione affettiva. Questa scelta è legata al fatto che in molte ricerche e teorizzazioni questo concetto, che definisce l'accordo tra clinico e paziente rispetto a un lavoro di scoperta della diagnosi all'interno di un legame basato sulla fiducia e sul rispetto reciproco (De Bei, 2006), accordo che non ruota attorno solo alla capacità del paziente di collaborare e lavorare, ma che ruota attorno alla capacità della coppia di partecipare alle rotture e alle riparazioni della relazione, è considerato il fattore comune in grado di rendere conto di gran parte dell'efficacia del lavoro clinico. Secondo la nostra visione relazionale intersoggettiva del colloquio, le *impasse* e le resistenze che si manifestano nel corso del processo possono essere la via *regia* per comprendere gli organizzatori inconsci e primari dell'esperienza del paziente, ovvero, nel linguaggio A.R.P. gli organizzatori primari della patologia e, nel linguaggio Bucci, la dissociazione e l'evitamento. Il successo di un buon processo diagnostico, infatti, sembra segnato non tanto da una buona relazione che si mantiene costante e in moderata crescita nel tempo, quanto piuttosto da un concetto più raffinato, legato alla capacità della coppia di riconoscere ed elaborare i problemi relazionali della coppia stessa (le rotture dell'alleanza di Lingiardi, se vogliamo, 2002) per appianarli e costruire continuamente il clima di fiducia necessario alla riedizione, nel qui e ora, degli schemi emotivi disfunzionali e dissociati. Naturalmente, come precedentemente dimostrato, le specificità di questo processo di sintonizzazione sono la ricorsività e bi-direzionalità: la sintonizzazione, la rottura del contatto, gli interventi positivi e negativi sono co-costruiti e sia il clinico sia il paziente vi contribuiscono, a livello conscio e inconscio. Nel corso dei colloqui avviene continuamente l'attivazione degli schemi emotivi disfunzionali e dei processi dissociativi che proteggono da tale attivazione e che si riflettono nelle modalità relazionali a tratti funzionali, a tratti disfunzionali mostrate attraverso la

comunicazione emozionale e le fluttuazioni di RA. Se il clinico risponde alle modalità disfunzionali attivando dei meccanismi di riparazione, la risposta del paziente sarà la connessione con le componenti subsimboliche non verbali e il loro agganciamento a immagini prototipiche e infine la costruzione di nuovi significati, nuove associazioni, nuove parole per dirlo: si delinea il processo del ciclo referenziale. Se le rotture della sintonizzazione, invece, non vengono accolte dal clinico che vi risponde negativamente, allora nel paziente si assisterà a un mantenimento del linguaggio emozionale a livello di allarme e non sarà favorita la simbolizzazione (RA bassa).

Dal punto di vista metodologico, l'obiettivo di questo terzo *step* di ricerca, allora, è valutare se il modello del processo diagnostico definito attraverso le variabili in cui lo abbiamo scomposto è consistente con i dati empirici – non lo mettiamo in dubbio dal punto di vista teorico! – e soprattutto vorremmo identificare non solo le relazioni tra queste variabili (covariazioni e co-occorrenze), ma anche le relazioni causali che le legano (la prospettiva che ha forma causale, infatti, offre maggiori informazioni nella misura in cui un rapporto di causazione è tipicamente asimmetrico, nel senso che un cambiamento nella causa produce un cambiamento nell'effetto, ma il viceversa non è vero). Per farlo ci serviamo di una tecnica di *path analysis* che ci permette di formulare ipotesi entro un quadro di riferimento esplicitamente multicausale

Risultano infatti verificate empiricamente le condizioni necessarie per stabilire dei rapporti causali tra le nostre variabili:

- covariazione, cambiamenti sistematici in una variabile infatti sono accompagnati da cambiamenti sistematici nell'altra
- ordine temporale, il cambiamento nella variabile indipendente precede quello nella variabile dipendente, in un rapporto di ricorsività (questo definisce l'asimmetria delle variabili)
- genuinità della relazione, per cui verranno accettati solo quei modelli probabilistici stocastici in grado di spiegare la varianza massima del costrutto senza ricorrere a relazioni spurie (l'associazione tra due variabili non deve essere il prodotto di una causa comune ad entrambe).

Questa tecnica statistica usa dei modelli e degli insiemi di equazioni strutturali per rappresentare le ipotesi causali in modo formale in termini di stime di correlazioni e regressioni e giungere a disegnare una stima diagrammatica del modello che meglio spiega le associazioni tra variabili.

Il metodo per l'analisi delle equazioni strutturali da noi usato è *Linear Structural Relations* (Lisrel), che ci consente di stabilire legami tra insiemi di indicatori osservati e loro cause non osservabili, di ottenere stime quantitative dei parametri del modello e dei rispettivi errori standard e di valutare la bontà di adattamento ai dati di ogni modello. Per applicare il *software* LISREL dobbiamo, in primo luogo, rappresentare le relazioni multivariate attraverso un modello concettuale e, in un secondo momento, definire il modello di misurazione.



## PRIMO LIVELLO: LA FORMULAZIONE DEL MODELLO CONCETTUALE

Il punto di partenza da cui la ricerca muove è la constatata – nella teoria – ma poco consolidata – nelle ricerche – esistenza di una correlazione ricorsiva e circolare tra:

- processi intrapsichici del clinico, in questo lavoro scegliamo di non indagare gli effetti causali di questa variabile assumendo che il *training* di formazione alla psicologia e alla psicoterapia, nonché l'analisi personale dovrebbero garantire una relativa indipendenza tra il comportamento del paziente e il comportamento del clinico che dovrebbe essere capace di limitare al minimo e non creare interferenze tra i propri processi intrapsichici personali e il *setting* o comunque riconoscerli e gestirli

- processi interpersonali del clinico, valutabili attraverso le variabili della PIRS sulle tecniche della domanda e alcune covariazioni significative tra le variabili dei dizionari di Bucci considerate degli indici positivi di una comunicazione efficace dal punto di vista relazionale, affettivo, elaborativo, metacognitivo. Queste variabili sono state categorizzate in quattro categorie in relazione al peso specifico delle dimensioni che le determinano:

(A) componente emotiva inconscia (INTER Einc cl), misurata attraverso un *pattern* di covariazioni tra alcune variabili dei dizionari di Bucci che, in letteratura e in base ai risultati del primo obiettivo, sono buone espressioni di un costrutto sovraordinato che ha a che vedere con una posizione del clinico che è inconscia nella misura in cui ha a che fare con la capacità di sintonizzarsi con l'altro usando canali dapprima subsimbolici e solo in un secondo momento elaborativi, e che è emotiva nella misura in cui è espressione della capacità di trasmettere emozioni a livello linguistico. Questo *pattern* di buona sintonizzazione/buona comunicazione emotiva si compone di: RA\_Aff alta e positiva, Aff\_Ref alta e negativa (per i significati specifici di queste covariazioni si rimanda alle osservazioni del primo obiettivo)

(B) componente emotiva conscia (INTER Econsc cl), comprende tutte le tecniche della domanda volte a sostenere empaticamente il paziente e a riconoscerlo attraverso un canale affettivo-subsimbolico, nonché le domande (emotive) volte a favorire e a facilitare nel paziente un lavoro sulle emozioni – farle emergere, parlarne, nominarle, riconoscerle, integrarle – in particolare rientrano in questa categoria le tecniche PIRS SS, Wes, Cack, Cl e Ass

(C) componente tecnica (INTER TEC cl), comprende le domande (emotive/cognitive) volte ad aiutare il paziente a lavorare sull'elaborazione e comprensione dei significati emotivi e cognitivi degli episodi relazionali e degli schemi dell'emozione; rientrano in questo gruppo le domande PIRS R e DI

(D) tecnica indagatrice, si riferisce a tutte le domande informative volte alla raccolta di dati oggettivi e fattuali, in particolare le Q. Questa categoria non verrà considerata per questo obiettivo perché si ipotizza che abbia un effetto 0 o nullo rispetto al conseguimento di una integrazione e bonificazione degli schemi emotivi disfunzionali. Non è considerata una variabile interveniente nella misura in cui ha come finalità quella di raccogliere informazioni: rappresenta una fase importante del lavoro diagnostico – senza le quali non sarebbe possibile fare ipotesi cliniche e avviare il ragionamento clinico – ma non una variabile determinante

- processi intrapsichici del paziente inconsci, è un concetto che è riconducibile al costrutto di regolazione delle emozioni nel paziente, infatti viene valutato attraverso il *pattern* RA\_Aff e RA\_Ref alte e positive, e Aff\_Ref alte e negative, indicatori di quei momenti del colloquio in cui il paziente è in grado di trasformare in parole un'attivazione emotiva viscerale ed elaborarla trasformativamente consentendo il passaggio dalla dissociazione all'integrazione

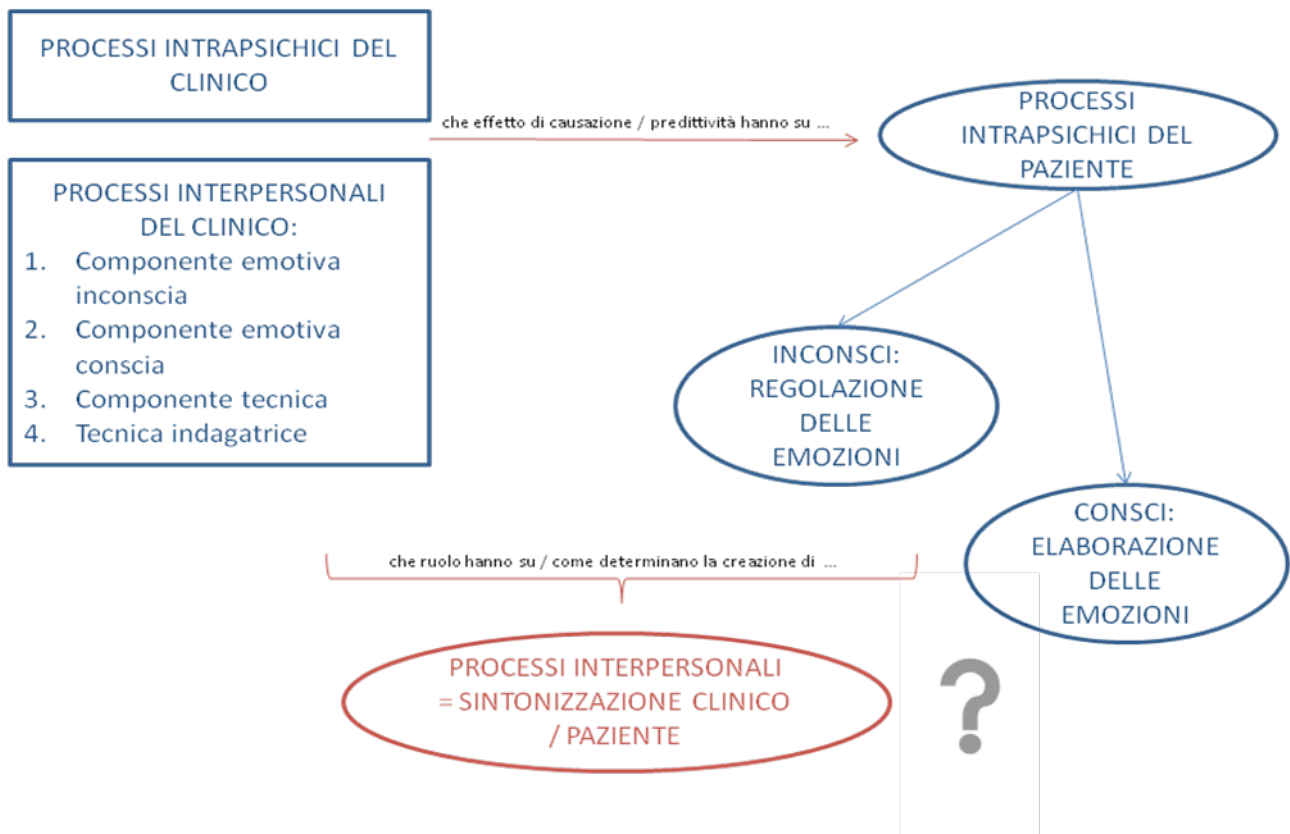
- processi intrapsichici del paziente consci, è una fase più consapevole del processo di regolazione delle emozioni in cui il paziente non solo è in grado di lavorare sulle sue emozioni e sui suoi schemi di ricordi, ma anche di integrarli in una visione di sé e del mondo più stabile e duratura che prenda in considerazione passato, presente e futuro. Questa

variabile viene misurata, infatti, ad un livello più cognitivo e meno emotivo attraverso le variabili dello strumento di Horowitz EEMO in associazione a ESIGN

- processi relazionali clinico/paziente, si tratta del processo relazionale di sintonizzazione tra i due *partner* misurabile attraverso gli indici di coerenza implementati nel terzo *step* del primo obiettivo e attraverso la concordanza sequenziale domanda del clinico/risposta del paziente per certe variabili identificate nel secondo obiettivo dello studio. In particolare ci si riferisce alle covariazioni tecnica della domanda/elaborazione del paziente identificate come statisticamente più significative a lag variabile (Tab. 28): DI\_EEMO, Ass\_EEMO, CI\_EEMO, R\_EEMO e DI\_ESIGN, Q\_ESIGN, Ass\_ESIGN, Wes\_ESIGN.

L'interrogativo che ci poniamo è sulla direzione causale di questa covariazione/correlazione ricorsiva e circolare e sul peso specifico che ciascuna variabile gioca nel determinarla: quali sono le variabili maggiormente associate e in grado di spiegare una predittività nel facilitare l'integrazione/regolazione delle emozioni, di favorire i processi di comprensione della propria diagnosi, di comprendere il proprio funzionamento basilare? Quali sono le variabili intervenienti che stanno alla base e spiegano un buon processo diagnostico: primario è il ruolo della sintonizzazione a livello inconscio/subsimbolico tra clinico e paziente o il ruolo maggiore è giocato dagli interventi tecnici che vanno a intervenire sullo sviluppo di competenze più simboliche? Se volessimo rappresentare graficamente l'obiettivo che ci poniamo potremmo domandarci:

Fig. 36 – Schematizzazione della domanda di ricerca



Le nostre ipotesi di partenza ruotano intorno alla convinzione che, se categorizziamo le variabili intervenienti nelle macrocategorie proposte sopra, possiamo definire delle

- variabili indipendenti X, che sono gli interventi tecnici del clinico e il suo comportamento emotivo di sintonizzazione con il paziente, quindi l'assetto relazionale emotivo che crea e l'aspetto tecnico specifico legato alle competenze che dovrebbe possedere un bravo diagnosta

che hanno un effetto causale sulle

- variabili dipendenti Y, che definiscono i processi intrapsichici del paziente che sono riconducibili all'acquisizione della capacità di regolare le emozioni e riparare agli schemi emotivi disfunzionali e dissociati.

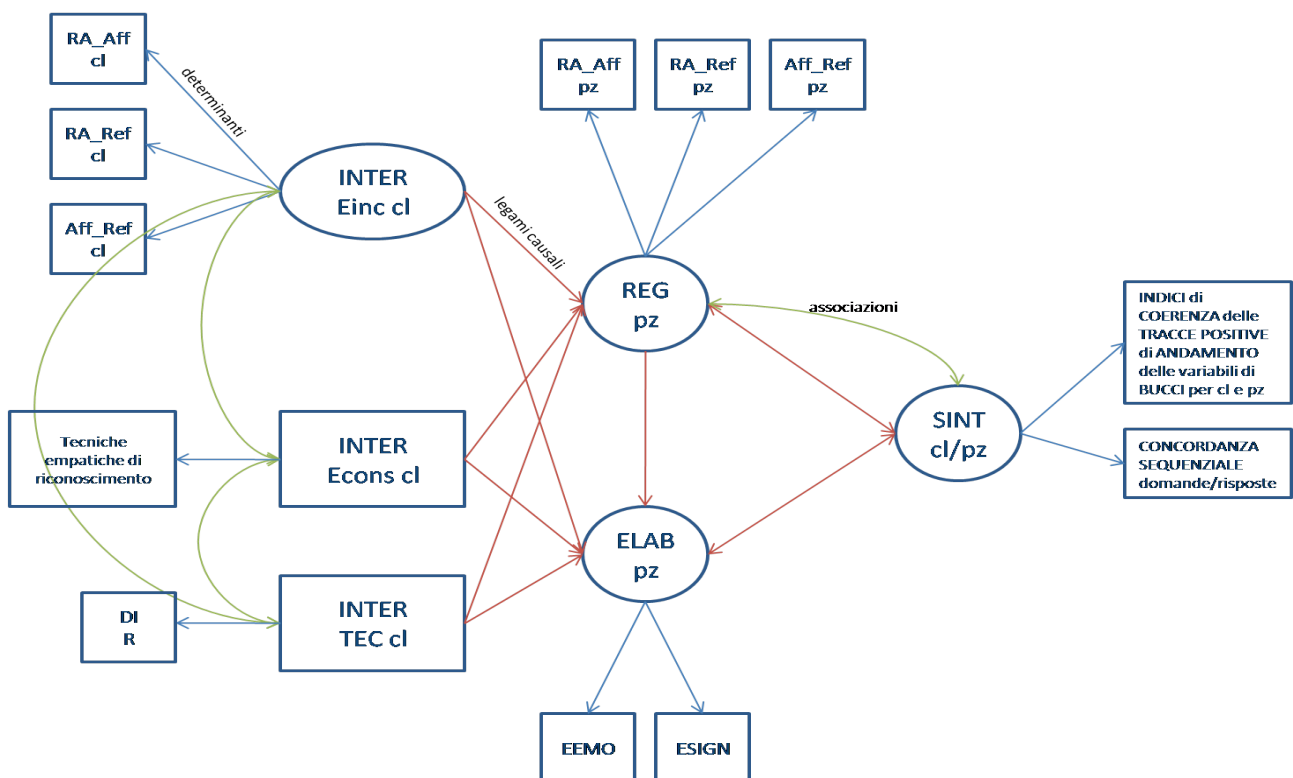
Secondo noi – secondo la clinica, secondo la teoria, secondo i risultati delle nostre precedenti ricerche – la direzione della causazione dovrebbe andare in questo senso, naturalmente è molto complesso passare da un modellino teorico a uno verificato empiricamente perché le variabili intervenienti e interferenti sono infinite e non sempre è possibile tenerle sotto controllo e perché le poche variabili prese in considerazione e misurate sono tutte legate da vincoli di reciprocità e influenzamento reciproco: gli effetti di retroazione, *feedback*, ciclicità sono pressoché evidenti data l'interrelazione dei costrutti presi in esame. Comunque, fatte queste premesse – pena l'iper-semplificazione di un fenomeno estremamente complesso – abbiamo provato a testare e misurare i tipi di relazioni causali che legano le nostre variabili e attraverso dei modelli di equazioni strutturali a definire le relazioni reciproche di causalità che li legano per vedere se la direzione della nostra ipotesi fosse corretta.

Primo *step* è la definizione di un modello teorico che rappresenti l'espressione 'semplificata (riduzione della complessità della teoria) e formalizzata (formulazione secondo un insieme sintattico di simboli)' della teoria espressa tramite un processo causale per trovare la più semplice spiegazione esistente per il fenomeno che vogliamo studiare (principio di parsimonia).

Si tratta di tradurre la teoria in un sistema di equazioni strutturali definendo le variabili osservate, ipotizzando le eventuali variabili latenti, stabilendo i legami causali tra le variabili e costruendo il modello complessivo in modo che sia matematicamente risolubile, sia cioè 'identificato'. Viene definito un certo numero di parametri come entità incognite, quando si ipotizzano legami diretti tra due variabili, mentre altri parametri vengono eliminati (posti uguali a 0) quando si ipotizza che il legame diretto non sussista. Alla fine di questa procedura resterà un certo numero di parametri da stimare.

Secondo le nostre ipotesi, il modello concettuale di partenza può essere così esemplificato – in una notazione 'clinica':

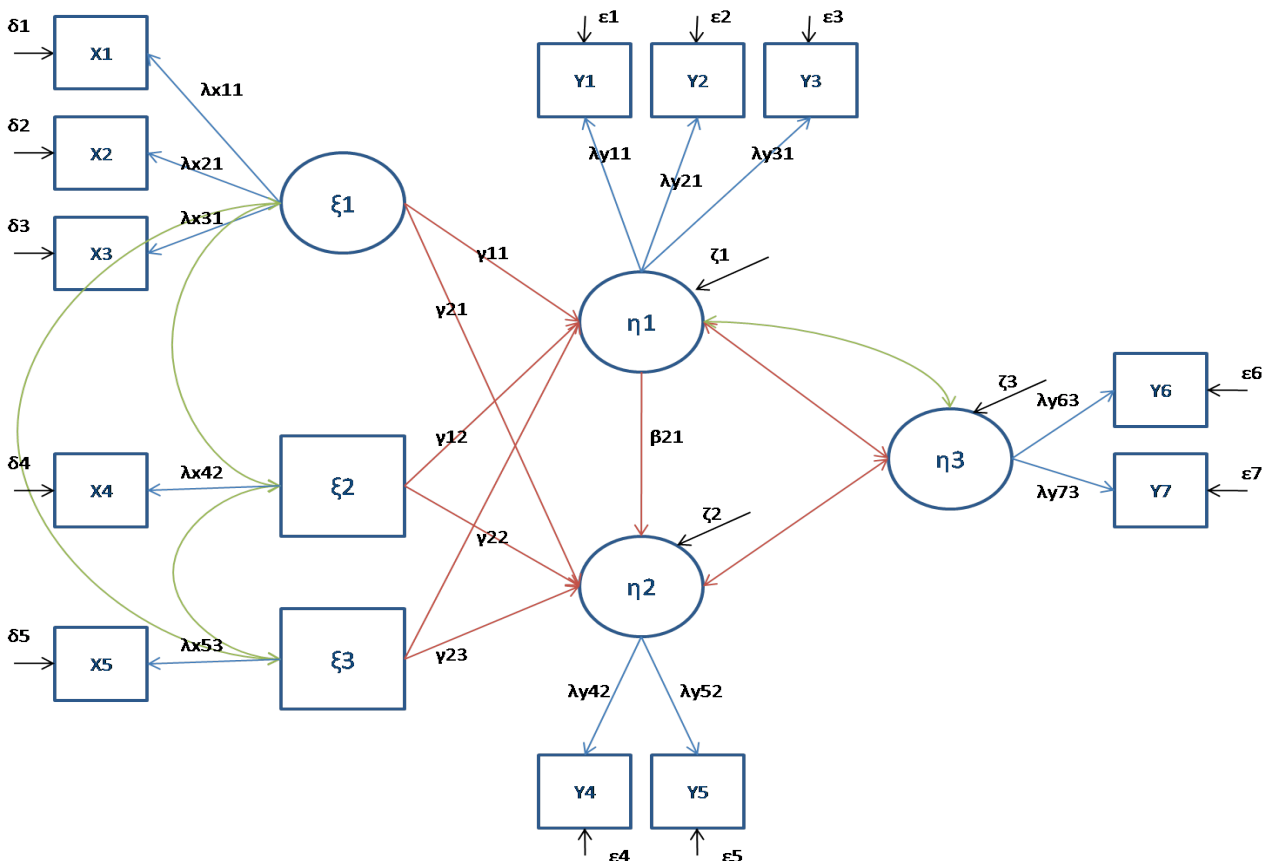
Fig. 37 – Rappresentazione grafica del modello concettuale in notazione 'clinica'



Questo modello concettuale definisce 3 variabili latenti esogene INTER (si tratta di variabili indipendenti esterne al modello) che rappresentano le variabili indipendenti origine della causazione; le variabili 'effetto' o dipendenti sono le 3 esogene REG, ELAB e SINT, queste sono le variabili latenti endogene, cioè interne e spiegate dal modello, hanno valore stocastico e probabilistico e nel nostro caso sono tutte dipendenti. Le variabili tratte dagli indici di Bucci sono variabili osservate che rappresentano la dimensione misurata – e non stimata – che va a comporre e definire le variabili endogene ed esogene, lo stesso vale per gli indici di coerenza e concordanza sequenziale. Le linee diritte rappresentano i legami ipotizzati diretti e causali, mentre le curve le associazioni (covariazioni o correlazioni) che possono essere direzionate o bidirezionali e indicano un legame che non può essere definito nei termini di causazione.

Secondo le nostre ipotesi, allora, il fenomeno della regolazione emotiva nel paziente dovrebbe essere definito causalmente da un *pattern* di associazione che prevede interventi del clinico a diversi livelli: inconscio (sintonizzazione a livello sub-simbolico e comunicazione interattiva su un canale paraverbale), conscio (tecniche di mediazione di carattere emotivo/empatico ma mediate dal canale simbolico o verbale) e tecnico (tecniche di intervento non solo emotive, ma cognitive e interpretative). Nel nostro modello ci aspettiamo e ipotizziamo che la regolazione delle emozioni sia la risultante di una combinazione di tutte queste variabili a cui attribuiamo lo stesso peso (analisi esplorativa). Ugualmente ci aspettiamo che il paziente riesca a integrare e riparare gli schemi emotivi disfunzionali usando tutte le dimensioni e i canali interpersonali del clinico (anche in questo caso non siamo partiti da ipotesi in cui aprioristicamente o teoricamente attribuiamo un peso diverso alle variabili). Di natura bi-direzionale ipotizziamo anche essere il rapporto che lega le capacità di regolare le emozioni e integrarle, aspettandoci che questo nesso causale sia mediato dalla variabile relazionale di sintonizzazione reciproca tra i due *partner*. Per testare queste ipotesi, siamo passati da un linguaggio clinico a uno statistico usando la notazione e la metrica di LISREL. Abbiamo quindi tradotto il nostro modellino in un modello di regressione e di equazioni strutturali:

Fig. 38 – Rappresentazione grafica del modello concettuale di equazioni strutturali sulla genesi della sintonizzazione affettiva



dove X1=RA\_Aff alta e positiva (variabile osservata esogena) e  $\square$  è l'errore di misurazione corrispondente  
 X2=RA\_Ref alta e positiva (variabile osservata esogena) e  $\square$  è l'errore di misurazione corrispondente  
 X3=Aff\_Ref alta e negativa (variabile osservata esogena) e  $\square$  è l'errore di misurazione corrispondente  
 □1=INTER Einc cl (variabile latente esogena)  
 □2=INTER Econs cl (variabile latente esogena)  
 □1=INTER TEC cl (variabile latente esogena)  
 □1=REG pz (variabile latente endogena) e  $\square$  è l'errore di misurazione corrispondente  
 □2=ELAB pz (variabile latente endogena) e  $\square$  è l'errore di misurazione corrispondente  
 □3=SINT cl/pz (variabile latente endogena) e  $\square$  è l'errore di misurazione corrispondente  
 Y1=RA\_Aff alta e positiva (variabile osservata endogena) e  $\square$  è l'errore di misurazione corrispondente  
 Y2=RA\_Ref alta e positiva (variabile osservata endogena) e  $\square$  è l'errore di misurazione corrispondente  
 Y3=Aff\_Ref alta e negativa (variabile osservata endogena) e  $\square$  è l'errore di misurazione corrispondente  
 Y4=EEMO (variabile osservata endogena) e  $\square$  è l'errore di misurazione corrispondente  
 Y5=ESIGN (variabile osservata endogena) e  $\square$  è l'errore di misurazione corrispondente  
 Y6=indici di coerenza delle tracce positive di andamento delle variabili di Bucci per cl e pz (variabile osservata endogena) e  $\square$  è l'errore di misurazione corrispondente  
 Y7=concordanza sequenziale domande/risposte (variabile osservata endogena) e  $\square$  è l'errore di misurazione corrispondente

Si tratta di un modello di misurazione causale per variabili osservate e latenti non ricorsivo perché presenta struttura non gerarchica fra le Y e le rispettive latenti, prevedendo l'esistenza di causazione reciproca (vedi frecce circolari) nella forma di retroazione e *feedback*.

## SECONDO LIVELLO: IL MODELLO STRUTTURALE E DI MISURAZIONE E LA STIMA DEI PARAMETRI

Dopo aver definito la rappresentazione diagrammatica del modello, occorre introdurre la rappresentazione matriciale e algebrica che andrà a definire l'insieme di equazioni strutturali che definiscono i nessi causali tra le variabili e che permette di passare alla fase operativa della stima dei parametri. In particolare occorre definire il Modello di misurazione *OuterModel* che definisce le relazioni tra variabili latenti e manifeste e il *PathModel* che può essere formalizzato algebricamente dalle 3 equazioni matriciali:

$$\begin{cases} \eta(m * 1) = \beta(m * m)\eta(m * 1) + \gamma(m * n)\xi(n * 1) + \tau(m * 1) \\ \gamma(p * 1) = \lambda\gamma(p * m)\eta(m * 1) + \varepsilon(p * 1) \\ x(q * 1) = \lambda x(q * n)\xi(n * 1) + v(q * 1) \end{cases}$$

Dopo aver definito la rappresentazione diagrammatica del modello, occorre introdurre la rappresentazione matriciale e algebrica che andrà a definire l'insieme di equazioni strutturali che definiscono i nessi causali tra le variabili e che permette di passare alla fase operativa della stima dei parametri.

In particolare occorre definire il Modello di misurazione *OuterModel* che definisce le relazioni tra variabili latenti e manifeste e il *PathModel* che può essere formalizzato algebricamente dalle 3 equazioni matriciali:

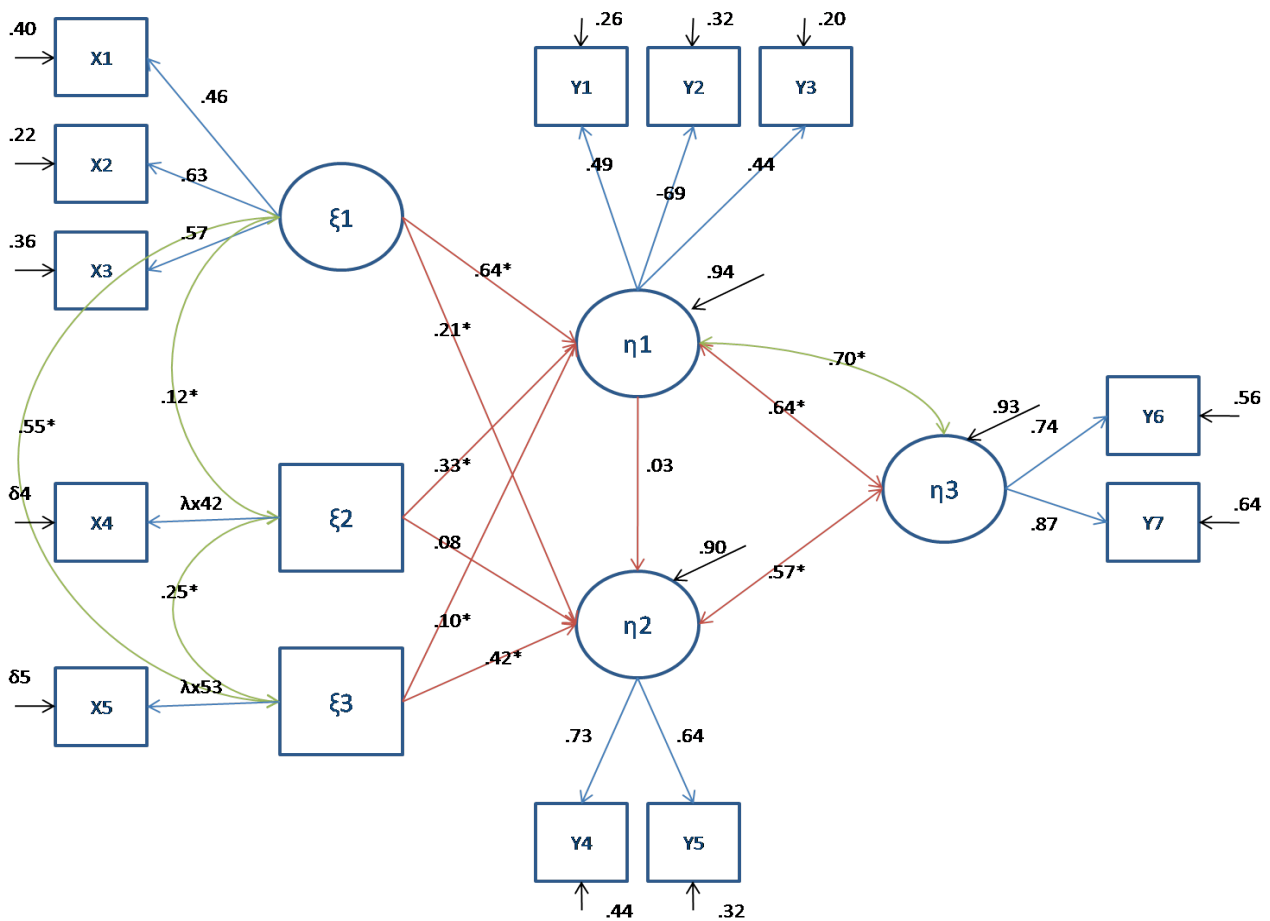
$$\begin{cases} \eta(m * 1) = \beta(m * m)\eta(m * 1) + \gamma(m * n)\xi(n * 1) + \tau(m * 1) \\ \gamma(p * 1) = \lambda\gamma(p * m)\eta(m * 1) + \varepsilon(p * 1) \\ x(q * 1) = \lambda x(q * n)\xi(n * 1) + v(q * 1) \end{cases}$$

La prima equazione definisce il modello strutturale e rappresenta il legame lineare tra variabili latenti, le altre due rappresentano i modelli di misurazione (*OuterModel*) endogeno ed esogeno e definiscono le relazioni tra variabili latenti e manifeste. Da qui la costruzione delle due matrici di covarianza  $\Sigma$  per le variabili  $\eta(X)$  e  $\Sigma$  per gli errori  $\varepsilon(\varepsilon)$ .

Con il modello da una parte e i dati dall'altra, mediante un processo iterativo di minimizzazione delle distanze fra dati prodotti dal modello e dati osservati, si stimano i parametri incogniti. Partendo da valori arbitrari: si vede quale matrice di covarianza fra le variabili osservate produce questo modello, si misura la distanza di questa matrice 'attesa' (cioè prodotta dal modello teorico) da quella 'osservata' e con procedure matematiche si minimizza questa distanza, calcolando quali sarebbero i nuovi valori dei parametri per avere questa distanza ridotta al minimo. Il processo termina quando ogni nuovo tentativo di ridurre la distanza non produce risultati migliori del tentativo precedente, cioè quando tale distanza non è ulteriormente riducibile. I parametri ottenuti sono in conclusione i migliori possibili compatibili sia con i dati sia con il modello. Alla fase di stima dei parametri segue quella di verifica del modello. Si tratta del confronto tra modello teorico e dati osservati, per l'eventuale falsificazione del modello stesso. Tale falsificazione si basa sul confronto tra matrice di covarianza 'osservata' fra le variabili (quella cioè ricavata dai dati) e la stessa matrice 'attesa', quella cioè prodotta dal modello tramite i parametri appena stimati. La distanza tra le due matrici è la minima compatibile col modello, tuttavia può essere ancora troppo elevata per considerare il modello compatibile con i dati. La differenza dati/modello, chiamata normalmente 'residuo', è legata all'esistenza dell'errore stocastico (casuale). Se la differenza è superiore a quella imputabile all'errore, il modello sarà respinto. Il metodo di stima che LISREL usa è quello chiamato della Massima verisimiglianza (MI, *Maximum Likelihood*). Si tratta di un criterio generale che permette di stimare i parametri incogniti di una popolazione individuando quei parametri che generano la più elevata probabilità per i dati campionari di essere osservati. Nel caso specifico, consiste nell'individuare, data una matrice di covarianza osservata (in un campione)  $S$ , qual è la probabilità che questa matrice derivi da una certa matrice teorica  $\Sigma$  (nella popolazione) e permette, premesso che siano liberi alcuni parametri nel modello che genera  $\Sigma$ , di determinare quali valori attribuire a tali parametri affinché la probabilità che  $S$  derivi da  $\Sigma$  sia la massima possibile. Quindi, fra tutti i possibili valori dei parametri liberi, permette di scegliere quelli che generano un  $\Sigma$  il più prossimo possibile a  $S$ , tale, cioè, che sia massima la probabilità che quel  $S$  osservato nel campione derivi da quel  $\Sigma$  esistente nella popolazione. La 'distribuzione di Wishart' consente di calcolare la probabilità di ottenere un certo  $S$  dato un certo  $\Sigma$ . Questa distribuzione è espressa in funzione dei parametri strutturali del modello. È stato perciò individuato un criterio per valutare la prossimità tra  $\Sigma$  e  $S$ . L'indice di prossimità è dato dalla probabilità di avere quel certo  $S$  dato quel certo  $\Sigma$ . Per migliorare le stime dei parametri strutturali per poterli portare a quei valori che massimizzano la prossimità fra  $S$  e  $\Sigma$ , il modello che genera  $\Sigma$  contiene parametri liberi ed essi sono l'obiettivo della ricerca. Saranno scelti quei valori che massimizzano la probabilità che  $S$  derivi da  $\Sigma$ , cioè che massimizzino la distribuzione di Wishart.  $S$  resta ferma: proviene dai dati osservati; ciò che cambia è  $\Sigma$ . La massimizzazione avviene attraverso le derivate parziali rispetto ai singoli parametri.

Facendo girare il blocco di istruzioni costruito *ad hoc* per la nostra ricerca, otteniamo che il modello concettuale converge (Goodness of fit for the whole model:  $\chi^2=142.65$  per  $gdl=13$  e  $p=.000$ ). Il valore della statistica risulta troppo elevato (significativo): è significativamente diverso da 0, per cui risulta falsificata l'ipotesi che la differenza tra covarianze osservate e prodotte dal modello sia =0. Il modello quindi va respinto, come si evince anche dalla lettura dei residui (infatti, su 8 residui positivi significativi  $>2$ , 6 fanno riferimento a covarianze spurie tra variabili correlate che implicano un legame di associazione – quindi un legame spurio). Il modello è:

Fig. 39 – Primo modello per la ricerca sui rapporti tra interventi tecnici e aspetti emotivi: modello saturo. Parametri del modello



ma non può essere considerato conclusivo. Si procede allora alla fase di modifica del modello. Le modifiche si baseranno sia su valutazioni puramente teoriche sia sulle analisi condotte sul modello precedente (quello respinto).

### TERZO LIVELLO: LA VALUTAZIONE E IL MIGLIORAMENTO DEL MODELLO

Poiché questo primo modello non risulta 'falsificato', cioè mostra un tasso di incongruità con i dati a disposizione, si apre un percorso circolare di ricerca per cui si torna alla matrice di covarianza fra le variabili osservate  $S$ , in quanto il test di falsificazione è basato su ciò che chiamiamo 'residuo', cioè lo scarto  $S - \hat{S}$ . Si apre la fase di 'miglioramento' del modello, sulla base dei vari diagnostici prodotti da Lisrel. Si tratta di una procedura iterativa che procede fino a quando il modello non è più migliorabile.

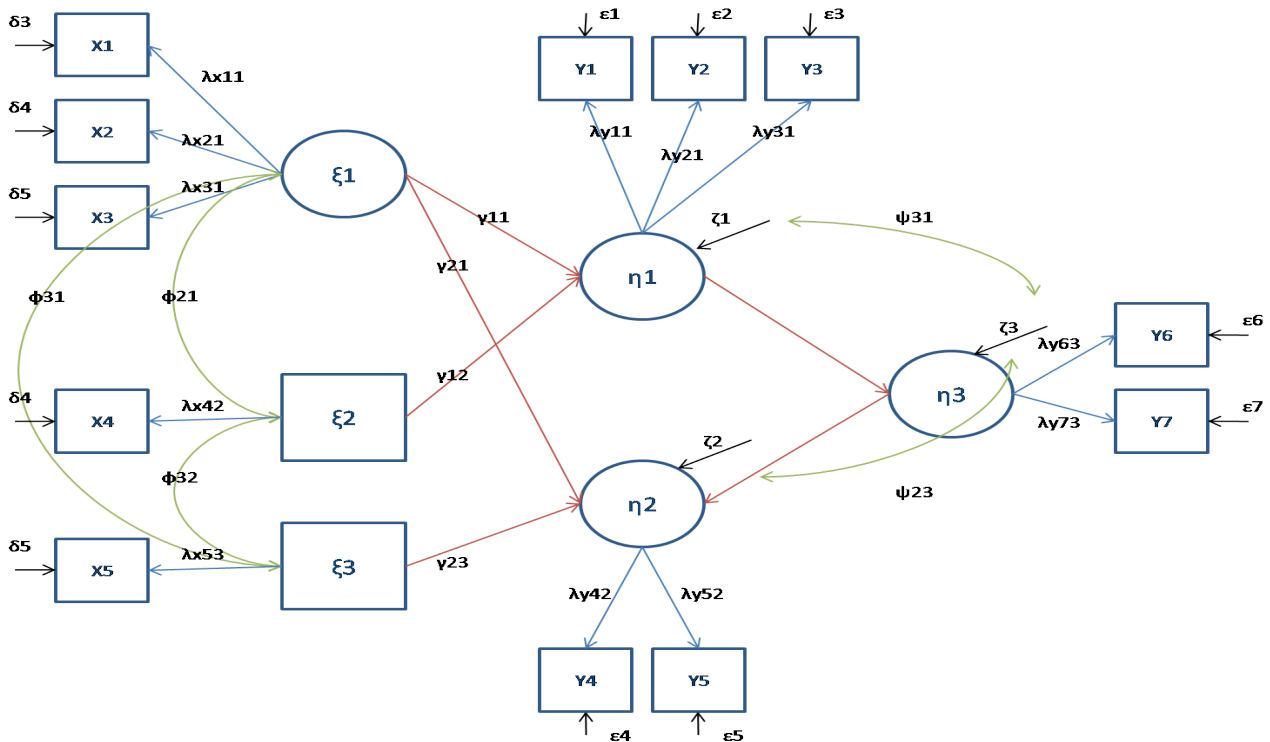
Questo processo può avvenire secondo tre modalità: (A) esclusione di parametri dal modello (B) inclusione di nuovi parametri o indici di modifica (C) riformulazione del modello. Nel primo caso, dopo aver formulato il modello e misurato il suo adattamento globale ai dati, il primo passaggio è quello di controllare la significatività dei singoli parametri per eliminare quelli non significativamente diversi da 0. Nel caso di distribuzione campionaria normale è possibile respingere l'ipotesi nulla che un certo parametro  $P$  nell'universo sia 0, se il suo valore stimato  $p$  è in valore assoluto maggiore di  $1.96SE$  (dove  $SE$  è l'errore standard, cioè la deviazione standard della distribuzione campionaria). Poiché  $p/SE$  è il cosiddetto 'valore-t' del parametro, se tale valore-t è, in valore assoluto, maggiore di 1.96 allora possiamo respingere l'ipotesi nulla che il parametro  $P$  nell'universo sia 0. In sostanza si elimineranno dal modello, cioè verranno posti pari a zero, i parametri con valore-t in valore assoluto  $< 2$ . Gli indici di modifica sono stati pensati per consentire l'azione opposta a quella operata dai valori-t. I valori-t infatti permettono di escludere dal modello parametri non significativi, mentre gli indici di modifica di includervi dei parametri significativi inizialmente non previsti. Per ogni parametro non incluso nel modello, cioè 'fisso', viene calcolato di quanto diminuirebbe la statistica  $T$  del  $\chi^2$  se quel parametro venisse 'liberato'. L'indice è approssimativamente un  $\chi^2$  con un grado di libertà ed è significativo quando è superiore a 4 (anche se il valore dovrà essere sensibilmente superiore perché valga la pena inserire il corrispondente parametro nel modello). Si tratterà quindi di trovare i parametri con gli indici di modifica più elevati e nello stimare nuovamente il modello avendo 'liberato' (sempre uno per volta) tali parametri.

E' noto che alla base delle procedure di valutazione complessiva di adattamento del modello ci sia lo scarto  $S - \hat{S}$ . Alla base delle procedure di miglioramento del modello c'è l'analisi dei singoli scarti  $s_{ij} - \hat{s}_{ij}$ . All'origine di questa procedura sta il meccanismo di scomposizione delle covarianze: la covarianza tra due variabili è il prodotto di tutti i percorsi esistenti tra queste due variabili. Se il modello sottoposto a stima non include tutti i percorsi effettivamente esistenti tra due variabili  $i$  e  $j$ , allora la covarianza  $\hat{s}_{ij}$  tra le due variabili stimata dal modello sarà inferiore a quella osservata  $s_{ij}$  e le due variabili presenteranno un alto residuo positivo ( $s_{ij} - \hat{s}_{ij} > 0$ ). Nello stesso momento gli altri percorsi tra  $i$  e  $j$  inclusi nel modello risulteranno avere parametri sovradimensionati rispetto a quelli reali, in quanto la procedura di stima cerca di avvicinare il più possibile le covarianze stimate a quelle osservate. Mancando nel modello alcuni dei percorsi fra  $i$  e  $j$ , parte della covarianza fra queste variabili dovuta ai percorsi mancanti verrà 'assorbita' dai percorsi esistenti, con un gonfiamento dei rispettivi parametri. In generale si andrà alla caccia dei residui elevati e, una volta individuati, ci sono tre maniere per eliminarli: introdurre fra le variabili già presenti nel modello legami aggiuntivi che in modo diretto o indiretto coinvolgano le variabili con residuo elevato, introdurre delle nuove variabili latenti che agiscono su quelle affette da residui elevati, introdurre dei legami fra gli errori delle variabili dai residui elevati.

Fatte queste premesse e fatte girare queste modifiche, il nuovo blocco di istruzioni LISREL produce questo modello concettuale:



Fig. 40 – Miglioramento del modello e coefficienti di regressione corrispondenti



Tab. 31 – Misure di adattamento complessive del modello

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| GFI goodness of fit           | .9263 |
| AGFI adjusted goodness of fit | .8684 |
| RMR root mean square residual | .4882 |

Tab. 32 – Standardized solution

| LAMBDA Y | ETA1 | ETA2 | ETA3 |
|----------|------|------|------|
| Y1       | .924 | .000 | .000 |
| Y2       | .924 | .000 | .000 |
| Y3       | .924 | .000 | .000 |
| Y4       | .000 | .878 | .000 |
| Y5       | .000 | .878 | .000 |
| Y6       | .000 | .000 | .888 |
| Y7       | .000 | .000 | .888 |

| LAMBDA X | KSI1 | KSI2 | KSI3 |
|----------|------|------|------|
| X1       | .933 | .000 | .000 |
| X2       | .933 | .000 | .000 |
| X3       | .933 | .000 | .000 |
| X4       | .000 | .752 | .000 |
| X5       | .000 | .000 | .879 |

| BETA | ETA1 | ETA2 | ETA3 |
|------|------|------|------|
| ETA1 | .000 | .106 | .266 |
| ETA2 | .032 | .000 | .382 |
| ETA3 | .001 | .261 | .000 |

| GAMMA | KSI1 | KSI2 | KSI3 |
|-------|------|------|------|
| ETA1  | .383 | .352 | .044 |
| ETA2  | .635 | .016 | .555 |
| ETA3  | .000 | .000 | .000 |

Dati i valori degli indici di bontà e adattamento, rispetto al modello di misurazione, che specifica come le variabili latenti sono misurate tramite le variabili osservate e serve per determinare la validità e l'attendibilità di tale misurazione, si può dire che:

- la variabile latente INTER Einc cl è saturata in modo adeguato da una combinazione particolare delle variabili di Bucci. Il fatto che il *pattern* RA\_Aff e RA\_Ref alto e positivo con Aff\_Ref alto e negativo sia espressione di una modalità linguistica che esprime che il clinico riesce, attraverso un contatto interpersonale, a co-costruire un clima emotivo e ad attivarsi a livello emotivo subsimbolico e inconscio è verificato anche empiricamente
- la variabile latente REG pz ha il significato teorico dell'attivazione di un processo di regolazione delle emozioni per cui indica che il paziente è in grado di entrare in contatto con lo stato di *arousal* emotivo e di esprimerlo a livello subsimbolico e simbolico per condividerlo con il clinico
- la variabile latente INTER Econs cl è la risultante dell'utilizzo da parte del clinico di tecniche empatiche di riconoscimento
- la variabile latente INTER TEC cl è l'espressione ed epifenomeno di interpretazioni e riformulazioni
- la variabile latente ELAB pz è saturata in modo soddisfacente da una modalità che utilizza canali simbolici e consci di espressione e modulazione delle emozioni che possono non solo essere riconosciute (EEMO), ma anche comprese, riparate e rinarrate in una nuova forma narrativa meno conflittuale (ESIGN)
- la variabile latente SINT cl/pz è saturata in modo solo parziale dai due indici di coerenza e concordanza originariamente ipotizzati. In realtà si rivela essere una variabile mediatrice, responsabile cioè dell'effetto di un'altra variabile sulla variabile dipendente creando effetti di mediazione indiretti strutturati secondo una logica causale rappresentata dal nesso esogena → mediatore → dipendente. Il significato di questa variabile assumerà un senso nella descrizione del modello strutturale.

Concludendo, quindi, la validità e l'attendibilità delle misurazioni utilizzate risulta dimostrata. Gli strumenti utilizzati, ma soprattutto i *pattern* di covariazioni scelti risultano attendibili e una stima affidabile del costrutto teorico sottostante che si propongono di misurare.

Tab. 33 – Matrici di correlazione

|      | ETA1  | ETA2  | ETA3  | KS11  | KS12  | KS13  |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ETA1 | 1.000 |       |       |       |       |       |
| ETA2 | .073  | 1.000 |       |       |       |       |
| ETA3 | .014  | .417  | 1.000 |       |       |       |
| KS11 | .606  | .004  | .001  | 1.000 |       |       |
| KS12 | .456  | .174  | .001  | .001  | 1.000 |       |
| KS13 | .177  | .536  | .003  | .012  | .056  | 1.000 |

| PSI | ETA1 | ETA2 | ETA3 |
|-----|------|------|------|
|     | .633 | .576 | .338 |

| PHI | KS11 | KS12 | KS13 |
|-----|------|------|------|
|     | .422 | .233 | .361 |

| THETA EPS | Y1   | Y2   | Y3   | Y4   | Y5   | Y6   | Y7   |
|-----------|------|------|------|------|------|------|------|
|           | .110 | .192 | .217 | .228 | .178 | .256 | .324 |

| THETA DELTA | X1   | X2   | X3   | X4   | X5   |
|-------------|------|------|------|------|------|
|             | .131 | .128 | .442 | .426 | .188 |

Rispetto al modello strutturale, invece, che specifica le relazioni causali tra le variabili latenti e serve per determinare gli effetti causali e l'ammontare della varianza non spiegata, si può dire che:

- sono state identificate interazioni di covariazione (covarianza, correlazione, associazione sono sinonimi) tra le variabili latenti, questo significa che il legame che le unisce non è di tipo causale, ma semplicemente osserviamo che le variabili presentano variazioni concomitanti: al variare di una corrisponde il variare anche dell'altra, ma senza alcun nesso logico. Teoricamente questo dato può essere spiegato dal fatto che gli strumenti e gli indici utilizzati per fare le misurazioni stanno in una relazione di covariazione rispetto a molte variabili per cui, per fare un esempio intuitivo, i *pattern* di Bucci di clinico e paziente hanno questo bias per definizione stessa, infatti sono costruiti dalla dimensione interpersonale (INTER) del rapporto clinico/paziente. Questa fonte di interferenza, quindi, non era in nessun modo eliminabile dal modello concettuale, ma poteva

essere tenuta sotto controllo e data l'attendibilità e affidabilità del modello di misurazione, questo non compromette la qualità dei risultati

- i coefficienti di regressione stabiliscono dei nessi causali significativi – significa che tra le variabili è implicato il concetto di 'produzione', cioè una variazione della prima produce la variazione della seconda; ci sono due elementi in più rispetto alla covariazione: la direzionalità (o asimmetria) dell'azione per cui nella causazione esiste una causa e un effetto per cui il variare di una variabile precede il variare dell'altra mentre nella covariazione esiste solo la concomitanza di variazione, e il legame diretto tra le due variabili, nel senso che il variare dell'una è dovuto (e non solamente associato) al variare dell'altra – tra le variabili:

INTER Einc cl\_REG pz, questo nesso causale è molto forte e stabilisce una relazione diretta, significa che un mutamento nella variabile 'causa' INTER Einc cl produce un mutamento nella variabile 'effetto' REG pz. Questo rapporto è caratterizzato da direzionalità, produzione e immediatezza del nesso

INTER Einc cl\_ELAB pz, stesso legame causale diretto, ma la forza e il peso della causazione è debole

INTER Econs cl\_REG pz, causazione diretta moderata

INTER TEC cl\_ELAB pz, causazione diretta molto forte

- non risultano confermati i legami causali tra le variabili:

INTER Econs cl\_ELAB pz, tra le due variabili non c'è nessun tipo di causazione o covariazione, significa che agiscono in modo indipendente una dall'altra e non è possibile identificare una causa e un effetto, ma nemmeno una sincronia di effetti

INTER TEC cl\_REG pz, nessun legame

- la direzione della causazione tra le variabili latenti endogene, che era stata ipotizzata di tipo bidirezionale, identifica soltanto queste direzioni di causazione:

REG pz\_SINT cl/pz, causazione diretta forte

SINT cl/pz\_ELAB pz, causazione diretta forte

non conferma effetti di retroazione in questi legami ed esclude un nesso causale o di covariazione tra REG pz e ELAB pz: il legame tra queste due variabili non è diretto, ma soltanto indiretto, mediato dalla variabile ponte SINT cl/pz. Questo significa che si ha una relazione causale indiretta fra le variabili REG pz e ELAB pz quando il loro legame causale è mediato da una terza variabile SINT cl/pz. SINT cl/pz funge da ponte fra le altre due variabili, che attraverso essa risultano causalmente collegate. La variabile interveniente o mediatrice fa sparire il nesso causale diretto tra le altre due. In realtà, quindi, il nesso esistente è nella forma di una catena causale fra variabili

- i legami di causazione reciproca, in cui cioè viene meno l'asimmetria, cioè la distinzione tra variabile causa e variabile effetto e le variabili si influenzano reciprocamente in forma di cicli in cui X agisce su Y che agisce di nuovo su X, sono stati eliminati dal modello, che ha mantenuto solo relazioni bidirezionali di influenzamento a feedback nelle catene associative. Questo permette di definire con maggiore chiarezza il modello teorico ed empirico

- ugualmente non compaiono relazioni spurie tra variabili (che renderebbero il modello errato). E' il caso di presenza di covariazione pur in assenza di causazione. La covariazione tra due variabili X e Y è provocata da una terza variabile Z che agisce causalmente sia su X sia su Y. La variabile di controllo Z è connessa causalmente con X e Y, queste due invece covariano ma non hanno legami causali.

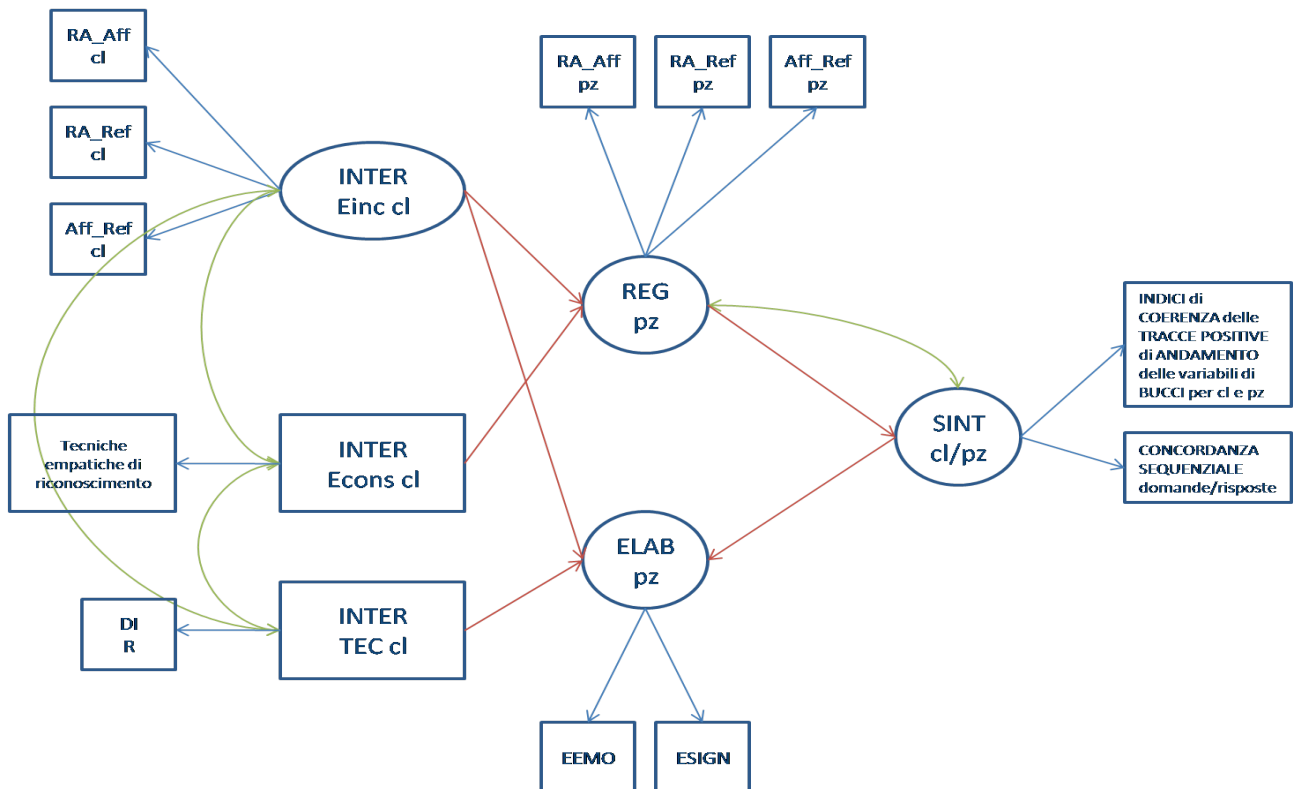
Fatte queste premesse, dando una lettura complessiva dei dati, si può dire che si stabiliscono due percorsi di lettura:

(A) il primo percorso determina una relazione indiretta o condizionata che è reinterpretabile come una catena di relazioni dirette che avvengono in tempi successivi o come un fenomeno complesso non lineare di interazione tra due variabili INTER Einc cl + INTER Econs cl che insieme, se sommiamo il loro effetto, determinano nel paziente la REG pz e attraverso la variabile SINT cl/pz, permettono di giungere anche a una ELAB pz che altrimenti non sarebbe possibile. L'impatto, quindi, delle variabili interpersonali emotive, conscie e inconscie, del clinico (INTER E cl) non influenza direttamente e non è in grado di avere un peso specifico di causazione (cioè non determina) sul miglioramento della capacità del paziente di elaborare le emozioni disfunzionali (ELAB pz), ma la loro influenza passa attraverso un'azione diretta sul miglioramento della capacità del paziente di regolare inconsciamente le emozioni (REG pz) e per un'azione mediata attraverso la costruzione di un clima interattivo di sintonizzazione ed empatia relazionale co-costruita tra clinico e paziente

(B) il secondo percorso, invece, segna l'azione causale condizionata tra INTER TEC cl + INTER Einc cl ed ELAB pz e va a confermare l'ipotesi che gli interventi tecnici del clinico hanno un grosso potere nel determinare la capacità del paziente non solo di riconoscere ma anche di lavorare con le emozioni, il paziente da solo non è capace di fare questo lavoro, ma il coefficiente  $\beta$  che segna il legame diretto tra interventi del clinico emotivi risulta significativo e maggiore di quello che segna il legame tra gli interventi tecnici. Questo significa che questi, da soli, non sarebbero in grado di spiegare in modo adeguato le capacità elaborative del paziente (ELAB pz): la relazione fra le variabili INTER TEC cl e ELAB pz cambia a seconda del valore assunto da una terza variabile, INTER Einc cl. Si tratta di un fenomeno complesso di interazione fra variabili legate da rapporti non lineari. Che forse la dimensione tecnica sia imprescindibile, ma inscindibile ed efficace solo se accompagnata da una dimensione emotiva inconscia? Il legame causale, infatti, in questo caso non è mediato da SINT cl/pz, ma risulta comunque mediato da una variabile che ha a che fare con una dimensione di sintonizzazione emotiva inconscia.

La variabile interveniente chiave che definisce il segno della correlazione complessiva, allora, in entrambi i percorsi, diventa una variabile latente relativa a una dimensione emotiva inconscia che coinvolge clinico e paziente, ma che è determinata e orientata in misura maggiore dal clinico: è cioè il clinico che ha il compito di orientare, indirizzare e manipolare/lavorare con la medesima e corrispondente variabile del paziente. I modellini di *path analysis*, purtroppo, non possono fornire risposta a questa domanda ma una serie di riflessioni cliniche possono essere fatte a partire da questi risultati.

Fig. 41 – Rappresentazione grafica del modello risultante in notazione 'clinica'

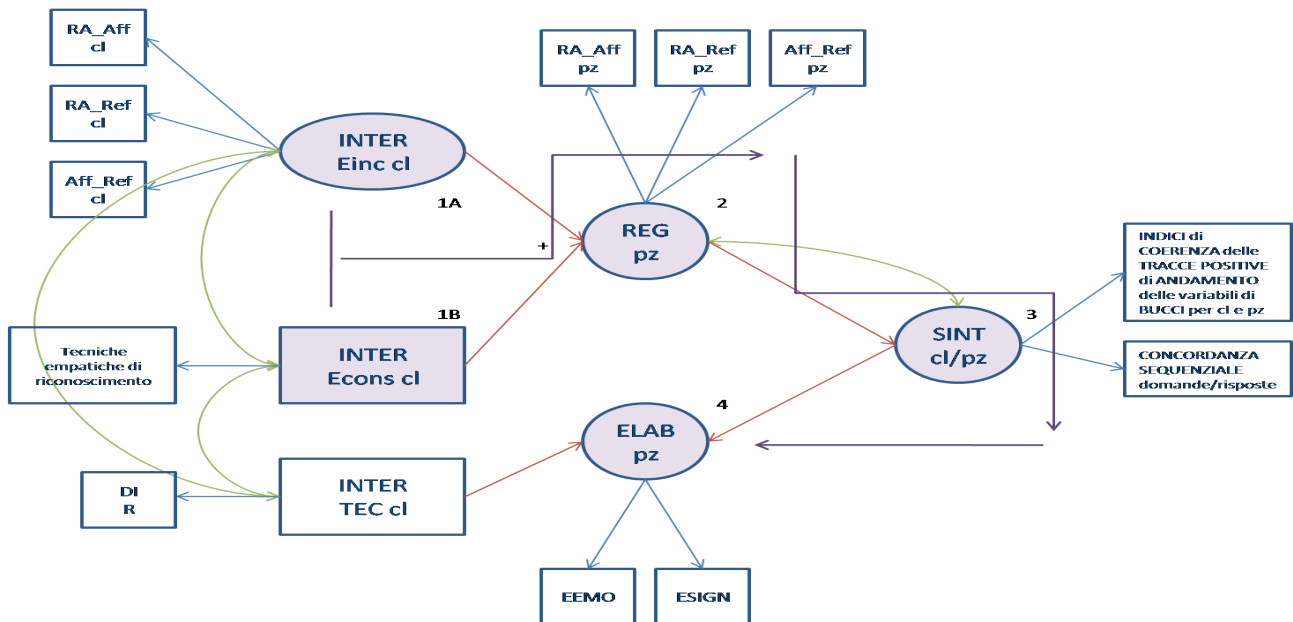


Da un punto di vista clinico, quanto detto può essere tradotto nel fatto che il fenomeno della regolazione delle emozioni e quello della elaborazione delle stesse sono due tappe diverse e distinte del processo di azione del paziente e che non sempre la regolazione delle emozioni precede e determina la loro integrazione. A volte questo è vero, nel

senso che il percorso che porta alla comprensione delle emozioni dovrebbe intuitivamente passare per le fasi del loro riconoscimento, verbalizzazione, ri-sperimentazione, comprensione e integrazione in un nuovo *framework* narrativo. Ma questo non è sempre vero, a volte è possibile un'integrazione della dimensione emotiva a prescindere dalla regolazione degli affetti: questo significa che si può pensare a essi e lavorare con loro, senza che il paziente sia prima passato da un processo di loro stabilizzazione e adattamento. Non sappiamo se questa possibilità sia indicativa di un fenomeno, come dire, in tono minore rispetto al primo, di un lavoro cioè di elaborazione ma parziale, che non passa da una modificazione degli stati fisiologici o interni ma per canale più razionalizzato e meno emotivo che per completarsi dovrà in definitiva comunque passare per un processo di attivazione subsimbolica e poi simbolica. Con i dati a nostra disposizione non potevamo verificare questa ipotesi, ma non è da escludersi l'attivazione di un processo di *feedback* per cui dalla fine del ciclo si ripassa nuovamente per l'inizio del ciclo e in un colloquio ben riuscito si attiva il primo percorso di regolazione emotiva.

Detto questo, se si tratta di fenomeni diversi e distinti, si è verificato anche che sono dipendenti e provati da azioni del clinico di qualità specifica. In particolare, la regolazione delle emozioni è determinata dall'insieme dei processi interpersonali, relazionali e intersoggettivi del clinico sia a livello conscio sia a livello inconscio; l'elaborazione delle emozioni richiede, invece, la comparsa di una componente tecnica interpretativa da parte del clinico all'interno di un ambiente empatico dove il riconoscimento paraverbale delle emozioni ha un ruolo fondamentale. Quanto detto permette di definire i due percorsi sovrapposti in termini clinici.

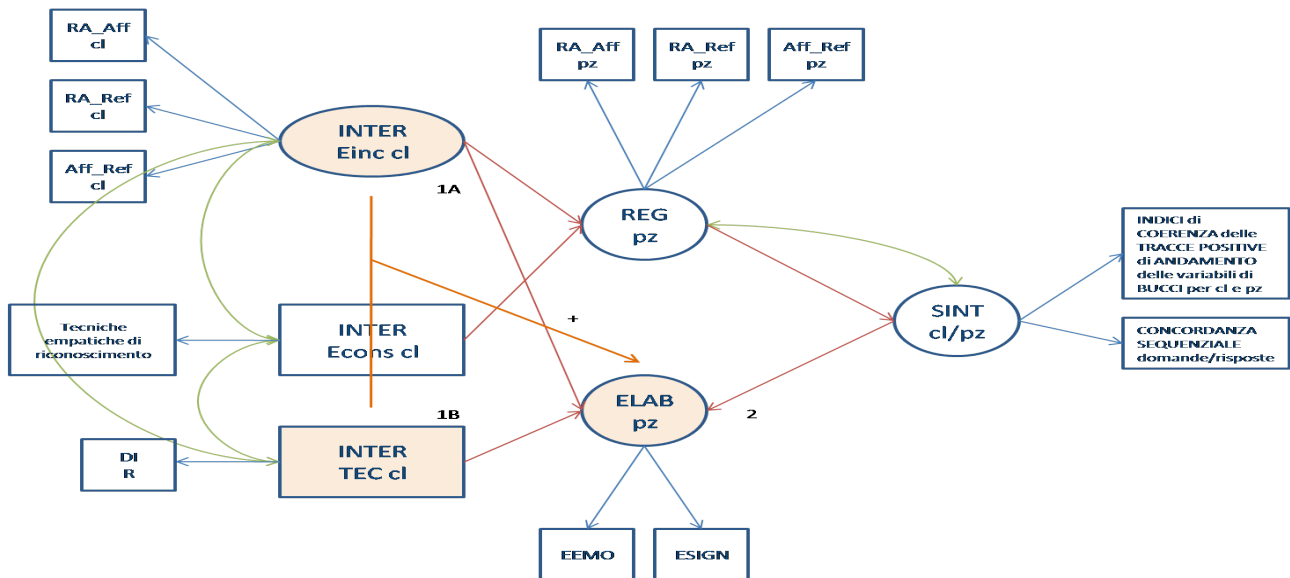
Fig. 42 – Rappresentazione grafica del primo percorso risultante dal modello in notazione 'clinica'



Il primo percorso è indicatore del fatto che le azioni del clinico di carattere emotivo, conscie e inconscie, agiscono di più sulla variabile dipendente di regolazione delle emozioni e determinano il fenomeno della sintonizzazione reciproca che è il *marker* che media e determina l'elaborazione. La sintonizzazione interpersonale è quindi il primo *step* per arrivare a costruire il più lungo percorso che porta allo sviluppo di competenze di riparazione degli schemi disfunzionali. In realtà, non dobbiamo dimenticare che quelli analizzati sono colloqui diagnostici quindi è atteso che la catena associativa passi per la regolazione e non l'elaborazione degli schemi emotivi, perchè quello è lo scopo diretto del

clinico. Però potremmo leggere il dato anche come un indizio – da approfondire – sul fatto che questi interventi, in una fase diagnostica, hanno già un effetto mutativo.

Fig. 43 – Rappresentazione grafica del secondo percorso risultante dal modello in notazione 'clinica'



Il secondo percorso è indicatore del fatto che le azioni del clinico di carattere tecnico sono fondamentali e molto potenti, ma raggiungono lo scopo elaborativo solo attraverso la mediazione della costruzione di un clima particolare di empatia, co-creato facendo ricorso a tecniche di sintonizzazione inconse e subsimboliche. Le interpretazioni e riformulazioni del clinico, allora, sembrano utili, ma solo se in associazione a un aspetto emotivo empatico. Questo riecheggia la letteratura secondo la quale interpretazioni avulse dal contesto e sbagliate nel timing, di fatto, vengono perse e non possono essere usate dal paziente. Perché il paziente possa servirsi di un'interpretazione, farla propria, comprenderla, adattarla e cucirla a sua misura, deve essere rispettata la regola base di una precedente costruzione di alleanza di lavoro diagnostica su base emotiva. Se il paziente non si sente in un contesto e in un ambiente sufficientemente sicuro, l'interpretazione – anche la più esatta – non potrà essere usata. Il *marker* mediatore o interveniente che definisce il segno della correlazione complessiva, allora, in entrambi i percorsi, è davvero una dimensione emotiva inconscia intersoggettiva che implica l'incontro di due soggettività al lavoro e alleate.

Volendo concludere, per tornare alle domande di ricerca iniziali di questo obiettivo, possiamo dire che le variabili maggiormente associate e in grado di spiegare una predittività nel facilitare l'integrazione/regolazione delle emozioni sono quelle legate a una dimensioni intersoggettiva che racchiude e ingloba in sé (A) i movimenti interpersonali del clinico che cerca di sentire con il paziente le sue emozioni risuonando agli effetti che producono su di lui e cerca con tecniche di riconoscimento ed empatia di favorire nel paziente ugualmente l'ascolto di queste emozioni e (B) i processi interpersonali di sintonizzazione che così riesce a co-creare con il paziente. La regolazione delle emozioni sembra quindi dipendere da una danza reciproca e sincronizzata tra un clinico che si pone come facilitatore, recettore e amplificatore degli schemi emotivi e un paziente che si sente abbastanza sicuro nel contatto con lui per sperimentare i propri schemi dolorosi e dissociati. Le variabili, invece, maggiormente associate e in grado di spiegare una predittività nel favorire i processi di comprensione della propria diagnosi, di comprendere il proprio funzionamento basilare a un livello che sia già mutativo sono legate a tutti quegli interventi tecnici/ terapeutici che il clinico fa che assunto però valore e senso all'interno di un contesto emotivo inconscio di empatia e riconoscimento. Il *marker* della

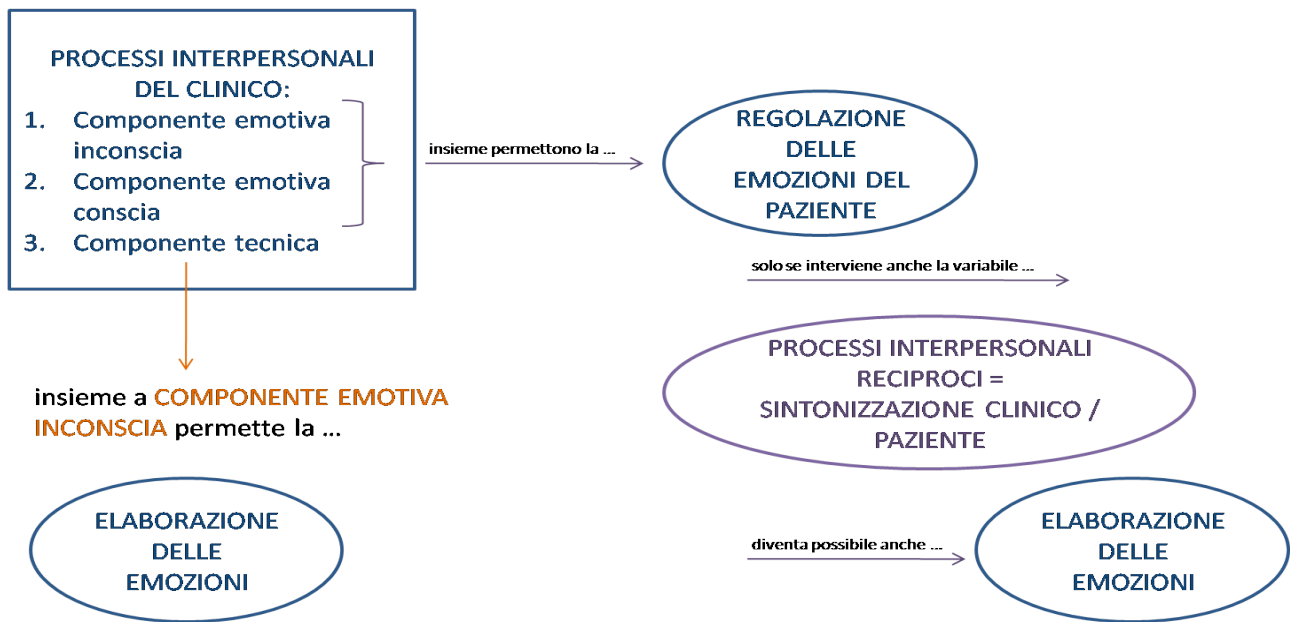
comprensione diagnostica, allora, non può essere isolato e identificato in un'unica variabile: la sintonizzazione emotiva e la dimensione tecnica agiscono insieme. Non c'è un primario e un secondario: essenziale è il ruolo delle emozioni condivise a livello inconscio/subsimbolico ma fondante anche il ruolo giocato dagli interventi tecnici che vanno ad agire sullo sviluppo di competenze simboliche nel paziente. In presenza di interventi positivi del clinico – positivi significa: tarati sul paziente specifico, mirati, esatti, nel rispetto del *timing* e del *setting*, interpretativi ma non azzardati, guidati dal giudizio clinico e mediati dalle proprie emozioni e sensazioni, fatti in un clima di una buona alleanza diagnostica ed emotiva – osserviamo un aumento delle immagini mentali ed emotive nel linguaggio. Il *marker* mediatore è la creazione di un 'nuovo contesto interpersonale' che funge da 'contesto riparativo' aprendo la strada all'emergere del *pathway* della comunicazione emotiva condivisa e della riparazione degli schemi emotivi disfunzionali. Le immagini mentali che così si creano costituiscono il miglior veicolo per il processo di regolazione ed elaborazione delle emozioni, poiché condividono sia caratteri dell'elaborazione inconscia, subsimbolica, paraverbale sia aspetti dell'elaborazione verbale che nel momento stesso in cui vengono condivisi diventano esprimibili e non più disorganizzanti, diventano dicibili e quindi affrontabili perché si riduce la loro carica esplosiva non controllabile quando il paziente li affronta da solo o in presenza di un altro non specializzato nel non farsi destabilizzare da questi contenuti emotivi. Si può allora ipotizzare che una buona alleanza emotiva sia la componente più favorevole per connettere la componente subsimbolica inconscia dissociata del paziente prima alle immagini poi alle parole. Ad un secondo livello, agiscono e operano invece tutti quegli interventi del clinico volti a favorire l'esplorazione di componenti cognitive, affettive o di connessione tra passato, presente e futuro: attraverso questi interventi passa la capacità del paziente, dopo aver verbalizzato gli schemi dissociati, di ripararli e riscriverli attribuendogli nuovi pesi, nuovi significati, nuovi sensi. Quindi, una relazione diagnostica riuscita si gioca attraverso un contributo attivo del paziente e un contributo attivo del clinico.

Le regressioni e covariazioni trovate tra le variabili interpersonali e intrapsichiche considerate sembrano suggerire in modo intrigante una sorta di gerarchia delle dimensioni che va dai processi più tipicamente simbolici non verbali, come la condivisione di immagini mentali e l'attivazione del *co-transfert*, ai processi più tipicamente simbolici verbali, come la chiarezza nel focus del discorso e nel passaggio tra diversi focus passando attraverso l'espressione concreta dei modi dell'esperienza sensoriale e le specificazioni dei dettagli che esprimono la ricchezza dei dettagli raccontanti che vengono qualificati prima da semplici descrizioni, poi dal correlato emotivo e infine dal significante e dal significato condeterminato da interventi del clinico molto tecnici. Probabilmente allora il fenomeno interpersonale dell'alleanza emotiva determina un flusso di informazioni che parte da una sintonizzazione e un'attivazione sia del clinico sia del paziente di tipo subsimbolico inconscio, passa attraverso un'attivazione semantica complessa che coinvolgendo fenomeni complessi e simbolici porta all'acquisizione della consapevolezza del significato emotivo e soggettivo degli episodi relazionali e dei ricordi e delle storie di vita, fino ad arrivare a una comprensione della propria storia di vita, del proprio sé e della propria personalità, nonché a una definizione diagnostica del problema e del dolore che porta in terapia, per determinare probabilmente in un secondo momento ancora una nuova comprensione mutativa durante il processo terapeutico – qualora ce ne siano le indicazioni.

Se volessimo rappresentare graficamente – in modo più intuitivo – queste risposte avremmo:



Fig. 44 – Schematizzazione delle risposte di ricerca



## **DISCUSSIONE**

Lo scopo principale della nostra ricerca era quello di formulare e sottoporre a verifica empirica ipotesi sui meccanismi d'azione e sui processi emotivi dei colloqui del processo diagnostico. Ogni processo diagnostico, come quelli terapeutici, possiede un proprio schema teorico di riferimento riguardo alla natura della diagnosi e del disturbo mentale, della salute e della relazione paziente/clinico; e ogni processo diagnostico, come quelli terapeutici, dispone di una specifica teoria dei processi in grado di realizzare la comprensione della diagnosi e l'indicazione/controindicazione al trattamento. A partire da queste riflessioni teoriche, ma soprattutto cliniche, potremmo desumere una lista di elementi comuni in grado di specificare e descrivere i fattori diagnostici, cioè quelle azioni o condizioni in grado di determinare la comprensione del sé del paziente, della sua personalità, del suo funzionamento psicologico e di modificarne positivamente – anche se temporaneamente – lo stato soggettivo o il comportamento (Fossi, 2003; Blasi, 2005). Quello che abbiamo cercato di fare noi, muovendoci dall'a-specificità alla specificità (Karasu, 1995), è stato operationalizzare e prendere in esame un'ampia varietà di queste tecniche studiandole sia attraverso la prospettiva e il comportamento del paziente sia attraverso le azioni del clinico allo scopo di estrapolare tre componenti generali del processo diagnostico. Gli assunti della clinica diagnostica che sono la risultante della nostra ricerca, quindi, possono essere schematizzati attraverso una lingua dell'affettività che è la risultante di tre dimensioni: (A) un'esperienza affettiva che deriva da una compartecipazione di soggettività che interagiscono in modo specifico, ricorsivo e bidirezionale (B) strategie tecniche volte sia al riconoscimento affettivo sia alla comprensione e al padroneggiamento cognitivo (C) un'alleanza emotiva e/o sintonizzazione affettiva il cui *marker* fondante è un nuovo contesto interpersonale riparativo. L'obiettivo finale è la condivisione di una diagnosi di funzionamento e di personalità che è la base per una prescrizione comportamentale che è legata alla pianificazione o meno di un trattamento/intervento terapeutico su misura per il paziente.

Attraverso l'utilizzo di metodi e tecniche cliniche specifiche si può favorire la comprensione generando una stimolazione affettiva o una rielaborazione. Ruolo e funzioni principali dell'esperienza affettiva potrebbero essere la preparazione alla recettività e alla trasformazione, cioè la predisposizione del paziente a una successiva rielaborazione cognitiva e riparazione degli schemi emotivi disfunzionali. La sola presenza di uno stato di attivazione emotiva non produce un mutamento duraturo né conduce alla stabilizzazione di un nuovo equilibrio (Karasu, 1995)<sup>101</sup>. Le forme di esperienza affettiva pertanto dovrebbero essere combinate con altri mediatori clinici che abbiano ruoli e funzioni complementari, così da massimizzarne l'efficacia. Tra questi grande importanza assumono le strategie di padroneggiamento cognitivo, cioè tutte quelle azioni cliniche che utilizzano la ragione, il linguaggio e il significato conscio per acquisire e integrare nuove informazioni, percezioni e schemi mentali. Questa componente razionale e riflessiva utilizza le facoltà intellettuali per promuovere conoscenza e comprensione di sé e delle proprie emozioni, e in questo senso rappresenta il complemento imprescindibile dell'esperienza affettiva determinata dall'incontro dell'affettività del paziente con quella del clinico. L'interpretazione, la spiegazione, la chiarificazione, il fornire informazioni e la messa in discussione delle convinzioni irrazionali sono considerate imprescindibili affinché l'esperienza affettiva sia riparatoria. Sia l'intervento emozionale sia l'intervento cognitivo, allora, se presi singolarmente non paiono sufficienti ma diventano massimamente efficaci e si arricchiscono vicendevolmente se combinati all'interno di un *setting* interpersonale. I fattori che determinano un buon processo diagnostico, allora, devono agire simultaneamente sulla sfera cognitiva, affettiva e comportamentale (Fossi, 2003; Grave, 1997). La realizzazione empirica di questo modello permette, per esempio attraverso la nostra ricerca, una comprensione dei processi diagnostici in termini di schemi emozionali e di processi riflessivi approfondendo la comprensione delle azioni verbali di clinico e paziente e

---

<sup>101</sup> Questa osservazione è analoga a quella del primo Freud sui limiti del metodo catartico e il suo spostarsi teoricamente dalla liberazione degli affetti repressi e delle memorie traumatiche alla loro esplorazione sistematica e alla comprensione.

della loro regolazione. In particolare possiamo arrivare a definire la clinica della diagnostica come la risultante dell'interazione e del dialogo tra fattori inconsci e consci di esperienza affettiva soggettiva, padroneggiamento cognitivo mediato dalla tecnica del clinico e contesto interpersonale. Il peso di tali variabili può cambiare nel corso di un incontro clinico o di incontri diversi (primi colloqui *versus* colloqui di restituzione) e può presentare diverse intensità, riflettendo variazioni dello stato in cui si trovano clinico e paziente soggettivamente e relazionalmente (Horowitz, 1999). Un momento clinicamente significativo consiste nella possibilità di sperimentare emozioni e nella contemporanea presenza di un processo cognitivo di riflessione sul contenuto emotivo che si sta sperimentando, all'interno di un *setting* intersoggettivo. Riflettiamo su queste dimensioni più nello specifico.

### **LA LINGUA DELL'AFFETTIVITA': LA COMPONENTE EMOTIVA, RELAZIONALE E SOGGETTIVA, DI CLINICO E PAZIENTE**

La prima dimensione o variabile che è risultata significativa e discriminante per favorire l'emergere e la regolazione delle emozioni del paziente è un'esperienza affettiva che deriva dalla compartecipazione delle soggettività di clinico e paziente a un'interazione finalizzata alla formulazione di una diagnosi.

Il paziente è come lo scienziato o il *detective*: è alla ricerca di nuove scoperte e di una nuova comprensione di sé. Intraprende un percorso diagnostico per alleviare la patologia e la sofferenza e le esplorazioni diagnostiche vertono e sono focalizzate internamente, sul proprio sé e sulla propria vita (componente soggettiva). Ma allo stesso tempo, il processo diagnostico di scoperta è per sua natura uno sforzo collaborativo (componente relazionale e interpersonale). Il processo di verbalizzazione è intrinsecamente dipendente dalla presenza del clinico: è la presenza dell'altro che ha i ruoli di attivare gli schemi dell'emozione attraverso ascoltare, dirigere l'attenzione, comprendere, sostenere, accettare, non giudicare, portare un nuovo punto di vista sul materiale che è stato prodotto. È, detto nei termini di Bucci, il processo referenziale all'interno dello speciale contesto interpersonale che si co-crea a fornire il modello fondamentale per l'emergere, la riparazione e la trasformazione di esperienza emotiva personale, con le sue componenti subsimboliche dominanti, nel codice verbale tramite il quale l'esperienza può venire condivisa. Il ciclo opera in diversi modi secondo il livello evolutivo e patologico dei pazienti, del grado in cui le loro rappresentazioni di oggetti si sono stabilizzate nelle prime fasi della vita e del grado in cui si sono verificate dissociazioni tra i processi subsimbolici e quelli simbolici. Le esplorazioni che si verificano nel corso del dialogo diagnostico seguono le fasi generali del processo referenziale, che come abbiamo empiricamente visto possono essere descritte, se consideriamo i primi colloqui e i colloqui di restituzione congiuntamente come un unico blocco emozionale, come un alternarsi specifico e ricorsivo di:

- un primo *step* che permette al paziente di accedere alla sua esperienza subsimbolica e di utilizzarla. Naturalmente il paziente da solo non ha questa capacità, o magari non è in grado di controllarla efficacemente: compito del clinico è assisterlo nel sviluppare questa competenza che prevede l'abbandonarsi all'esperienza subsimbolica senza perdere controllo e direzione (obiettivo). Per connettere questo materiale il paziente deve essere disposto a parlare anche senza sapere di cosa, anche senza esercitare controllo sui pensieri e le emozioni, ad allontanarsi da una dimensione conscia per lasciare che siano i processi di pensiero emotivi e inconsci a dirigere la ricerca, anche laddove sembra un'operazione incomprensibile o senza senso. La connessione all'esperienza subsimbolica procede interattivamente con lo sviluppo della relazione, della connessione a nuovi oggetti subsimbolici e al clinico. Mentre il paziente si rivolge all'interno, gradualmente vengono focalizzate nuove componenti di un dominante, problematico schema dell'emozione – il diagnosta va alla ricerca di quello che è l'organizzatore patologico primario. Lo schema dominante è determinato dagli eventi di vita e dalle credenze del paziente e spesso opera in forma dissociata producendo un'attivazione subsimbolica che si serve dei canali sensoriali e somatici che vengono all'attenzione senza connessione a oggetti specifici o con oggetti che sono stati spostati. Il nucleo affettivo rimane non verbalizzabile, poiché doloroso e

intrinsecamente inesprimibile nella sua forma simbolica. Compito del clinico è permettere il passaggio, attraverso la lettura dei segnali paraverbali, e incoraggiare il paziente a continuare la verbalizzare per arrivare a uno stadio di simbolizzazione che sia condivisibile su un piano non solo affettivo (di rispecchiamento e comprensione empatica) ma anche cognitivo, riflessivo ed elaborativo. Il paziente deve verbalizzare episodi relazionali, ricordi, sensazioni attraverso sentimenti corporei, immagini anche vaghe, qualsiasi cosa giunga alla sua mente, come meglio può. Questo sarà il punto di partenza, se vogliamo di incubazione e preparazione, per la seconda fase (che come questa prima è quella dominante nei primi colloqui)

- la seconda fase consiste nel processo della connessione delle componenti subsimboliche degli schemi dell'emozione, dissociati, alle immagini, ai racconti e quindi alle parole. La conversione dei formati opera all'inizio ugualmente nel sistema non verbale. La variazione continua dello stimolo propria del flusso subsimbolico è suddivisa in classi di rappresentazione che conducono alla rappresentazione di immagini prototipiche. Il paziente pensa un evento, un'immagine, un ricordo che potrebbero sembrare irrilevanti o secondari, non sa perché ne parla o quali siano le connessioni alla sua esperienza attuale. Questo materiale è riportato all'interno di un *setting* che suscita ricordi del passato ma anche materiale in relazione al qui e ora. Rappresenta lo schema dell'emozione, o aspetti periferici, la cui relazione con lo schema spesso non viene riconosciuta. Sarà compito del clinico produrre associazioni e interpretazioni. Intanto, il materiale simbolico può essere più facilmente ammesso alla consapevolezza se la sua connessione all'affetto doloroso sarà distante. Sebbene il paziente non abbia ancora riconosciuto il significato emotivo degli eventi e degli episodi relazionali che riporta, ha comunque stabilito di dover continuare a parlare descrivendo con parole queste esperienze. Le descrizioni rivelano lo schema dell'emozione del paziente come esiste ora, in un contesto relazionale. Nella descrizione può verificarsi la possibilità di interrompere il circolo vizioso e può iniziare la riorganizzazione dello schema – ma questa fase è più tipica dei colloqui di restituzione e come abbiamo visto implica specifici interventi tecnici del clinico. È la fase dell'illuminazione in cui la vecchia storia, all'interno di un nuovo contesto interpersonale, è potenzialmente una nuova storia, non solo una riproposizione della vecchia. Il paziente ora ha l'assetto cognitivo di un adulto, la sua situazione esistenziale è diversa e la nuova relazione non è critica, non è giudicante, non è collusiva. Gli elementi somatici dello schema dell'emozione si dispiegano in forma titolata – il clinico aiuta il paziente a metterci i sottotitoli, le etichette, gli identificatori – indiziaria; l'evento è rappresentato in un codice condivisibile e condiviso. Il clinico e il contesto del *setting* vengono a definire la nuova rappresentazione mentale prototipica nel qui e ora, che può venire inserita negli schemi dissociati. La nuova relazione permette l'internalizzazione di un oggetto più benigno e sul lungo tempo lo sviluppo di nuovi schemi di autoaccudimento e di autoregolazione che per ora rimangono solo condivisi reciprocamente ed etero regolati. Il clinico ascolta, ridirige, elabora la comunicazione del paziente (comprese le componenti paralinguistiche) all'interno del proprio schema emotivo e risponde, fornendo nuove esperienze emotive e, in alcune circostanze, nuove categorie attraverso l'interpretazione. Se il processo ha successo, il paziente riesce a usare nuove idee, informazioni ed esperienze – tra cui ciò che egli stesso produce e ciò che il clinico gli fornisce – per comprendere, sviluppare nuove categorie e nuove dimensioni e per simbolizzare aspetti degli schemi dell'emozione che sono stati dissociati

- in quest'ultima fase (tipica dei colloqui di restituzione ben riusciti), il paziente riflette insieme al clinico sulle immagini e le storie prodotte. A questo punto il clinico assume un ruolo fortemente attivo e una funzione guida: dirige l'attenzione del paziente su certe emozioni, le interpreta, le sottolinea e cerca di portare il paziente a una nuova e più evoluta comprensione. Vengono intenzionalmente invocati gli strumenti della differenziazione logica e della generalizzazione; la connessione degli oggetti spostati allo schema mnestico attivato può essere riconosciuta, così come possono essere riconosciute le differenze nelle situazioni di attivazione. Siamo in una fase di verifica in cui le ipotesi diagnostiche e di funzionamento devono essere testate: i risultati vengono precisati e le loro implicazioni ulteriormente esplorate. Le interazioni e le interpretazioni conducono le vecchie aspettative verso nuove prospettive,

permettendo la ricostruzione degli schemi. A livello ottimale, questo è un processo di *insight* emotivo nel quale può realizzarsi una certa riorganizzazione dello schema; a un livello meno ottimale, abbiamo un riconoscimento del paziente di alcuni aspetti di sé che se non arriva a modificare, comunque comprende che dovranno essere il *focus* del suo intervento – al fine di alleviare il proprio stato di sofferenza.

Questi *step*, unitamente, assumono la forma del ciclo referenziale che si articola dal primo colloquio al colloquio di restituzione e segnano e descrivono un *pathway* specifico di comunicazione emotiva interpersonalmente costruita da clinico e paziente che nella migliore delle possibilità segue uno schema interpersonale di reciproca sintonizzazione definito dagli schemi dell'emozione che sono le strutture psichiche che inglobano e costituiscono la base unificante dei tre sistemi subsimbolico, simbolico non verbale e simbolico verbale e che creano il collegamento tra tutti i tipi di rappresentazione non verbale e le parole. Gli schemi dell'emozione, in questo modo, spiegano la costruzione del sé e della coscienza del mondo interpersonale in quanto rappresentazioni prototipiche di sé in relazione agli altri costituite attraverso la ripetizione di episodi con stati affettivi condivisi. Gli stati affettivi consistono di raggruppamenti di elementi sensoriali, viscerali e motori che sono largamente subsimbolici e che si realizzano all'interno o al di fuori della consapevolezza. Tali stati affettivi sono attivati ripetutamente e regolarmente in risposta a persone o eventi particolari: episodi ripetuti con un nucleo affettivo comune, che coinvolgono altre persone in relazione al sé, vanno a costituire classi funzionalmente equivalenti dalle quali sono generate immagini prototipiche di episodi. Gli stessi episodi prototipici immagazzinati nella memoria costituiscono la struttura degli schemi dell'emozione: sono eventi concreti resi astratti, metafore degli accadimenti esistenziali che incorporano bisogni, desideri, sentimenti (richeggiando le categorie del CCRT, il concetto sterniano di RIGs Rappresentazioni di Interazioni Generalizzate).

Il funzionamento adattivo dipende dall'integrazione dei tre domini di coscienza entro gli schemi dell'emozione: la patologia è determinata dalla dissociazione tra le componenti degli schemi emotivi o da inefficaci tentativi di riparare a questo scollamento. Obiettivo della diagnostica clinica è comprendere come le differenti forme di patologia sono associate a una dissociazione a diversi livelli e gradi di integrazione e a che livelli i tentativi di integrazione sono fallimentari; obiettivo della psicoterapia successiva sarà non solo comprendere, ma anche permettere una riorganizzazione degli schemi emotivi disfunzionali e un'integrazione dei livelli disconnessi. Alla comprensione segue un cambiamento strutturale. Comprensione e cambiamento avvengono grazie agli effetti bidirezionali e reciproci del processo referenziale che, all'interno del contesto di una relazione sintonizzata (alleanza?) diagnostica, permette il riconoscimento degli episodi – relazionali aggiungeremmo – dei ricordi e dei sentimenti attraverso una corrispondenza e risonanza di sentimenti e affetti interni a sé (che non è sempre facile esprimere con le parole) che ci dicono quale è il significato delle azioni in termini emozionali. Il processo referenziale permette la connessione e la comunicazione tra questi domini e organizza l'esperienza e la memoria attraverso gli schemi dell'emozione che rappresentano le lenti con le quali guardiamo e diamo significato e senso a noi stessi e al mondo ('non c'è altro modo, non c'è altra via, nessun altro vertice osservativo sulla realtà al di fuori di queste lenti', Kernberg, 1990). Questo è il canale lungo il quale avviene il linguaggio e la comunicazione tra clinico e paziente che in questo modo comunicano profondamente a livello prima subsimbolico ('*listening with the third ear*', Reik, 1948) e poi rendono il contenuto e l'emozione verbalizzabile e condivisibile attraverso la parola. Il paziente mette in scena con il clinico le aspettative e le risposte attese incapsulate nei suoi schemi emotivi (e lo stesso fa il clinico, anche se le sue reazioni sono controllate e dovrebbe essere in grado di non interferire troppo con gli schemi patologici di sé e dell'altro). Questo primo canale comunicativo subsimbolico assorbe in sé le caratteristiche del primo canale comunicativo della teoria del codice multiplo e in particolare la sua caratteristica di essere inconscio e, in questo, riecheggia concetti freudiani come quello di *transfert* o *controtransfert* e reikiani come quello di introiezione, proiezione e re-proiezione. Noi preferiamo parlare di un primo livello della comunicazione inconscio che non è semplice, diretto e immediato, ma implica piuttosto un incontro di menti – quella del paziente e quella del clinico – che si sintonizzano e che fanno della loro mente, delle loro percezioni, dei loro affetti

uno strumento di percezione che decodifica i segnali che vengono dall'udito, dalla vista, dal gusto e dal tatto e da tutti i canali paralinguistici di percezione (tono, ritmo, variazioni comportamentali, gesti, nuance di odori e colori, movimenti degli occhi e variazioni del respiro). Il clinico riceve e ascolta a livello inconscio l'esperienza del paziente e in un secondo luogo diventa consapevole della natura di questa esperienza condividendola e restituendola al paziente all'interno del contesto di soggettività che si è creato.

Il secondo livello è quello del dominio della parola, della condivisione dei significati espressi – che rappresenta, quindi, soltanto uno dei molteplici significanti possibili, ma che rappresenta quello meglio e più facilmente osservabile per comprendere qualcosa della vita interiore di una persona (Squire, 1992). I processi consci della parola non sono altro che 'la punta dell'*iceberg* dello psichico' (Bucci, 2004), che funziona attraverso un sistema di elaborazione delle informazioni connessionista o distribuito in parallelo (PDP), e su questi si può puntare l'attenzione per arrivare alla comprensione sia di ciò che è conscio sia di ciò che è inconscio e scendere nella comprensione di tutti gli strati del sistema di funzionamento, da quello subsimbolico a quelli simbolici, che possono essere pensati appunto come schemi di memoria. In particolare, quello che interessa allo psicologo, sono gli schemi della memoria emotivi che definiscono la base per la definizione del sé, la personalità, le motivazioni, gli obiettivi di vita e che organizzano il mondo interpersonale. Gli schemi emotivi patologici sono quelli che, allora, non funzionano in modo flessibile e integrato, ma che mantengono una dissociazione o desimbolizzazione tra i canali di elaborazione delle informazioni. Il soggetto è in uno stato di allarme ma non comprende il senso di quello che sente, o non riconosce l'oggetto verso cui indirizza il sentimento, o ancora non sa che cosa sta provando perché non riesce a raggiungere l'*affective core* della situazione o tenta di difendersi attraverso l'evitamento e una nuova risimbolizzazione errata dell'affetto che viene ad assumere quindi significato diverso e a essere attribuito a un oggetto che non è quello realmente doloroso. Questi rimedi maladattivi e disfunzionali determinano la qualità della dissociazione e le forme di simbolizzazione compensatorie messe in atto dal paziente e definiscono la natura della patologia: la somatizzazione, la rimozione, lo spostamento, la messa in atto, l'evitamento; gli effetti emotivi dipendono dagli schemi con cui sperimentano il mondo e dalle strategie compensatorie abitualmente usate per farvi fronte e porvi rimedio. E sono proprio questi a bloccare il cambiamento e lo sviluppo degli schemi dell'emozione nella direzione adattiva. Lo scopo del processo diagnostico è proprio far breccia in questo circolo vizioso così che i processi di sviluppo possano essere compresi e fatti procedere lungo il normale corso di sviluppo. Il clima di sintonizzazione emotiva clinico/paziente è specificamente designato a permettere l'attivazione di vecchi schemi dell'emozione, con il loro nucleo affettivo, in un nuovo contesto interpersonale ripartivo nel quale possano essere tollerati, esaminati e ricostruiti e dove possa svilupparsi nuovo significato emotivo (nella restituzione). Il cambiamento sarà compito del processo terapeutico e concernerà le componenti sensoriali, viscerali e motorie dello schema, in modo che il paziente si senta realmente diverso e guardi al mondo in modo diverso. L'attivazione dello schema emotivo disfunzionale è il primo fondamentale *step* e, nella nostra ottica, è fondamentale che ci sia accordo e condivisione tra clinico e paziente su quale sia il livello a cui operare in seguito. Il processo diagnostico è così fondamentale per la riuscita terapeutica proprio perché definisce chiaramente e in modo condiviso una modalità di funzionamento, gli schemi emotivi che sono dolori e su cui si vuole lavorare. Impossibile modificare qualcosa che non si riconosce e a cui prima non si è dato un nome: rendere presente, tangibile, comprensibile il problema lo rende più reale ma lo rende affrontabile. Se l'esperienza viscerale, motoria, sensoriale, somatica viene portata nell'ambito della parola e della riflessione, se sintomi e azioni vengono connesse rafforzando la loro valenza simbolica e introducendoli nel discorso condiviso, il paziente può comprendere e focalizzare l'attenzione non solo sul malessere, la rabbia, il disagio, la vergogna, sul sintomo, ... ma sul funzionamento primitivo alla base e può iniziare una catena che porta a produrre associazioni a contesti e schemi dell'emozione di sé in relazione all'altro e si possono creare nuovi ruoli e nuovi significati. Questo processo comunicativo segue un processo ricorsivo per fasi:

- per il paziente si tratta di quelle del processo referenziale: (A) attivazione degli schemi emotivi a livello comportamentale, fisiologico e cognitivo inconscio (proto sé di Damasio) (B) il paziente sperimenta e rivive le componenti sensoriali e somatiche dei componenti degli schemi dell'emozione ma in modi dissociati dagli oggetti e dalle immagini che provocano il significato emotivo dell'accaduto, e comincia a parlarne descrivendoli nei dettagli come episodi relazionali (sé protosimbolico di Damasio) (C) se il processo referenziale ha funzionato, gli schemi emotivi hanno attivato immagini e parole che non sono solo nel qui e ora, ma che hanno un rimando con la vita del soggetto, con il suo mondo interiore, con la sua memoria autobiografica e con l'*affective core* primario che lo caratterizza. Il paziente pensa e agisce in modo riflessivo e narrativo: il materiale che emerge sono le informazioni utili al clinico per tracciare l'andamento di sviluppo degli schemi patologici e il punto di partenza per ripresentarli al paziente così che diventino riconoscibili anche per lui. Il diagnosta si fa testimone del funzionamento del paziente e gli testimonia un rimando dell'emozione che organizza la sua patologia: il paziente può diventare lui stesso testimone di sé stesso (D) la quarta fase è poco tipica dei colloqui del processo diagnostico, se compare è nei colloqui di restituzione. È la fase del lavoro clinico in senso stretto e attivo: i due interlocutori elaborano i contenuti degli schemi e cercano di cambiarli. La visione del mondo interpersonale e del sé non solo è riconosciuta, ma messa in discussione (attivazione della coscienza estesa di Damasio)

- dalla parte del clinico, dobbiamo domandarci come avviene il processo di ascolto e di lavoro con il paziente e come fa a portare il paziente a evolvere dall'una all'altra fase di attivazione e consapevolezza di sé e a verbalizzare, simbolizzare e integrare gli schemi dissociati. In questo senso, possiamo definire il processo di ascolto come scomponibile in quattro fasi, ciascuna caratterizzata da specifici interventi che permettono le funzioni: (A) l'attivazione e la conoscenza da parte del clinico dei propri stati affettivi (B) la trasformazione di questi in forma simbolica (C) l'uso delle proprie rappresentazioni interne come indicatori dello stato emotivo del paziente (D) scelta di un intervento diagnostico. Le prime due fasi sono il corrispettivo del processo di simbolizzazione in fase di decodifica, le ultime due lo rappresentano all'interno di un contesto interpersonale. Il ciclo referenziale del processo di ascolto, come abbiamo visto, segna la bi-direzionalità del fenomeno: il processo referenziale è attivo mentre colui che ascolta traduce le parole degli altri nei propri sistemi rappresentazionali subsimbolici ed emotivi, il processo di traduzione all'indietro è continuo e interattivo mentre il soggetto usa il linguaggio per dirigersi e regolarsi. L'abilità specifica del clinico di ascoltare il paziente con il 'terzo occhio' e scovare il filo nascosto tra gli elementi delle strutture emotive dipende dall'attivazione della funzione referenziale bidirezionale del processo di ascolto. Il processo di ascolto segue la progressione del ciclo referenziale:

(A) attivazione, nel clinico, dell'esperienza subsimbolica: conoscenza inconscia di quello che ascolta. Il paziente comunica esperienze, emozioni dissociate e spostate o evitate in una modalità subsimbolica perché non è capace di esprimerle direttamente in parole. La comunicazione affettiva – sensoriale, motoria e verbale – è ricevuta e conosciuta dal clinico attraverso il suo sistema sensoriale e i *feedback* attivati. Questo significa che le espressioni subsimboliche del paziente attivano esperienze a loro volta subsimboliche nel clinico che sono componenti del suo schema emotivo. Il clinico conosce le proprie emozioni perché viene attivato il suo nucleo emotivo personale attraverso sensazioni somato-sensoriali e viscerali. La saggezza del clinico sta nel sapere riconoscere che le attivazioni emotive possono avere significati e interpretazioni molteplici. Si ha a questo livello una conoscenza subsimbolica o non verbale (*controtransfert*), manca l'aspetto di conoscenza esplicita e consapevole (a cui è associato un significato), il clinico è in una condizione di 'stare sperando, vivendo, essere immersi in' (Bollas, 1987, pag. 203) in cui sa di sperimentare qualcosa, ma non sa ancora definire questo qualcosa. Si tratta di uno stato di conoscenza inconscia, di una conoscenza non pensata e non mentalizzata, che avviene a livello implicito, sensoriale, subsimbolico, senza una interpretazione simbolica (che associ parole e significato): è un'esperienza a livello non conscio, ma co-conscio. Significa che non c'è consapevolezza del significato, ma c'è consapevolezza che si sta sperando qualcosa.



L'esperienza intersoggettiva clinico-paziente creata dalla coppia diventa primariamente accessibile al clinico attraverso l'attivazione dei suoi stati interni subsimbolici: il clinico si presta come ricettore passivo su di sé degli stati emotivi del paziente e si identifica con il materiale da lui riportato permettendo una prima condivisione delle emozioni a livello sub simbolico (Ogden, 1994). Arlow (1979) descrive bene questa fase di attivazione subsimbolica: il clinico è aperto e si connette allo schema dell'emozione del paziente attivato dal suo nucleo affettivo subsimbolico senza però ancora imporre categorie emotive: si produce solo informazione attraverso l'esperienza del clinico circa i propri stati affettivi e fisiologici

(B) trasformazione del materiale rilevato in forma simbolica: il clinico deve aggiungere la comprensione della propria esperienza interna. Il clinico connette l'attivazione subsimbolica al suo significato simbolico attraverso immagini, metafore e parole. Le sensazioni diventano simboli i cui significati sono creati all'interno di una matrice interpersonale di esperienze soggettive condivise. Le emozioni sono comprese e ancorate a eventi e situazioni. Attraverso un processo di introspezione consapevole dei propri processi mentali, il clinico attribuisce senso e significato alle esperienze subsimboliche e cerca di rimandarle al paziente sotto forma di immagini e parole: questo segna il passaggio da una conoscenza sensomotoria a una conoscenza simbolica per immagini e parole che avviene all'interno dell'esperienza emotiva del clinico. Le rappresentazioni mentali della memoria e dell'esperienza del clinico entrano nella sua coscienza e causano uno spostamento da uno stato passivo-dipendente (o subsimbolico) a uno di illuminazione o simbolizzazione. Le rappresentazioni mentali e i pensieri non sono ancora chiari e definiti, ma si è messo in moto il pensiero di riflessione e interpretazione del clinico

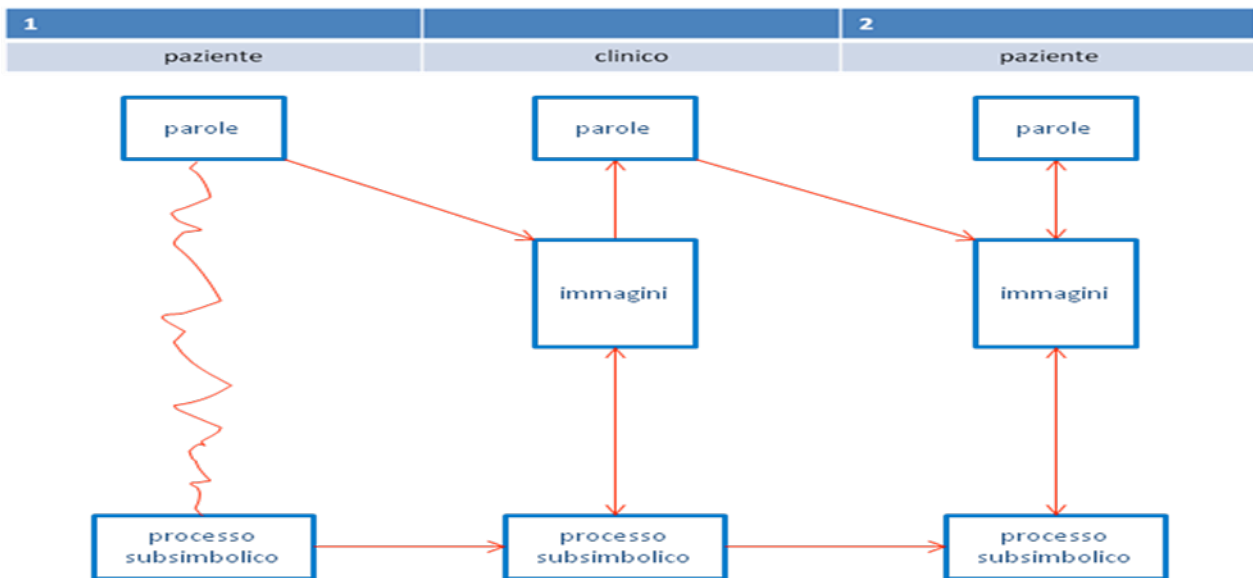
(C) comprensione dello stato interno del paziente. Il clinico utilizza la propria esperienza subsimbolica come informativa rispetto allo stato del paziente (terzo analitico) per raggiungere una comprensione emotiva. Per Ogden (1994) questo è il nucleo della dimensione interpersonale e intersoggettiva della diade che viene usata come strumento e mezzo, nonché veicolo, per comprendere le esperienze del paziente: la comprensione è emotiva, viscerale, profonda. Non si condividono i significati ma le emozioni, il sentimento di dolore e vergogna

(D) uso dell'inferenza nella tecnica clinica. Per verificare le sue intuizioni e ipotesi, il clinico usa la tecnica e l'intervento. L'obiettivo è attivare il processo referenziale nel paziente, cioè la connessione dell'emozione in immagini e parole (simbolizzazione). Dall'incontro tra due cicli referenziali simultanei, quello del paziente dissociato e quello del clinico adattivo, in un contesto interpersonale interattivo, il paziente può connettere le esperienze subsimboliche alle rappresentazioni simboliche che possono essere espresse attraverso le parole. La presenza emotiva (processo referenziale) del clinico e gli interventi verbali tecnici operano insieme per facilitare l'integrazione degli schemi emotivi del paziente e lo sviluppo di significati emotivi. Nei primi colloqui, compito del giudizio clinico sarà definire cosa comunicare al paziente di questa comprensione e in che modo. Nei colloqui di restituzione occorre verificare le inferenze del clinico attraverso un'analisi dei microcambiamenti del paziente in risposta agli interventi del clinico. La risposta deve conformarsi con il materiale del paziente secondo criteri ordinati e cognitivi, prima di venire formulata in un'interpretazione. Un incontro riuscito è quello in cui il paziente riesce ad attivare un ciclo referenziale completo a livello simbolico (riflessione, voce più alta, silenzi più lunghi, latenze come pause di riflessione, introduzione di nuovo materiale con alta RA come i sogni, le memorie e gli *insight*) e subsimbolico (tono della voce, velocità dell'eloquio, pause, movimenti e comunicazione paraverbale) e il clinico è capace di procedere in un loop circolare di attivazione subsimbolica, simbolizzazione del materiale che ha compreso e test delle ipotesi diagnostiche formulate, che per essere condivise e accettate come vere devono incontrare il giudizio del clinico e il riconoscimento del paziente.

Il modello della comunicazione emotiva allora può essere schematizzato così:



Fig. 45 – Un modello per descrivere il circolo della comunicazione emotiva clinico/paziente



che significa che gli schemi emotivi del paziente sono attivati nella prima fase del primo colloquio (caratterizzata da Df alta, RA e Ref basse, oscillazione Aff, eloquio lento, poche parole, molte pause), in un secondo momento emergono gli schemi emotivi disfunzionali dissociati, rimossi, evitati (RA alta, Df e Ref basse); l'*affective core* dei processi subsimbolici è attivo ma non connesso agli oggetti rappresentazionali e alle immagini che ne determinano il significato. Il paziente contratta e verifica di poter parlare, ma ancora non riconosce il nucleo affettivo primario degli schemi emotivi che può essere espresso solo in forma subsimbolica. Le parole del paziente e i suoi canali multipli che operano in parallelo attivano sensazioni subsimboliche nel clinico. Finché la connessione per il clinico con i propri schemi emotivi è intatta e operativa, può a sua volta generare immagini, metafore, episodi relazionali, pensieri e riflessioni e giungere a una comprensione emotiva degli stati che sono stati attivati in lui: attraverso di sé raggiunge una comprensione dell'opacità del paziente e attraverso le proprie trasformazioni interne comprende quelle del paziente. a questo punto compito del clinico è attivare nel paziente le immagini e le connessioni che per lui da solo sono difficili, per permettere il procedere del processo referenziale. Si entra quindi nella terza fase di riflessione e confronto che noi abbiamo trovato solo nei colloqui di restituzione e che si caratterizza per Ref alta, RA bassa e Df abbastanza alta. È la fase perno del processo referenziale: se le parole e la simbolizzazione sarà efficace, gli schemi emotivi primari saranno condivisi, riconosciuti e identificati, la comunicazione emotiva evolverà da un processo di interazione tra due separati processi referenziali operanti in due sistemi rappresentazionali verso la convergenza di un unico processo sintonizzato in un tempo differito di cinque interventi, il paziente sarà capace di generare narrazioni che permetteranno di cogliere il nucleo emotivo patologico e a partire da questa condivisione sarà possibile la sintonizzazione e l'alleanza diagnostica. La simbolizzazione sarà avvenuta e nella migliore delle possibilità ci sarà già lo spazio per nuove simbolizzazioni adattive e per l'inizio del processo di cambiamento.

In quest'ottica, qualsiasi evento clinico – diagnostico e terapeutico – si serve di due diversi *corpus* di inferenze per arrivare alla comprensione dello stato mentale, emotivo e di funzionamento del paziente: le inferenze o connessioni emotive (che ricalcano la sintonizzazione subsimbolica tra clinico e paziente) e le inferenze in un senso più logico che hanno a che fare con la tecnica diagnostica e il giudizio clinico (tecniche della domanda e di intervento). In primo luogo, il clinico crea un ancoraggio tra la propria attivazione subsimbolica e le proprie esperienze interne, per poi creare un secondo ponte di collegamento tra queste e il loro significato simbolico (immagini, metafore, parole). Mentre la conoscenza subsimbolica del clinico è diretta, l'interpretazione e l'attribuzione di senso simbolica e i

significati che ne derivano sono variabili e, a questo livello, si insinua il primo stadio del dubbio perché il clinico deve comprendere il paziente nel contesto degli schemi dell'emozione unici, propri e personali del paziente stesso. Queste ipotesi devono essere falsificate, devono essere discusse con il paziente che è l'unico che può dare loro la misura del reale confrontandole con il proprio sistema di personalità, la sua storia autobiografica, i suoi schemi di interpretazione di sé e dell'altro. Gli strumenti di cui il clinico dispone per la verifica, dato per scontato che certe variabili (la sua storia personale, gli schemi sviluppati durante la sua formazione come psicoterapeuta e clinico, il suo orientamento teorico, la relazione con il supervisore e con l'*équipe*) siano tenute sotto controllo, sono proprio i movimenti ricorsivi e '*back and forth*' (Bucci, 2007, pag. 178) tra i sistemi subsimbolici e simbolici della diade clinico/paziente. Brevemente, il programma di verifica del clinico a cui sottopone la sue inferenze potrebbe essere così schematizzato:

(A) il clinico che risponde al paziente sulla base della sua attivazione subsimbolica, senza che sia ancora avvenuta la conversione nella metrica simbolica, sta comunque lavorando con un sistema di conoscenza sistematico, che non ha carattere magico o suggestivo, ma che piuttosto si fonda su un sistema di apprendimento in cui il clinico ha imparato a sviluppare le competenze empatiche, di riconoscimento e a risuonare con gli stati affettivi dell'altro

(B) il clinico tuttavia non può fermarsi a questo livello (si veda che nei dati non è mai alta soltanto la variabile RA, ma anche la variabile Ref è sempre associata in un *pattern* di covariazione positiva e alta) ma deve riconoscere, in un qualche grado, che quello che risuona in lui deve essere falsificato attraverso la confrontazione con il paziente a un livello simbolico. Il materiale interno deve diventare condivisibile a livello manifesto, attraverso la mediazione della parola, perché è a questo livello che il paziente può lavorare. Se ci si fermasse a un livello di comprensione subsimbolica il paziente avrebbe l'impressione sempre di aver affettato qualcosa su di sé di nuovo e vero, ma non potrebbe lavorare su questo materiale perché la comprensione che ne ha non è dicibile, non è riconoscibile di pancia e di testa

(C) per falsificare le proprie ipotesi diagnostiche, il migliore strumento a disposizione del clinico è osservare e studiare le risposte del paziente ai suoi interventi, sia le risposte immediate sia gli effetti più a lungo termine, sia gli aspetti subsimbolici (silenzii, latenze, pause, tono della voce, velocità dell'eloquio, movimenti corporei, reazioni emotive) sia quelli simbolici (contenuti: episodi relazionali, sogni, memorie, ricordi). Quando questo materiale emerge siamo di fronte a un chiaro indizio che sono emersi gli schemi emotivi profondi del paziente, è a questo punto (*timing*) che il clinico può – deve – fare appello alle formulazioni verbali e alle valutazioni logiche per aumentare le sue informazioni e verificare le sue ipotesi e il livello di comprensione (fase della riflessione dei colloqui di restituzione)

(D) la percezione di essere sintonizzati e di condividere del materiale a livello emotivo subsimbolico, allora, da sola non è sufficiente al lavoro diagnostico. Fondamentale è il processo di simbolizzazione e la fase della riflessione in cui il clinico arriva a comprendere e formulare le sue ipotesi diagnostiche e il paziente, massimo esperto di sé, le falsifica e decide di riconoscerci o meno. Il ruolo del clinico diagnosta, per certi versi, è come quello dello scienziato cognitivo o di un investigatore (Freud, 1940): raccoglie materiale attraverso l'apparato percettivo, usa le associazioni interne e le verbalizzazioni del paziente come riverbero del suo stato interno, usa i dati osservabili di cui dispone per formulare inferenze, si serve di sé come cassa di risonanza e strumento sensoriale e cognitivo di comprensione (Green, 1997, 2003), fa inferenze, analizza le rotture delle sequenze degli eventi clinici e infine sottopone a verifica le ipotesi molteplici che formula.

Il ruolo del clinico, allora, si viene a definire continuamente in due modi: (A) strumento di osservazione subsimbolico, recettore delle esperienze inconscie del paziente, soggettività all'interno di un contesto intersoggettivo (Tuckett, 2000) e (B) partecipante attivo dell'interazione quando usa l'interazione come laboratorio per la verifica delle inferenze inconscie e funziona sì da recettore umano ma che produce significati all'interno di un campo comunicativo condiviso sia inconscio sia conscio che inserisce i dati in una cornice di sensi condivisibili e poi condivisi. Da quanto detto, risulta

che il dominio della nostra clinica può essere pensato come articolato e composto dall'intersezione di quattro esperienze soggettive che si incontrano: (A) l'esperienza conscia del clinico a cui egli ha diretto accesso e che può essere facilmente verbalizzata – materiale conscio o preconsciouso della teoria freudiana, esplicito (Schacter, 1996) o dichiarativo (Squire, 1992) in quella cognitiva, o simbolico nella teoria del codice multiplo. Questo materiale include le osservazioni del clinico sul linguaggio del paziente e sul suo comportamento e le sue inferenze circa le reazioni emotive e intuitive del paziente (B) l'esperienza inconscia del clinico o subsimbolica, non formulabile, dissociata, che non può essere verbalizzabile direttamente. È l'inconscio psicoanalitico, l'implicito, il non dichiarativo e il subsimbolico nelle prospettive cognitive e di Bucci. I contenuti hanno a che fare con le reazioni emotive, le associazioni fuori dalla consapevolezza, il materiale evitato, represso, negato che il soggetto sa di esperire ma che non può verbalizzare direttamente (C) l'esperienza conscia, esplicita, dichiarativa, simbolica, accessibile del paziente (D) l'esperienza inconscia, subsimbolica, non formulabile, dissociata del paziente. Questi domini acquisiscono il loro senso specifico solo all'interno di un contesto interpersonale di interazione tra soggettività.

La questione cruciale è quanto, allora, il clinico è in grado e capace di districare i segnali del paziente e distinguerli, estrapolarli dal contesto esperienziale in cui sono stati costruiti per disarmarli e renderli riconoscibili e passabili di modifica. Questo dati devono essere estrapolati dal mondo interno del paziente e devono diventare condivisibili, oggetto di narrazione e messa in discussione. Sulla base di questi risultati, inevitabile un ripensamento di alcuni concetti concernenti la tecnica diagnostica e in particolare l'enfasi sul ruolo del clinico che va ad attivare le esperienze affettive del paziente per trovare il nucleo patologico primario (piuttosto che bloccare o inibire questa dimensione), il ripensamento del disturbo del paziente in termini di emozione primaria disfunzionale o schema emotivo disadattivo dissociato, il ruolo che la relazione, gli stati di consapevolezza e il linguaggio hanno per permettere il lavoro diagnostico e infine un ripensamento del peso specifico che la tecnica che nel creare la condivisione di significati affettivi e cognitivi. Se definiamo la patologia in termini di dissociazione piuttosto che di repressione, il riconoscimento di diversi livelli di consapevolezza diventa estremamente rilevante e centrale, e il ruolo del clinico si viene a definire in funzione dell'espansione di questi stati di consapevolezza: gli schemi emotivi possono essere modificati solo nella misura in cui diventano sperimentabili nel presente e se le memorie del passato possono entrare nella memoria di lavoro in contemporanea con la consapevolezza e comprensione del nucleo affettivo primario dell'emozione associata. L'attivazione degli schemi emotivi dissociati e la simbolizzazione degli affetti desimbolizzati è il primo passo per la comprensione. La relazione, il contesto comunicativo-emotivo cocreato dalla diade ha un ruolo unico nel permettere l'integrazione di stati di coscienza e consapevolezza: il potere della relazione è quello di evocare gli schemi emotivi primari del paziente in relazione al clinico nel qui e ora. Il clinico è lo strumento che con la presenza della sua soggettività e della sua tecnica permette l'emergere 'bilanciato e contenuto' (Bucci, 2000) di schemi emotivi prima impensabili e non riconosciuti; il processo referenziale è il mezzo che permette di creare dei ponti di collegamento tra stati della coscienza inconscia (e regressivi) e stati verbalizzabili di consapevolezza del sé autobiografico, intenzionale e auto noetico; il linguaggio è il veicolo sovraordinato che rende questo possibile. Non si tratta di un veicolo opzionale, ma del centro del processo di comprensione prima e cambiamento poi: la connessione alle esperienze corporee del materiale dissociato, infatti, non è sufficiente, necessario è l'ancoraggio al significato consapevole. In questo senso si riconosce il potere del canale verbale nell'ampliare lo spazio della memoria di lavoro che è la base per l'estensione della consapevolezza del sé e il terreno in cui il consueto flusso o circolo vizioso degli schemi emotivi patologici risiedono e si rinforzano. Il potere della simbolizzazione, quindi della parola e delle metafore, è quello di permettere la ricategorizzazione e un nuovo focus attentivo sulle esperienze, permettendo la paziente di ricordare e memorizzare più informazioni nella memoria di lavoro. Il linguaggio allora diventa il più efficace meccanismo per categorizzare il flusso delle esperienze – con la controindicazione che è capace di escludere dal focus attentivo tutto il materiale che non vuole selezionare. Il linguaggio è anche il veicolo dell'analisi logica permettendo discriminazioni esplicite che sono

stati associati inaccuratamente e generalizzazioni a esempi che non erano stati processati singolarmente. Il linguaggio, infine, ha il potere di permettere l'accesso alle informazioni immagazzinate nel magazzino della memoria autobiografica. Sia connessioni subsimboliche sia simboliche sono necessarie per questo: il processamento subsimbolico facilita l'attivazione degli schemi emotivi e dei loro core affettivi (primi colloqui), gli interventi verbali permettono la revisione dei significati rimossi, non riconosciuti o distorti (colloqui di restituzione). Come emerge dai risultati del terzo obiettivo, la *diatriba interpretation/somethingmorethaninterpretation* può essere efficacemente risolta pensando che questa combinazione di comunicazione a livello subsimbolico, non verbale, di condivisione e sintonizzazione è imprescindibile tanto quanto è imprescindibile la comunicazione a livello consapevole, esplicito e simbolico. L'interazione tra i sistemi è essenziale: è un principio centrale di tutta la tradizione psicologica. L'obiettivo del processo diagnostico è farli emergere, comprenderli, sezionarli; l'obiettivo del trattamento integrarli e farli funzionare in senso adattivo.

### **IL PESO SPECIFICO DELLA TECNICA E DELLA COMPETENZA DEL CLINICO NEL CREARE UNA LINGUA CHE PERMETTA LA CONDIVISIONE DI SIGNIFICATI AFFETTIVI E COGNITIVI**

La seconda dimensione o variabile che è risultata significativa e discriminante per favorire non solo la regolazione delle emozioni ma anche l'integrazione e il padroneggiamento cognitivo/riflessivo (acquisizione delle funzioni riflesse e metacognitive di Fonagy) definisce il ruolo della tecnica e degli interventi del clinico all'interno del *setting* diagnostico. Se la relazione definisce il *setting* e il contesto che attraverso la condivisione permette la presa di coscienza – emotiva e cognitiva – e l'incremento della conoscenza di sé, una volta che il processo di sintonizzazione e condivisione è stato raggiunto come obiettivo, abbiamo visto che si rendono necessarie una serie di operazioni tecniche da parte del clinico volte a segnalare al paziente la condivisione (spesso, infatti, il paziente grave ha difficoltà a rappresentarsi lo stato della mente dell'altro), per accertarsi che l'abbia a sua volta percepita, e a iniziare gli interventi tecnici sugli aspetti metacognitivi deficitari nel paziente: queste tecniche segneranno il passaggio dalla fase subsimbolica a quella simbolica. L'*assessment* prevede allora una serie di passaggi tecnici fondamentali: pervenire a uno stato di condivisione e sintonizzazione subsimbolica (la fase della condivisione a livello inconscio, viscerale, somatico, soggettivo), segnalare la condivisione e intervenire con tecniche opportune sui contenuti dello stato problematico e sui processi emotivi e riflessivi. La condivisione o sintonizzazione emotiva, abbiamo visto, viene raggiunta attraverso diversi passaggi che vanno dalla focalizzazione del clinico sul proprio stato interno, alla focalizzazione sul paziente a cui vengono attribuiti i medesimi sentimenti. Focalizzandosi prima sul proprio stato interno e attribuendo alla propria rappresentazione la responsabilità dell'emozione problematica, il clinico decolpevolizza il paziente e ottiene una modificazione del suo stato, che gli consente di sentire non solo un sentimento di solidarietà ma anche un sentimento di possibilità: l'emozione problematica non è disgregante, se ne può parlare. Una volta raggiunto questo stato empatico, rimane da considerare che questo è soltanto un punto di vista, un'ipotesi sullo stato mentale del paziente che deve essere verificata attraverso il successivo dialogo volto a testare le ipotesi diagnostiche che derivano dal giudizio clinico e confrontarle con il riconoscimento e la percezione del paziente.

A partire da considerazioni cliniche, con la nostra ricerca abbiamo cercato di testare l'utilità delle specifiche e più ricorrenti/condivise tecniche di intervento del clinico per vedere quali di questi interventi permettono la connessione con le emozioni e/o la comparsa dell'*insight* emotivo e cognitivo nel paziente, nonché un primo *step* per la riparazione degli schemi dell'emozione disfunzionali. Fine ultimo era ripensare la tecnica della clinica. Quello che è emerso, sinteticamente, è che il clinico per favorire l'emergere del *pathway* emotivo sopradescritto ricorre a due strategie che usa in modo combinato e complementare: (A) tecniche di riconoscimento basate sull'empatia e su una condivisione della sintonizzazione emotiva verbalizzata e non lasciata solo a livello implicito e (B) tecniche volte a favorire,

stimolare e aiutare la creazione di una connessione tra sentimenti, emozioni, affetti, stati mentali interni e la cognizione o logica (in un parola le interpretazioni). Potremmo dire che la tattica tecnica, simbolica, esplicita che il clinico usa si definisce un percorso di sedici tappe che rappresentano il modo più economico ed efficace per scoprire l'emozione che organizza la patologia:

(A) identificare lo stimolo (inteso in senso ampio come il contesto, la situazione, l'episodio relazionale, la contingenza) che provoca l'emozione; le difese, l'evitamento, la dissociazione, infatti, tendono a impedire al paziente di essere consapevole degli stimoli che scatenano l'emozione – che avviene come un *pattern* di risposte automatiche – se questi interferiscono con altri aspetti della loro vita. Compito del clinico, all'interno del processo diagnostico, è identificare questi stimoli e determinarne le conseguenze

(B) ridefinire lo stimolo che produce emozioni spiacevole e disadattive. Tutte le teorie emotive, infatti, riconoscono che lo stimolo di per sé non è mai il determinante cruciale della reazione emotiva; ciò che determina le emozioni sono le interpretazioni (valutazione e cognizioni) che il soggetto attribuisce allo stimolo o all'evento. Da qui la necessità di aumentare gli stati di consapevolezza e modificare gli schemi e interpretazioni rappresentazionali disfunzionali che il paziente vi ha associato: il primo modo per ridurre il *distress* è il ridefinire a livello conscio e consapevole lo stimolo o la situazione e metterla all'interno di un nuovo contesto o *framework* narrativo

(C) identificare e scomporre lo schema disfunzionale nelle sue sottocomponenti emotive in modo da disambiguare e identificare correttamente le adeguate reazioni emotive. Se partiamo dalla concezione psicoevolutiva delle emozioni, infatti, quello che le persone sperimentano continuamente non è altro che una combinazione delle otto emozioni di base e un *mix* tra di loro. Il paziente, il soggetto con una difficoltà specifica nell'area della regolazione affettiva, può non essere in grado di riconoscere il significato, il nome, l'intensità e la gravità di queste otto emozioni e tende a confonderle e mischiarle tra loro. Questo si associa a uno stato di grossa confusione che deve essere disambiguata

(D) esaminare gli aspetti consci e inconsci delle emozioni: se, infatti, i sentimenti di un'emozione sono spesso vaghi, confusi, ambigui, oscuri e difficili da esprimere in parole condivisibili, le azioni associate alle emozioni sono più chiare e dirette. Passare da questo canale espressivo può essere il primo *step* per arrivare al senso specifico e personale che assumono una volta astratte. Lo stato soggettivo associato alle emozioni (ad esempio, le etichette che si usano per descriverle) sono più ambigue che gli impulsi all'azione associati ad esse

(E) cercare le ambivalenze e disambiguarle, ma senza cercare la 'verità storica', cercando piuttosto la 'verità soggettiva' del paziente

(F) esplorare la riluttanza del paziente a considerare alternative possibili al suo modo di sentire e la paura associata al riconoscimento che uno schema emotivo è disfunzionale

(G) esplorare e sviscerare i significati idiosincratici che il paziente attribuisce alle emozioni: le stesse parole possono infatti avere significati, connotazioni e sfumature diverse per ciascuno in relazione alla sua storia di vita, alla sua cultura, alla sua educazione

(H) esplorare la capacità del paziente di fare esperienza ed esprimere a parole un ampio *range* di emozioni; questo perché è maladattivo se la personalità del soggetto ruota attorno a un'unica emozione dominate a discapito delle altre, infatti tutte le emozioni hanno un significato evolutivo funzionale e indispensabile alla vita

(I) ridurre l'influenza dell'ambiente e disconnettere il circolo vizioso per cui se uno schema emotivo era prototipico del passato deve esserlo anche del presente e del futuro. Si devono rompere le catene associative disfunzionali e il paziente deve sperimentare che le emozioni che suscitano date reazioni nel suo mondo, possono essere gestite in modo diverso e non sono automatiche e inevitabili. Si deve rompere la catena associativa per cui le emozioni 'fanno perdere al paziente il controllo della propria vita': non è l'ambiente, non sono le circostanze, non sono gli eventi che

determinano gli schemi emotivi, ma l'interpretazione e il significato che il paziente e il suo *entourage* danno loro. Le valutazioni cognitive degli episodi determinano ciò che noi sentiamo, in che misura lo sentiamo: il nostro mondo emotivo è determinato dal nostro mondo cognitivo che ha strutturato gli schemi emotivi primitivi a partire dalle relazioni primarie. Ma, se il passato è complesso, doloroso, difficile da definire, non deve essere per forza il metro per leggere e vivere il presente e il futuro: gli episodi possono essere reinterpretati e visti da un altro punto di vista

(L) riconoscere che le emozioni primarie si nascondono nei dettagli

(M) usare le metafore, e in particolare le metafore emotive del paziente e se lui non le sa produrre creare una nuova lingua condivisa di metafore, l'uso infatti di immagini vivide sembra essere più facile da capire, ricordare e assimilare dell'uso delle semplici parole. La potenza delle metafore sta nella loro evocatività, nella loro specificità, nella loro vitalità e carica emotiva che colpisce sia a livello verbale sia a livello subsimbolico

(N) bilanciare le emozioni negative con emozioni positive per dare speranza al paziente e impedire che non salvi niente di sé

(O) empatizzare con la storia di vita, più o meno facile, del soggetto

(P) identificare il *Core Conflict* (detto con le parole del CCRT) delle emozioni primarie: significa che ogni emozione deve essere scomposta nei suoi elementi determinanti che sono la relazione con sé e con l'altro, motivazioni, desideri, ma soprattutto il nucleo problematico centrale associato, il nocciolo doloroso, il tallone d'Achille

(Q) identificare e delineare il significato funzionale della personalità del paziente.

Lo scopo è trovare l'organizzatore emotivo disfunzionale e pianificare con il paziente un'agenda di questioni a cui si dovrà trovare risposta e soluzione nel trattamento eventuale. Queste di solito ruotano intorno a cinque domande di base che definiscono la personalità sana (le tappe del percorso diagnostico secondo Plutchik, 1990): chi sono (*assessment*), come sono diventato quello che sono (raccolta dei dati bio-psico-sociali), perché sono diventato proprio così (analisi funzionale della storia di vita del paziente), che cosa voglio diventare/che cosa ho bisogno di cambiare (questo definirà il *goal setting* della terapia e la base per costruire l'alleanza di lavoro successiva), come posso raggiungere il nuovo obiettivo (questo punto sottolinea l'importanza di una valutazione non solo dei punti di debolezza, ma anche dei punti di forza di un paziente che rappresentano le premesse e la base su cui costruire il lavoro successivo in modo che sia tarato sul singolo paziente e fruibile per lui).

Per mettere in pratica queste tattiche e rispondere a queste domande, Vaillant (1994) suggerisce una serie di interventi che aiutano il clinico nel mettere il paziente in grado di esprimere emozioni. Descrive: la condivisione empatica e subsimbolica dei sentimenti e degli affetti, la disambiguazione dei sentimenti, la verbalizzazione di etichette per descrivere i sentimenti che devono essere scorporate nei loro dettagli per arrivare a una condivisione specifica del significato della parola emotiva, imparare a usare i sentimenti del passato per capire come ci si sente nel presente e come ci si potrebbe sentire nel futuro, esplorare le esperienze fisiologiche e soggettive e psicologiche che il soggetto lega all'emozione, definire le emozioni non solo con parole, ma anche con immagini e metafore, integrare sentimenti opposti. Ma la notazione che ci sembra la più esatta e la più pertinente in relazione ai nostri risultati è quella di Karasu (1992) che sintetizza le raccomandazioni per il clinico (il manuale d'uso dei colloqui) in un semplice ma efficace motto: *'affect first, content afterward'* (pag. 53). Nei nostri risultati, questa infatti sembra la tattica più efficace: sintonizzarsi con il paziente, riconoscerlo a livello implicito, subsimbolico, emotivo, condividere con lui le sue stesse emozioni e il suo dolore e poi, subito dopo, inserire il contenuto, riformulare cognitivamente e riflessivamente, tradurre un funzionamento emotivo in un'emozione di cui si può parlare, che si può comprendere, che si può modificare.

Possiamo allora proporre una nuova classificazione delle 'tattiche' tecniche di cui dispone il clinico che prevede una divisione in due macrocategorie, che a loro volta si scompongono in dimensioni più specifiche. Definiamo allora la prima classe di interventi tecniche empatiche e di riconoscimento, in cui la parola chiave crediamo sia proprio la seconda: il riconoscimento. Il fenomeno del riconoscimento è centrale, infatti, nella misura in cui è alla base della formazione dell'identità personale: si tratta di un processo basato su un'elevata capacità cognitiva ed emozionale di lasciarsi identificare come individuo circoscritto in rapporto a un universo prevedibile. Se l'altro non svolge questa funzione di riconoscimento, il soggetto stesso entra in una fase di disconoscimento, non sa chi è e cosa prova, non acquisisce competenze sulle proprie emozioni (disregolazione delle emozioni) e sensazioni corporee (disregolazione delle funzioni corporee e psichiche): diventa ignoto a se stesso, vuoto di sé (Amadei, 2005), sradicato interiormente (Erikson, 1964), passo successivo sarà la disregolazione delle relazioni interpersonali. Il riconoscimento reciproco consente la sintonia della relazione ed è alla base della fiducia di base; il disconoscimento conduce alla dissintonia.

Il riconoscimento come tecnica di intervento clinica può essere definita come una categoria di sintonizzazione degli affetti che consiste nell'esecuzione di comportamenti che esprimono la qualità di un sentimento condiviso senza tuttavia imitarne l'esatta espressione comportamentale (riprendendo l'originaria distinzione di Stern tra riconoscimento e rispecchiamento, che avrebbe lo svantaggio di alludere a una pressoché perfetta sincronia temporale – che come abbiamo visto nei nostri risultati non è verificata), che comprende una dimensione empatica ma la trascende nella misura in cui inizia con un sentimento di condivisione empatica ma si differenzia perché poi procede verso un riplasmare creativamente l'affetto colto. Quest'ultimo aspetto è fondamentale nella misura in cui sottolinea il fatto che una delle tecniche più efficaci nel consentire la regolazione delle emozioni disassociate del paziente è la combinazione e condensazione del concetto di sintonizzazione affettiva a livello subsimbolico (dimensione empatica) e sintonizzazione su un canale cognitivo e riflessivo (riplasmare creativamente, *refreaming*). Riconoscimento allora di riferisce tanto al 'ri-identificare' qualcosa o qualcuno quanto all' 'accordare/concedere un determinato *status*' a qualcosa o qualcuno. Non si tratta di conoscere di nuovo, quanto piuttosto di 'prendere atto' di un certo oggetto o evento come occupante un determinato posto in una situazione. Questo è il continuo lavoro di ridefinizione del clinico diagnosta che si preoccupa di 'riconoscere' – inteso in quest'accezione – una specifica identità, uno specifico sé, un particolare modo di funzionare del paziente. Il livello di partenza del clinico è un processo conoscitivo di riconoscimento che parte dalla raccolta di informazioni e dalla percezione: una percezione che alcuni autori (Freeman, 1991) definiscono pre-attentiva perché riesce a combinare le percezioni sensoriali del qui e ora con l'esperienza passata e con le aspettative future per identificare sia lo stimolo sia il particolare significato che esso ha per l'individuo. Il risultato finale non è una semplice percezione, ma una percezione specifica carica di significato e unica per ogni diade nel suo contesto di relazionalità. Lo strutturarsi dei processi di riconoscimento tra clinico e paziente consiste in una sequenza di negoziazioni sulla qualità delle connessioni delle interazioni reciprocamente sintonizzate. Come processo di riconoscimento definiamo una complessa integrazione di momenti cognitivi con elementi affettivi (Honneth, 1993) che è insediata centralmente nello sviluppo umano come imprescindibile passaggio per la formazione dell'identità, per un prosperare del sé e per il pieno dispiegarsi della sicurezza emotiva, nell'esprimere bisogni e sentimenti propri. Il clinico diventa un fornitore di 'responsività agli obiettivi e ai bisogni del paziente' (Fogle, 2001, pag. 43): l'abilità di riconoscere e regolare le emozioni segue un percorso di apprendimento mediante il quale il paziente arriva a identificare specifici *feelings* e ad associarli a specifiche definizioni ed espressioni verbali. In questo modo, con il clinico, impara a capire e riconoscere quello che prima negava, dissociava o distorceva: attraverso un percorso di apprendimento di *labelling* (definizione), il paziente impara a ricostruire il significato personale delle sue emozioni e a comprendere il loro ruolo nello strutturarsi della sua patologia. Quindi il processo di riconoscimento può essere definito come la complessa interazione tra clinico e paziente sostenuta da reciprocità di stimoli e di risposte (in un tempo differito di cinque interventi), una successione temporale di differenti, singoli elementi e scansioni:



- il bisogno di riconoscimento da parte del paziente (diciamo, la minima 'alleanza' – ma ancora non si può parlare di alleanza in senso stretto – o motivazione che porta il paziente a intraprendere un processo diagnostico)
- il comportamento dell'altro riconosciuto come significativo al fine di espletare o meno la funzione di riconoscimento
- l'esperienza di riconoscimento che conduce alla capacità del soggetto riconosciuto di riconoscere a sua volta. Il processo di riconoscimento interpersonale tra due persone si basa sull'esplicazione di tale funzione, da parte di una persona che conduce l'altra all'esperienza di essere riconosciuta – potremmo definire questa come la fase della sintonizzazione
- le successive modalità di relazionarsi del soggetto con sé stesso e con l'altro, da intendersi come conseguenza della modalità nuova con cui la funzione di riconoscimento e sintonizzazione è stata messa in atto da parte del clinico.

Questo processo non può avvenire se non in una circolarità in cui il ruolo di soddisfare la funzione di riconoscimento non può essere rivestito se non da chi è stato a sua volta riconosciuto in grado di espletare tale funzione. Si tratta di un processo interpersonale di *fitting together* (Freeman, 1991) in cui il clinico svolge la funzione attiva di portare il paziente alla funzione di riconoscimento di sé e alla capacità di dare significato altamente specializzato (costruzione comune del significato, Sander, 1995; dare senso alla diagnosi, Barron, 2000). I due parametri di base, allora, sono attività e reciprocità di una diade al lavoro.

Questi concetti clinici riecheggiano quelli anticipati nella sezione teorica di *empathic attunement* (Stern, 1985), secondo il quale quello che rende possibile 'essere con' un'altra persona 'condividendo esperienze interiori probabilmente simili in un'atmosfera di continuità si basa sullo scoprire gli affetti vitali e sintonizzarsi con essi' (Stern, 1985, pag. 164), e di *diadic attunement* di Schore (2002) che identifica nel concetto di regolazione diadica delle emozioni – raggiungibile attraverso capacità innate e un ambiente responsivo – proprio l'obiettivo centrale a cui tende lo sviluppo e la traccia per lo sviluppo del sé. Per lo sviluppo normale è essenziale la capacità del soggetto di 'cope with the stress' (Schore, 2002, pag. 136) e di regolare le emozioni, competenze che si imparano all'interno di una relazione con un ambiente (di accudimento prima e clinico dopo) caratterizzato da diversi gradi di sintonia affettiva: il genitore, il clinico 'regolano interattivamente gli stati positivi e negativi del soggetto costruendo insieme a lui le condizioni ambientali facilitanti (o impedenti) la maturazione di un *brain stress coping system* la cui funzionalità è cruciale per consentire di espandere la capacità di regolare in modo flessibile gli stati emotivi stressanti sia in modo interattivo sia in modo autoregolatorio' (Amadei, 2005, pag. 103).

Attraverso l'analisi della clinica sono stati individuati (Amadei, Bianchi, 2000) tre differenti livelli in cui è possibile collocare le esperienze di riconoscimento nel contesto delle relazioni significative: (A) un primo livello, basilare, è quello del riconoscimento indifferenziato: è la connotazione del 'tu esisti' (B) un secondo livello di riconoscimento è quello 'degli aspetti immediati del proprio modo di percepire e di relazionarsi': le sensazioni e le percezioni del soggetto trovano uno spazio per esprimersi se sono accolte dall'altro, ad esempio, con una conferma o un confronto vitale. È l'analisi della modalità di funzionamento relazionale del soggetto attraverso il dettaglio degli episodi relazionali (C) un terzo livello di riconoscimento è quello 'della complessità dell'organizzazione psichica': il soggetto che ha vissuto una conferma delle proprie esperienze sensoriali e relazionali ha sviluppato una fiducia di base che gli consente di esprimersi a livelli più elevati; potrà quindi chiedere all'altro una convalida delle sue convinzioni, dei suoi stati d'animo e della sua diagnosi funzionale. Questa macrocategoria empatia/riconoscimento si serve, come abbiamo precedentemente gerarchizzato a partire dalla clinica e dalla ricerca, di diverse tecniche della domanda:

- empatiche. Rientrano in questa categoria che sottolinea soprattutto la dimensione empatica ed emotiva subsimbolica (A) le strategie di sostegno (SS) per cui il clinico cerca di agganciare il paziente rispecchiando la sua sofferenza, condividendola e semplicemente 'tenendogli la mano' nell'affrontare e parlare di temi dolorosi e della strategie che lui è riuscito a trovare per affrontare le cose, strategie che per quanto messe in luce nella loro disfunzionalità, tuttavia



sono rinforzate come le uniche praticabili da solo e in quelle circostanze; (B) le strategie di miglioramento del lavoro di mantenimento (WES) che incoraggiano il paziente a dire quello che gli passa per la testa senza preoccuparsi se può sembrare poco importante o oscuro e che sono volte alla costruzione di un clima good enough per poter parlare liberamente di tutto; e (C) le tecniche di riconoscimento (Cack) che si siglano quando il clinico si limita a comunicare al paziente che capisce e comprendere quello che il paziente significa

- di *labelling*. Questa categoria comprende le tecniche in cui viene aggiunto da parte del clinico un contenuto riflessivo e metacognitivo al materiale del paziente, che in questo modo non solo viene accolto e riconosciuto, ma viene manipolato e messo in altra luce. Entra in gioco il giudizio e la competenza del clinico in quanto soggetto pensante che non solo rispecchia, ma anche rimanda una nuova informazione, una nuova visione delle cose, una sottolineatura di alcuni aspetti centrali del discorso del paziente. Quando fa questo, il clinico usa (A) la chiarificazione (Cl) quando cerca di riassumere quello che il paziente ha detto, senza aggiungere nessuna interpretazione, ma con lo scopo di assicurarsi di avere capito. Questi interventi si differenziano dalle interpretazioni perché non vanno troppo oltre il fenomeno emotivo. Si tratta di ripetizioni di quello che è stato evocato dal paziente che sono volte all'empatia e alla definizione di uno stato d'animo, di un sentimento, di una situazione, di una relazione; e (B) usa l'associazione (Ass) quando usa persone o avvenimenti che non sono direttamente legati al paziente e rivelazioni su di sé per dare un termine di paragone e confronto al paziente, per mostrargli come i suoi schemi disfunzionali non sono le uniche risposte possibili, che ci sono molti mondi possibili e differenti modi di sentire e agire.

La seconda classe di interventi è quella degli interventi tecnici che abbiamo definito emotivi e cognitivi e comprende solo due sottocategorie: le interpretazioni (DI) e la riformulazione (R). La seconda categoria, più semplice, potremmo definirla come un primo tentativo base e preliminare alle interpretazioni diagnostiche vere e proprie perché si ferma al primo passo dell'interpretazione: l'espressione dell'esperienza emotiva del paziente, l'affermazione di un fenomeno emotivo. Manca il secondo pezzo che prevede, non solo il riconoscimento e l'etichettamento del fenomeno emotivo, ma anche la sua contestualizzazione all'interno della storia dei vita del paziente o – detto altrimenti – l'attribuzione di un significato specifico e unico. La prima tecnica funziona provocando delle microtrasformazioni cogliendo l'emozione che il paziente sta vivendo ('essere all'unisono' di Bion, 1963) e favorendo lo sviluppo della capacità di contenere tutti i contenuti e le emozioni immaginabili e inimmaginabili; la seconda tecnica provoca microtrasformazioni in funzione di una decodifica interpretativa in cui il clinico acquisisce un ruolo più attivo e se vogliamo intrusivo nella misura in cui spinge e obbliga il paziente a confrontarsi non solo con il riconoscimento e l'accettazione di un'emozione, ma anche con il suo inserimento nella storia di vita e con l'attribuzione di un ruolo causale all'interno del modello di funzionamento di personalità. L'interpretazione offre un riconoscimento nella misura in cui il clinico si accerta di avere compreso quello che è importante e nodale per il paziente, ma poi offre un'altra visuale, una nuova prospettiva che integra il senso dello stato interno del paziente con il suo passato e con il suo funzionamento o strutturazione di schemi ripetitivi di funzionamento. In questo modo il discorso può essere ulteriormente sviluppato e nuove attribuzioni di senso sempre più raffinate e pertinenti possono essere fatte: il clinico procede in una stanza che è senza luce e progressivamente cerca di accenderla piano piano per illuminare e rendere manifesto al paziente il contenuto latente e non solo manifesto dei suoi schemi e significati. Il clinico attraverso l'interpretazione decodifica per il paziente e insieme al paziente – per questo è fondamentale non solo l'interpretazione, ma anche la considerazione di ciò che il paziente dice dopo (il paziente è il miglior collega del clinico, Gaburri, 2007) – il suo funzionamento, questo è il punto di partenza per la trasformazione che poi sarà possibile realizzare intorno a quest'ultima. L'interpretazione allora funziona secondo una serie di *step* successivi: captaggio dell'emozione, sua sottolineatura, condivisione e resa manifesta, e poi focalizzazione dell'attenzione sul contenuto e da qui il pensiero deve essere condiviso, clinico e paziente devono iniziare a pensare insieme, ci deve essere sempre da parte del clinico un'analisi della risposta del paziente per modificare laddove necessario la linea interpretativa (il paziente deve essere riconosciuto e sentirsi

ricosciuto, deve lui stesso riconoscersi, altrimenti la diagnosi anche se formalmente corretta non avrà nessun significato positivamente prognostico per il paziente: 'la verità di una mente su un'altra mente è sempre -K, cioè la verità è, appunto, qualcosa dell'incontro e deve essere, in questo senso, davvero costruita insieme', Ferro, 2003, pag. 7). Compito fondamentale del diagnosa, allora, è pensare che ciò che il paziente dice, dopo il suo intervento, ha molto a che vedere con l'intervento stesso e ne determina il senso e la correttezza: il paziente deve essere considerato qualcuno capace di dare sempre il punto della situazione. Compito del clinico, dal canto suo, è trasformare tutto ciò che è dissociato o indicibile per il paziente in immagini visive o 'pittogrammi emotivi' rappresentabili, figurabili, verbalizzabili così che quello che urgeva solo come sensorialità e stimolo (subsimbolico) trovi una sua figurabilità o con divisibilità elementare. La relazione, la diade, il rapporto emotivo di sintonizzazione e condivisione e riconoscimento diventa il posto capace di tenere emozioni, pensieri e significati. Se questo diventa possibile, nel contesto del *setting*, clinico e paziente vengono ad avere tutti gli utensili per pensare e regolare le emozioni, per scomporre in tutte le loro sottounità gli schemi di funzionamento maladattivi e comprenderli attraverso la chiave dell'empatia e della verbalizzazione e simbolizzazione dei sensi possibili. Il metodo quindi consiste nel creare dei derivati narrativi che sono il precipitato della sequenza di emozioni che sono presenti in quel momento tra clinico e paziente e sciogliere così le emozioni in narrazioni e creare narrazioni che danno corpo e visibilità alle emozioni. Quello che poi è importante non è il singolo racconto, ma cogliere le emozioni che sono a monte e creare coordinate affettivo-climatiche che attivino le capacità immaginative del paziente (RA nei termini di Bucci) che sono la via d'accesso per gli schemi emotivi primari. Il clinico userà il linguaggio del paziente per formulare le sue ipotesi diagnostiche e insieme inizieranno una strada comune in cui lavorano per arrivare alla comprensione e alla decodifica del linguaggio e delle immagini, per arrivare alla comprensione metacognitiva delle menti. Questo si riferisce alla costruzione di connessioni referenziali tra rappresentazioni e processi non verbali, sia di tipo simbolico sia non simbolico, e tra immagini e parole. Questo comporterebbe la riconnessione di sistemi attraverso la ricostruzione di nessi referenziali o potrebbe richiedere la costruzione di nuove connessioni. Da un primo *step* in cui i derivati narrativi del paziente sono liberi da vincoli di conversazione e riorganizzazione conversazionale, in cui il flusso verbale è guidato e determinato dallo schema dell'emozione sottostante che è attivato si passa a uno che si potrebbe definire di *working thought* o elaborazione clinica. Il paziente riferisce meglio che può il flusso di esperienza sensoriale e somatica, assieme alle immagini, ai ricordi e agli eventi che emergono. In questo modo, emergono gli schemi dell'emozione sottostanti problematici in modo esplicito ma al di fuori della consapevolezza: si attiva il richiamo agli elementi periferici di questo schema dissociato, senza consapevolezza immediata della loro connessione ai desideri e alle aspettative temute del soggetto. A questo punto il significato può essere compreso ed esplorato attraverso il processo ricorsivo dell'interpretazione diagnostica tramite il quale la verbalizzazione di un racconto e la riflessione su di esso conducono al contatto con nuove componenti dello schema dell'emozione. In questo modo sono sviluppate nuove immagini, sono richiamati ricordi in una più completa forma sensoriale e corporea e possono realizzarsi nuove connessioni nel sistema verbale. L'informazione viscerale, somatica e interna del nucleo affettivo viene integrata nella rappresentazione dell'evento del paziente e viene a essere connessa a un significato evolutivo. Si produce nel paziente l'*insight* emotivo e riflessivo, un *insight* che non ha solo e non tanto la caratteristica della veridicità (Edelson, 1983) quanto quella di essere primariamente emotivo e secondariamente specifico e dettagliato, un ritaglio di 'sangue, sguardo e gesti' del paziente stesso (Rilke, 1982, pag. 19). Compito del processo diagnostico è l'elaborazione clinica, compito della terapia sarà perseguire il cambiamento strutturale, cioè un cambiamento negli schemi dell'emozione disfunzionali e una loro nuova organizzazione simbolica.

Abbiamo scelto di presentare la discussione in questa forma, distinguendo tra tecniche dell'intervento piuttosto che trasversalmente ai differenti tipi di colloquio che compongono il processo diagnostico, perché abbiamo visto che le specificità di primi colloqui e colloqui di restituzione hanno a che fare non con la scelta tecnica in quanto tale, ma con

la complementarietà della sequenza domanda/risposta, con la qualità o attribuzione corretta degli interventi, con la quantità o attribuzione sufficientemente ripetuta di un rinforzo, con il *timing* o attribuzione data al momento opportuno e con il dosaggio o frequenza che porta a privilegiare certe scelte tecniche sulle altre.

In generale, se prese insieme, queste indicazioni costituiscono un *corpus* che può orientare il clinico, definire i suoi ruoli nei colloqui diagnostici e che permette di formalizzare e teorizzare un modellino clinico per definire la comunicazione clinico/paziente dal punto di vista della tecnica. La prima riflessione è quella per cui la comunicazione clinica è un tipo particolare di comunicazione che differisce radicalmente dalle conversazioni sociali e che trova la sua specificità fondante nell'interazione verbale e subsimbolica. Si tratta di un fenomeno complesso che, all'interno di questo particolare *setting* relazionale cocostruito tra due soggettività che si incontrano e si riconoscono a livello empatico, prevede una serie di sequenze ben definite a livello comportamentale e tecnico del clinico a cui seguono ricorsivamente e specificamente risposte attese e prototipiche da parte di un paziente X che rappresenta l'andamento medio del soggetto con un disagio da moderato a grave. All'interno di questo dialogo, essenziale è il ruolo delle emozioni che trapelano da un punto di vista subsimbolico (come abbiamo visto nel primo punto della discussione) ma anche da un punto di vista specificamente tecnico. Da questo vertice osservativo, la natura della comunicazione diagnostica può essere descritta come un processo specificamente designato alla segnalazione, rivelazione, comprensione ed eventuale modificazione dei comportamenti e delle reazioni emotive alle situazioni (Krebs, Davies, Parr, 1993) o come un processo che ruota attorno a tre dimensioni: 'un repertorio finito e limitato di interventi, un segnale analogico continuo che registra la *magnitudo* degli stati interni da decodificare, e una serie di variazioni casuali sul tema' (Pinker, 1994). Secondo noi, non è esatto dire che le variazioni sul tema sono casuali, secondo noi sarebbero piuttosto determinate dalla tecnica, dalla scuola e dalla competenza del clinico che veicola la conversazione in modo tale da far emergere e da farla essere il riflesso degli stati emotivi e motivazionali del paziente (Hauser, 1996). La comunicazione clinica allora sarebbe la risultante della combinazione di un codice digitale, che si serve delle parole discrete per elaborare informazioni, e di un codice analogico che si riferisce invece ai segnali degli stati interni che variano in intensità, frequenza e dimensione temporale e trasmettono informazioni sulle strutture emotive sottostanti e primarie. Il clinico dirige e governa la comunicazione in modo che il codice digitale sia al servizio di quello analogico e permetta in questo modo la comprensione e la manipolazione di uno stato che di per sé non è direttamente osservabile, in quanto interno. Il suo strumento cardine sono le inferenze che passano per la dimensione del riconoscimento e dell'interpretazione: il clinico deve prestare massima attenzione agli antecedenti e ai conseguenti del suo processo conoscitivo e ai suoi effetti sul paziente e al grado in cui permettono l'elaborazione di significati emotivi personali e soggettivi, perché questo è l'unico sistema sicuro che possiede per rendere meno inferenziale il suo giudizio diagnostico e il suo lavoro clinico. L'uso idiosincratico che il paziente fa del linguaggio e la sua decodifica e condivisione e la sua comprensione empatica subsimbolica inconscia sono gli strumenti della falsificazione delle ipotesi (Vaillant, 1994; Lazarus, 1997; Szajnberg, 1992): l'*insight* non è l'obiettivo ma uno *step* che permette di dire al paziente che cosa necessita di essere cambiato o quale è il nucleo patologico su cui lavorare (Benjamin, 1993), l'interpretazione che ne deriva è lo strumento che permette la regolazione delle emozioni nel paziente (Karasu, 1992). L'interpretazione, infatti, fornisce informazioni rispetto ai processi mentali inconsci del paziente in relazione al sé e alle altre persone e, se riconosciuta e identificata, permette al paziente di raggiungere un sentimento di competenza nel riconoscere e controllare i propri affetti prima considerati come potenzialmente disgreganti e annichilenti il sé (Spezzano, 1993). Il processo diagnostico è la decodifica della narrative presentate dal paziente su di sé, il clinico sa di non lavorare su narrazioni che sono un precipitato oggettivo della realtà e degli eventi, le verbalizzazioni sono per lo più disconnesse, dissociate, non lineari, non chiare, ambigue, incongruenti, vaghe e incoerenti, il clinico ha a che fare con un materiale complesso e soggettivo sul quale pone delle valutazioni e fa interpretazioni inferenziali. Il processo comunicativo è la risultante allora di un insieme di pezzi e frammenti di soggettività misti a realtà che devono essere

decodificati e a cui deve essere dato senso al fine di creare una comprensione plausibile (sia per il paziente sia per il clinico, che rappresenta il confronto sociale condiviso) – ma non necessariamente completa – della storia di vita del soggetto e l'identificazione del *goal* problematico. Gli interventi del clinico, allora, sono parte di un complesso sistema a *feedback* in cui le affermazioni del paziente influenzano le reazioni del clinico che a sua volta influenza i commenti successivi del paziente. Poiché le narrazioni del paziente sono spesso parziali, frammentate e incoerenti, il clinico cerca, con i suoi strumenti, di creare una narrazione ragionevole nella sua testa e la verbalizza perché diventi oggetto di condivisione con il paziente. La comunicazione del paziente, allora, anche se ambigua e presentata in modo confuso, viene tradotta dal clinico in affermazioni cariche di senso, di un senso che ci attribuisce lui e che andrà a testare nel circolo di *feedback* di reazioni del paziente. Il clinico categorizza le affermazioni del paziente prima in termini semplicemente descrittivi – per assicurarsi di avere capito la comunicazione manifesta – e poi via via in categorie teoriche più generali che gli permettono di formulare interpretazioni e creare i *link* tra sistemi di elaborazione e dimensioni temporali. L'obiettivo macro nella testa del clinico è pervenire a una diagnosi il più esaustiva e approssimata alla realtà possibile. Il clinico, allora, valuta quale tecnica della domanda e dell'intervento è più pertinente in quel momento per avere accesso al paziente ed esprimere la sua comprensione che potrà essere a un livello emotivo o a un livello cognitivo, quindi agisce e produce comunicazione condivisa. Il circolo di *feedback* ricomincia e un nuovo ciclo comunicativo prende vita.

Fig. 46 – Un modello per descrivere il circolo della comunicazione simbolica clinico/paziente: principali elementi implicati negli interventi del clinico in risposta alle comunicazioni del paziente



Fonte: Plutchik, Conte, Wilde, Karasu, 1994

In un modello siffatto, e a partire da una categorizzazione ulteriore dei dati della nostra ricerca, è possibile allora identificare un lista che definiremmo 'empirica' dei 15 interventi tra cui può scegliere il clinico:

- informare, ossia fornire specifiche informazioni al paziente sia rispetto a temi di contrattazione del lavoro clinico e terapeutico (spiegare come funzionano) sia riguardo, per esempio, il normale funzionamento dello sviluppo con un genitore che non riesce a interfacciarsi con gioia alla relazione con il bambino
- raccogliere informazioni, chiedere al paziente di fornire informazioni e dati, storie ed episodi rispetto alla propria biografia e storia personale
- definire il *framework* del lavoro diagnostico, indicare al paziente quelli che sono i confini e i comportamenti accettati e non accettati nel *setting*

- sostenere il *self-control*, aiutare il paziente a definire i limiti e le modalità per esprimere emozioni e pensieri
- usare la *selfdisclosure*, rivelare informazioni personali e private su di sé (come clinico)
- aumentare la fiducia e fare sentire il paziente meglio dandogli speranza
- incoraggiare le verbalizzazioni e l'elaborazione del materiale grezzo riportato, dato un *topic*, incoraggiare il paziente a generare nuovi pensieri ed emozioni
- esplorare gli affetti ed elaborarli in senso riflessivo scomponendoli nelle singole caratteristiche e componenti
- esplorare la relazione clinico/paziente e usarla come modello della modalità che il paziente ha di relazionarsi con il mondo
- interpretare le difficoltà del paziente a ingaggiarsi e aprirsi alla comunicazione e alla riflessione
- usare l'interpretazione così da creare una connessione tra fatti, azioni, comportamenti, pensieri e sentimenti nel presente e nel passato; identificare pattern ripetitivi o caratteristiche comuni e sottostantia diversi comportamenti, pensieri e sentimenti
- provare a determinare che cosa il comportamento del paziente significa, che finalità e scopi ha e quali sono i suoi vantaggi secondari
- provare a identificare i processi di pensiero che connettono un evento del presente con aspetti tipici del comportamento del paziente durante la sua storia di vita
- creare dei *focus* e dei *topic* condivisi di attenzione, focalizzare l'attenzione del paziente su alcuni aspetti più salienti e imminenti di altri, gerarchizzandoli in questo modo
- reindirizzare il paziente proponendogli pensieri, sentimenti e comportamenti nuovi.

I livelli a cui può avvenire l'interpretazione, allora, sono molteplici – *interpret resistance, elaboration/verbalization, relationship, pattern, purpose, proximate cause* (Plutchik, Conte, Wilde, Karasu, 1994) – e in questo dominio le domande *why* sono sostituite proficuamente a vantaggio di domande aperte e interlocutorie che hanno l'obiettivo esplicito di aiutare il paziente a esplorare, elaborare, identificare, generare e connettere idee, esperienze, emozioni alla propria vita interiore e non. Queste domande hanno quindi carattere esploratorio: può dirmi di più rispetto ai sentimenti provati quando pensava/succedeva questo? Che emozione prova quando si trova in quella situazione? Si potrebbe dire che lei si sente triste? Ma cosa significa triste per lei? Come si sente a parlare ora di questo? Queste le tattiche migliori per fare emergere le emozioni e preparare un territorio fecondo per l'interpretazione (Wachtel, 1993). Obiettivo generale degli interventi del clinico è aiutare il paziente a sentire che la conversazione clinica è un'esplorazione mutuale e reciproca che vuole raggiungere 'la verità sulla vita del paziente, ben sapendo che la natura di questa verità è in continuo cambiamento ed evoluzione' (Wachtel, 1993, pag. 157).

### **LA CLINICA DIAGNOSTICA: LA RISULTANTE DEL DIALOGO TRA EMOZIONI SINTONIZZATE**

Definite la due componenti imprescindibili che entrano in gioco e determinano l'incontro clinico diagnostico, quale è il loro peso specifico? Può essere stimato in percentuale di varianza spiegata? I nostri risultati e la nostra posizione teorica non *naïve* ci spingono a dire che le due dimensioni sono entrambe imprescindibili, interagenti e complementari, ciascuna con il suo peso specifico (leggermente sbilanciato sul versante della componente emotiva sia nella sua dimensione conscia sia in quella inconscia). Si potrebbe, allora, riassumere e sintetizzare concludendo, con poca originalità, che gli ingredienti che rendono un processo diagnostico riuscito sono: abilità personali del clinico, metodo, tecnica e assetto emotivo (disposizione all'empatia e al calore). Nei nostri risultati, infatti, abbiamo trovato che la

tecnica clinica, a livello emotivo e cognitivo, è l'accesso migliore e più diretto ai processi intrapsichici del paziente ma trova il suo significato specifico di regolatore delle emozioni nella sinergia tra fenomeni emotivi inconsci e consci che si costruiscono in un contesto relazionale di sintonizzazione e riconoscimento. Si potrebbe dire che il *marker* della comprensione diagnostica è il nuovo contesto interpersonale che funge da contenitore e contesto riparativo agli schemi emotivi disfunzionali e dissociati del paziente e agli organizzatori primari della sua patologia. All'interno di questa scatola, infatti, il paziente può sentirsi riconosciuto, accolto, compreso, accettato e non giudicato; questo clima di fiducia e condivisione gli permette di risperimentare le emozioni dissociate e di mettere in scena, attraverso i suoi derivati narrativi, gli schemi di funzionamento che lo danneggiano; gli interventi interpretativi e cognitivi del clinico, a loro volta, lo portano a sviluppare una competenza metacognitiva e riflessiva, a pensare su di sé e sulla propria storia anziché a lasciarsene sopraffare, a elaborare emozioni e pensieri per raggiungere un maggiore stato di comprensione di sé e pervenire a una diagnosi condivisa con il clinico che sarà il punto di partenza per l'eventuale trattamento successivo che si popolerà di riparare o ridefinire nuovi schemi e sistemi di funzionamento. I costituenti di questo contenitore che permettono di pervenire alla regolazione delle emozioni e alla loro elaborazione sono dunque i costrutti di alleanza emotiva o sintonizzazione affettiva che sono la risultante del dialogo tra processi emotivi intrapsichici, consci e inconsci, sintonizzati di clinico e paziente e la dimensione interpersonale del rapporto che nel circolo a *feedback* retroattivo descritto sopra determina l'andamento della conversazione in termini di comunicazione del paziente/comunicazione del clinico/risposta del paziente/risposta del clinico e inizio di un nuovo ciclo retroattivo di influenzamento e costruzione di significati e significanti.

Si potrebbe quindi dire che una unità comunicativa efficace (in grado di permettere una prima integrazione e sviluppo delle tematiche affettive) in cui clinico e paziente esplorano e indagano un vissuto emotivo in maniera bidirezionale e regolata è caratterizzata da un andamento ricorsivo scomponibile in sei passaggi sequenziali – simili nei primi colloqui e nei colloqui di restituzione:

- il clinico comprende lo stato emotivo del paziente attraverso l'attivazione dei propri stati interni subsimbolici (Riformulazione e Sostegno)
- emergono gli schemi emotivi conflittuali e disadattivi del paziente attraverso narrative del sé in relazione ad altre persone caratterizzate da linguaggio vivido e immediato, mancato utilizzo del pensiero astratto, molta disfluenza, eloquio lento e assenza di stati riflessivi (Elaborazione di Fatti e di Emozioni)
- il clinico tende ad ascoltare e a intervenire con tecniche finalizzate a mantenere l'attenzione sull'affetto (Chiarificazione e Riconoscimento)
- il paziente risponde con periodi di narrazione pregnanti dal punto di vista emotivo: eloquio fluente, linguaggio più concreto, più chiaro e più specifico, ma manca ancora uno stato riflessivo vero e proprio (Elaborazione di Emozioni)
- per verificare le sue intuizioni e ipotesi, il clinico usa tecniche volte a favorire la differenziazione e comprensione di stati emotivi diversi con l'obiettivo di attivare la connessione dell'emozione in immagini e parole nel paziente e permettere la riconnessione dei significati degli schemi emotivi disfunzionali (Chiarificazione e Interpretazione)
- il paziente risponde con un picco di parole riflessive che indicano la nascita di un primo stato riflessivo (Elaborazione di Significati).

Una particolare implicazione clinica della formulazione di questo ciclo referenziale è che le differenti fasi del ciclo richiedono, intrinsecamente, diversi tipi di risposta tecnica clinica. Ciò, fatte salve le premesse che nella clinica niente può essere rigidamente predefinito ma deve essere co-costruito con il particolare paziente nel particolare momento qui e ora, fornisce, comunque, un quadro generale per il *timing* dell'intervento che dovrebbe adattarsi caso per caso e momento per momento.

Se, infatti, identifichiamo e scomponiamo le fasi narrative e i periodi immediatamente seguenti a un tempo  $t_5$  come tipologia di periodo critico nel processo di simbolizzazione e nella relazione, la lettura congiunta dei picchi di RA segnano dei punti nelle associazioni del paziente in cui gli schemi dell'emozione sottostanti, attivati nel qui e ora della relazione, vengono 'detti' in forma di derivati narrativi. Cambiamenti in queste narrazioni e nella consapevolezza (livello di particolari) segnano un cambiamento strutturale sottostante e sottolineano una fase di avvenuta comprensione. Il picco indica che sono state attivate connessioni referenziali tra sistemi di elaborazione. L'accesso agli schemi dell'emozione dissociati, con le loro componenti subsimboliche, è stato attivato e viene espresso; la ferita emotiva è stata sufficientemente aperta da rendere efficace la comunicazione diagnostica. La direzione del comportamento del clinico è, a questo punto, determinata significativamente dal modo in cui questi negozia insieme al paziente questa fase critica. Il processo di 'traduzione all'indietro' (Bucci, 2004), nel quale il *priming* e la preparazione del sistema verbale simbolico innescano i processi subsimbolici, avrà più probabilmente – come dimostrato – successo dopo i picchi di RA, o meglio dopo i pattern RA\_Aff e RA\_Ref alte e positive con Aff\_Ref alte e negative. Questa traduzione all'indietro può verificarsi nella forma della riflessione del paziente sul significato di ciò che ha detto e può anche giungere nella comunicazione verbale del clinico e nella riflessione condivisa. Interventi concreti, tra cui le interpretazioni, avranno un maggiore impatto in quei momenti, laddove il paziente si muove dall'esplorazione interna verso una modalità riflessiva e comunicativa, avendo accesso a entrambe insieme. A parità di condizioni, gli interventi saranno meno efficaci, non verranno compresi o potranno persino impedire i flussi di associazioni e riflessioni del paziente in altri punti del ciclo laddove prima non saranno associati a una sintonizzazione empatica con il clinico, sia anche a livello subsimbolico. Il paziente, dopo un picco di RA, può infatti muoversi in diverse direzioni. Un racconto può condurre a un altro racconto e così un ricordo; in altri casi, può riuscire a seguire il percorso delle proprie connessioni emotive fino a livelli più profondi di elaborazione e a nuove illuminazioni; altre volte il paziente abbandona un iniziale picco di RA e ne realizza un altro; o altrimenti ancora può uscire dalla fase narrativa e tornare indietro per riflettere sulle descrizioni e sulle immagini che sono state dette o richiamate con buoni risultati. Del resto, se il paziente scorse significato emotivo che non è disposto a vedere, probabilmente mobilerà difese di vario tipo, precludendo la possibilità di ulteriori esplorazioni. Abbiamo visto come questo succeda ogni volta che manca un primo tassello di sintonizzazione empatica.

Comunque sia la risposta del paziente, dopo un picco di narrazione con alta RA ci si attende un intervento; è il clinico che deve decidere – all'interno dei suoi sistemi subsimbolici e simbolici – la direzione, il momento e la qualità di questo intervento: se il paziente ha bisogno di sostegno per la ricerca ulteriore di quello che sta cercando di non trovare o se è già pronto per un'interpretazione associativa che permetta l'elaborazione di significato condiviso. Nel nostro lavoro empirico abbiamo dimostrato che il clinico mostra una tendenza maggiore a intervenire con tecniche empatiche di riconoscimento quando la RA del paziente diminuisce dopo tali picchi e, viceversa, con tecniche emotive/cognitive quando la RA è alta. Si tratta in entrambi i casi di azioni cliniche guidate dalla tecnica. La *ratio* sottesa sembra essere che nel primo caso, il clinico giudica che il paziente ha bisogno di tempo per l'esplorazione autonoma e che non è ancora pronto per comprendere un'associazione di significati che fatta nel momento sbagliato, in assenza di sintonizzazione, sarebbe disfunzionale e bloccherebbe il flusso di connessioni: quello che serve al paziente è sentirsi supportato, accolto, sentire la responsività e la condivisione dell'altro; nel secondo caso, invece, quando la RA è alta, la connessione emotiva è stata raggiunta, le due menti possono lavorare insieme ed elaborare, il paziente è disponibile a integrare il materiale dissociato e la qualità associata di Ref non ha le caratteristiche né dell'intellettualizzazione né della compiacenza: si tratta di un momento riflessivo *fresh* e non allarmato. Qualsiasi decisione il clinico prenda, verrà sperimentata dal paziente come significativa ed entrerà nella sua computazione di ciò che verrà detto in seguito. Da qui si deduce che le interpretazioni hanno un potere di connessione maggiore in certi momenti e che effettivamente il fenomeno della sintonizzazione affettiva è bi-direzionale – definito cioè dall'influenzamento reciproco clinico/paziente –



e ricorsivo, oltre che giocato su un doppio livello di interazione: uno conscio che ha a che fare con la 'tecnica' clinica, e uno inconscio per cui il clinico comprende la mente del paziente usando la risonanza dei propri stati affettivi. A dare senso e a rendere efficace quest'alternanza di ruoli e di parti la scatola contenitiva, il *setting*: la relazione tra due soggettività che cooperano e che parlano la stessa 'lingua dell'affettività' volta a smettere di 'evitare le emozioni' e orientata piuttosto a 'vivere le emozioni' (Ferro, 2007) all'interno di un laboratorio capace di fornire l'integrità di quegli apparati che il paziente di suo non ha funzionanti e che le rendono comprensibili, assimilabili, gestibili e contenibili. Questo laboratorio può essere inteso come il campo in cui è possibile l'apertura di quel canale comunicativo che consente la condivisione e la comprensione degli schemi emotivi che organizzano il funzionamento di personalità del soggetto attraverso un contatto tra due menti dove può avvenire il processo di 'alfabetizzazione', *labelling*, comprensione ed esplorazione contenuta. Clinico e paziente sono due luoghi del campo (spazio/tempo) che vivono nel campo stesso tra momenti di emergenza della soggettività e momenti di scioglimenti e mescolamento di queste soggettività. Tale movimento è perpetuo e in continua oscillazione bi-direzionale in un *loop* circolare di causazione retroagente e simultanea: l'incontro clinico è codeterminato dall'interagire di clinico e paziente. Il campo, allora, è la via della relazione con tutti i suoi elementi: orizzontali o spaziali nella misura in cui permette agli elementi dissociati di diventare verbalizzabili, e verticali o temporali nella misura in cui include tutta la storia di vita del paziente, il suo passato, il presente e il futuro. È il luogo dove il clinico sostiene il paziente nel percorso di scoperta dell'emozione primaria e organizzatrice: insieme la fanno emergere nelle sue caratteristiche indifferenziate e incomprensibili, le danno un nome con precisi connotati, la metabolizzano fino a renderla abitante stabile del mondo interno del paziente e infine la rendono soggetto dell'eventuale trattamento che avrà finalità trasformative. Cosa è necessario perché questo lavoro entro il campo sia possibile? L'abbiamo già detto: (A) in primo luogo un paziente alleato abbastanza da essere disposto a partecipare all'interazione con tutti gli aspetti intrapsichici di sé e contattabile emotivamente. Questo è punto di partenza per alcuni, punto di arrivo per altri pazienti, punto di rottura e fine per altri ancora (B) il polo riguardante la mente soggettiva del clinico, o polo ricettivo, empatico, responsivo in grado di mettere il paziente in una condizione di riconoscimento e che permetta il passaggio del suo materiale potenzialmente disgregante dentro di sé senza che avvenga la distruzione (C) il funzionamento del clinico che ascolta, condivide e partecipa al contenuto manifesto e latente del paziente; che assume di sé la funzione di geografo attivandosi periodicamente per comprendere le informazioni e i messaggi e i loro livelli di comunicazione profondi; che formula ipotesi diagnostiche di comprensione e le testa con il paziente; che si preoccupa delle risposte e dell'aderenza del paziente a quello che accade nel campo (D) le risposte del paziente, cioè quanto è in grado di attivarsi a livello emotivo e riflessivo, e (E) la loro relazione diadica e reciprocamente attiva in un lavoro comune all'interno di una relazione capace di assorbire, compensare, ammortizzare l'attivazione degli stati interni attraverso la loro narrazione. La relazione diventa strumento di comprensione perché fornisce il *framework* entro cui simbolizzare, alfabetizzare e semantizzare il funzionamento del paziente scomponendolo nelle sue sottounità narrative, trasformando ciò che è inesprimibile in una narrazione tollerabile e ricostruendolo/narrandolo per renderlo comprensibile al paziente a livello consapevole (Schachter, 2002; Fonagy, 2003; Green, 2005). Le storie, le narrazioni cliniche, i ricordi sono infatti le reti che contengono le emozioni e il primario, le trame che consentono a queste di trovare una modalità espressiva, di essere costruite, decostruite, ricostruite attraverso un nuovo apparato per pensarle che all'inizio è eteroregolato dalla relazione clinico/paziente (gli eventi del passato e il proprio funzionamento è messo in luce e pensato grazie a esperienze relazionali nuove che risignificano il passato, De Simone, 1994) e dal loro lavoro di co-costruzione di significati condivisi (che portano a un accrescimento di significato, significa che il linguaggio del paziente viene tradotto in un dialetto più consono nella misura in cui è condivisibile e un'approssimazione della realtà relazionale: questa è la riuscita del processo di simbolizzazione). Posta la narrazione del paziente – sia essa assurda, neutra, relazionale, comunicativa, informativa, emotiva – fa seguito la risposta o comunicazione del clinico, che quando funzionale si assesta su un doppio livello, prima il riconoscimento poi l'interpretazione; quante asole avranno trovato i bottoni del paziente sarà possibile saperlo



solo attraverso l'analisi della successiva risposta del paziente entro un tempo lag5. Ogni interpretazione è come un punto di *stop* e al tempo stesso una via nuova per diverse storie: la sincronia dei semafori sarà corretta e non provocherà incidenti e la comunicazione continuerà a svilupparsi con possibilità comunicative (A) se sufficienti asole sono state trovate, (B) se l'attivazione emotiva del paziente era pronta a comprendere ed elaborare il materiale masticato dal pensiero del clinico (C) se l'ipotesi del clinico era corretta e il paziente si è sentito identificato e riconosciuto in essa; se questo avviene il paziente impara una funzione riflessiva e ridefinisce la sua storia semplicemente comprendendola in una luce funzionale al suo stare al mondo. Un testo linguistico-emotivo viene creato e condiviso nel campo relazionale, una nuova lingua è stata creata e condivisa e gli è stato attribuito un senso esistenziale. La comprensione diagnostica ha raggiunto l'obiettivo. Se così non è, il lavoro del clinico deve ricominciare: deve rileggere i dati grezzi, l'esperienza emotiva simbolizzata e non dal paziente, sincronizzare diversamente i semafori interpretati e iniziare un nuovo ciclo di simbolizzazione da testare. Nell'assunzione di questo modello bi-personale, *l'insight*, allora, si verifica quando clinico e paziente acquisiscono una comprensione comune degli schemi dell'emozione attivi in quel momento nel campo relazionale. In questo modo, emergono nel paziente nuove teorie rispetto allo stato della mente proprio e altrui (Fonagy, Moran, 1991), si va verso una maturazione dello stato mentale in cui il paziente non solo sente ma impara a riconoscere il suo dolore e il suo modo di funzionare. Ciò coincide con una ristrutturazione del campo stesso poiché la possibilità di pensiero e di comunicazione – insieme affettiva e cognitiva – si estende ad aree in precedenza dissociate e non riconoscibili a livello simbolico.

L'organizzatore di base è il contenitore, il *setting*, che può essere operazionalizzato come il campo della condivisione emotiva che dapprima avviene attraverso il contatto e l'incontro tra emozioni subsimboliche e successivamente come l'incontro tra emozioni verbalizzate e semantizzate in una lingua condivisa e disambiguata. Questo *setting* emotivo definisce le regole del gioco che devono essere rispettate perché sia possibile giocare la relazione emotiva e creare un dialetto reciproco e idiosincratico. Questo *setting* emotivo (Fiorentini, 1995; Giuffrida, 1995; Quinodoz, 1992; Robutti, 1993; Bonasia, 1994), per funzionare, deve essere un contenitore capace di elasticità e assorbenza, le cui regole formali e invarianti di base sono il suo essere il precipitato di quattro quadranti:

Fig. 47 – Un modello a quadranti per descrivere il setting entro cui si parla la lingua dell'affettività



(A) la dimensione intrapsichica e soggettiva di clinico e paziente, le loro menti e i loro stati interni. Il concetto di campo intersoggettivo è quello fondante: il *setting* è dato dal sistema formato da mondi soggettivi differentemente organizzati che interagiscono reciprocamente in una dimensione contestuale dell'essere con (Stolorow, Brandchaft, Atwood, 1992), è la risultante dell'intersezione di due soggettività che si riconoscono. Il clinico entra nel *setting* con il

suo bagaglio soggettivo: il mondo soggettivo del clinico, i suoi stati interni, la sua mente influenza la relazione e l'andamento del processo diagnostico perché facilita, influenza, limita o altera il processo secondo le sue coordinate. Punto centrale è il 'mondo soggettivo' che evolve dagli 'incontri di una persona con le esperienze formative più importanti che costituiscono l'unicità della sua storia personale' (Schafer, Gill, Klein, 1993, pag. 244). In quest'ottica il concetto di neutralità, anonimato e astensione diventano impossibili: il campo è determinato dall'incontro di due mondi soggettivi che si autorivelano e continuamente cercano di nascondersi: la differenza è che il clinico lo fa coscientemente e deliberatamente secondo i principi pratici di *timing* e appropriatezza che guidano la psicologia. Abbiamo, infatti, visto come appropriati interventi di *selfdisclosure* da parte del clinico contribuiscano enormemente e significativamente ad accrescere il senso di sicurezza del paziente e a favorire, quindi di conseguenza, l'esplorazione, la ricerca e la verbalizzazione dei significati. Il mondo soggettivo del paziente si manifesta attraverso le differenti capacità di avere accesso ai suoi stati interni e di autoregolare il suo senso di sé come reale e agente. I mondi soggettivi si incontrano e si organizzano in base al tempo, allo spazio, agli affetti e al livello di attivazione: avviene il passaggio dalle scarse capacità autoregolarie del paziente verso quelle condivise ed eteroregolarie coordinate dal clinico. Nella regolazione interattiva si viene a creare la dimensione comunicativa (Tronick, 1989) in cui attraverso i momenti emotivi intensi e le interpretazioni diventa possibile accedere agli stati interni e agli schemi emotivi inconsci e dissociati del paziente per comprenderli e portarli alla luce. Il 'modello di equilibrio intermedio' (Beebe, Lachmann, 2002) ci permette di trovare il senso psicologico e teorico alla nostra descrizione dell'influenza reciproca tra autoregolazione e regolazione interattiva differenziata a un tempo lag5. Questo modello, infatti, stabilisce un livello medio ottimale di autoregolazione e di regolazione interattiva in cui la coordinazione o sintonizzazione può essere presente ma non diventa obbligatoria e l'autoregolazione è mantenuta ma non è eccessiva. Lo sviluppo comunicativo ottimale dipende dalla flessibilità con cui si passa dall'autoregolazione alla regolazione interattiva che favorisce livelli ottimali di attenzione, affetto, attivazione. Quando uno dei *partner* agisce al di fuori della zona intermedia, ciò può indicare una forma di coping nei confronti di un disturbo dell'interazione. Uno dei poli dello squilibrio, la vigilanza interattiva, consiste in un eccessivo monitoraggio del partner a spese dell'autoregolazione – il paziente non ha il tempo per metabolizzare, comprendere e riconoscersi nella comunicazione del clinico. L'altro polo dello squilibrio, il ritiro o l'inibizione, consiste in un'autoregolazione ansiosa che si compie a spese della sensibilità interattiva – il paziente esercita un rigido controllo sui contenuti e blocca qualsiasi passaggio di comunicazioni cosce e inconse

(B) la dimensione relazionale, interpersonale specificamente cocostruita. In quest'ottica, la comunicazione è definita come un processo interattivo continuo organizzato dalla 'coordinazione o influenza bi-direzionale' (Beebe, Lachmann, 2002): secondo i nostri dati empirici di ricerca, questo concetto non implica né causalità né reciprocità, ma si riferisce alla probabilità che il comportamento di ciascuno dei *partner* sia prevedibile in base a quello dell'altro. Le interazioni, siano positive o negative, vengono coordinate in modo bi-direzionale. Il concetto statistico di probabilità è interessante perché implica che ogni membro della diade sia in grado di percepire se il comportamento altrui sia correlato nel tempo o coordinato rispetto al proprio. Il relazionarsi implicito si basa proprio sulla percezione che il comportamento dell'altro sia coordinato al proprio: quest'accezione rimanda al concetto di una sintonizzazione, sincronizzazione (differita) che non può che essere cocostruita nella misura in cui il paziente influenza il clinico e ne è influenzato a sua volta e il clinico influenza il paziente e ne è a sua volta influenzato, in un loop retroattivo di quattro vettori di influenza reciproca. Non è più possibile pensare il clinico come qualcuno che decodifica il testo del paziente, fornendo a latere un conto parallelo sui significati, ma come un coautore del tessuto narrativo che viene costruito nell'incontro con l'apporto creativo di entrambi. L'immagine, le metafore, il linguaggio, l'attività referenziale diventano il fatto prescelto, gli organizzatori che consentono il definirsi di una nuova *gestalt*, il delinearsi di una nuova comprensione e di una nuova configurazione del campo verso una sua estensione, con una continua possibilità di comprensione e risignificazione. Il clinico è un osservatore partecipe nel senso di essere coinvolto nella situazione con il paziente e

ponendosi come elemento costitutivo, facilitatore di significati e organizzatore di esperienza. L'incontro diagnostico diventa allora il tentativo dialogico di due persone che insieme cercano di comprendere l'organizzazione dell'esperienza emotiva di una persona costruendo insieme il senso della loro esperienza configurata in modo intersoggettivo

(C) la dimensione emotiva. La chiave del lavoro diagnostico è la 'comprensione emotiva' (Orange, 1995) che si stabilisce tra clinico e paziente nel momento in cui cercano di dare senso insieme alla sofferenza del paziente. Introspezione ed empatia sono gli strumenti che permettono il primo *step* per comprendere i principi organizzatori, gli organizzatori primari, gli schemi emotivi primitivi. Questi principi sono le conclusioni emotive che una persona ha tratto dall'esperienza di tutta la sua vita e che riguardano il suo ambiente emotivo: in particolare le complesse connessioni reciproche con i primi agenti delle cure e successivamente che vanno ad allargare tutti gli schemi relazionali con il mondo. Fino al momento in cui questi schemi/principi/organizzatori non diventano disponibili per la riflessione conscia (verbalizzazione, simbolizzazione, semantizzazione), e fino a quando nuove esperienze emotive non conducono la persona a poter concepire e aspettarsi nuove forme di connessione emotiva (sarà questo il compito del trattamento), queste vecchie inferenze tematizzeranno il senso del sé in direzione disfunzionale e patologica. Il primo campo che il clinico fornisce al paziente, il primo livello di sintonizzazione che può cercare con lui è allora la creazione di un ambiente emotivo nel quale si possano esplorare insieme con sicurezza le regioni degli stati interni e soggettivi che costituiscono gli aspetti problematici del sé. La prima opportunità per avviare il paziente a lavorare con alleanza all'interno del *setting* è la disponibilità emotiva del clinico, la sua sensibilità, la sua compartecipazione al campo intersoggettivo che si crea laddove per partecipante si intende un clinico che aiuta, comprende, ricerca, verbalizza, guida e riorganizza l'esperienza in modo meno doloroso (Aron, 1996)

(D) la dimensione cognitiva. La dimensione emotiva è necessaria, ma non sufficiente: occorre che la comprensione inconscia diventi conscia, che il clinico fornisca al paziente delle 'lenti' interpretative direttamente accessibili anche in uno stato di elevata consapevolezza riflessiva. La tecnica viene in aiuto e diventa nevralgica nel momento in cui permette l'emergere della comprensione particolare e individuale di un'esperienza di sé stabile e suscettibile di essere riletta in un'accezione più positiva. La distinzione tra dimensione emotiva e dimensione cognitiva ricalca quella che avevamo ipotizzato all'inizio tra sistemi di elaborazione impliciti ed espliciti (Lyons-Ruth, 1998; Pally, 2001; Stern, 1998; Tronick, 1978) e quello che nella ricerca abbiamo definito come livello percezione-azione e livello rappresentazione simbolico. Secondo quest'ipotesi operativa esplicita, il comportamento relazionale intersoggettivo è guidato dalle rappresentazioni simboliche esplicite del sé e degli altri (conscie e inconscie); la prospettiva dell'elaborazione implicita sostiene che il comportamento sociale viene coordinato a livello di frazioni di secondo, in modo inconsapevole, con tale rapidità e densità informativa da non consentire il controllo cognitivo centrale e le rappresentazioni (Newtson, 1990). A livello implicito percezione-azione, la relazione diadica trasmette una quantità di informazioni sufficiente a strutturare l'azione (Fofel, 1993). In questo senso le azioni contengono le informazioni come proprietà oggettive, a differenza della prospettiva esplicita, secondo cui le informazioni non possiedono una realtà psicologica finché non sono rappresentate simbolicamente. Nella nostra discussione, entrambi i livelli hanno uguale importanza con funzioni diverse (condivisione degli stati affettivi *versus* comprensione e riorganizzazione in forma verbale delle mappe mentali) e sequenze d'azione implicite e narrazione esplicita devono essere integrati per comprendere davvero il processo. Un'ultima considerazione e specifica, le tecniche cognitive/riflessive funzionano nella misura in cui non implicano dei dogmi di conoscenza per cui il clinico sa in anticipo cosa aspettarsi e cosa cercare, ma nella misura in cui mantengono un atteggiamento di ricerca per cui ogni interpretazione e azione del clinico è solo un'ipotesi da falsificare con il paziente – che rimane ed è il miglior conoscitore di sé stesso che, per comprendere, deve prima riconoscersi. I fondamenti sono l'indagine, la riflessione condivisa, il lavorare insieme.

Con questa ricerca abbiamo cercato di far luce sui principi che organizzano inconsciamente l'esperienza dialogica clinico/paziente all'interno del percorso diagnostico (empatia), sui principi che organizzano l'esperienza del clinico a

livello conscio e inconscio (introspezione e capacità riflessiva) e sul campo psicologico in oscillazione e continua trasformazione creato dalla reciprocità dell'interazione (intersoggettività).

Se valgono questi organizzatori, se esistono questi quadranti, tuttavia, ogni decisione specifica deve essere presa valutando se i suoi significati in interazione, per il paziente e per il clinico, per quel paziente e per clinico, abbiano o no una buona probabilità di facilitare gli obiettivi della comprensione. Queste generalizzazioni non ci devono comunque far dimenticare che ogni coppia clinico/paziente, ogni campo intersoggettivo, ha bisogno e deve trovare sempre in modo originale e personale il suo proprio processo e il la sua propria cornice in linea con la distinzione che Winnicott (1971) faceva tra il gioco – che può essere studiato nella struttura e nelle regole – e il giocare – inteso come processo relazionale aperto e continuamente in fieri trasformativo. La psicologia, sia essa clinica diagnostica psicoanalitica psicoterapeutica di qualsiasi orientamento, non apparterrà forse al secondo gruppo di possibilità, cioè all'ambito del giocare (Lindon, 1994)?

## QUARTA SEZIONE: LE DOMANDE E LE RISPOSTE

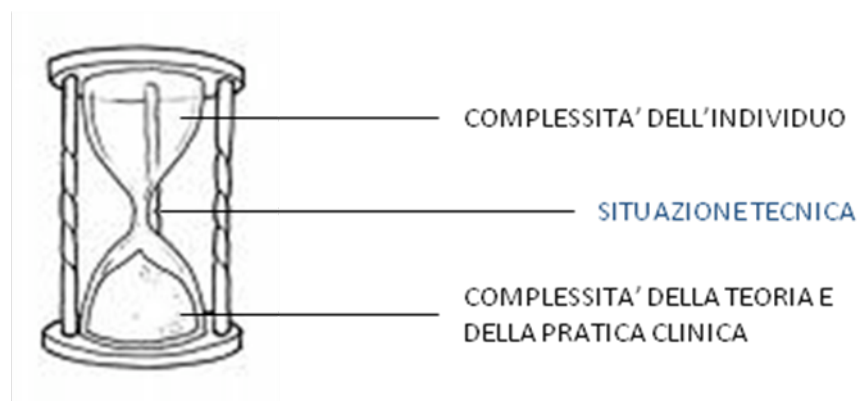
Barde que tu me plais toujours tu soliloques  
tu me stupéfies plus que tous les ventriloques  
toute chose pourtant doit avoir une fin

## CONCLUSIONI

Questa tesi di dottorato è nata dalla pratica diagnostica, coniugata a un ripensamento sui concetti, sul loro uso pratico e sui modelli teorici di cui si serviamo quotidianamente e che ci sembrano più utili nella clinica. Il tema delle emozioni autoregolate ed eteroregolate nel rapporto di sintonizzazione clinico/paziente viene affrontato in relazione alla necessità di concettualizzare l'esperienza che costituisce i colloqui del processo diagnostico, studiati attraverso una situazione il più osservativo-naturalistica possibile (che si serve dei trascritti) e una situazione sperimentale (che si serve di strumenti di lavoro non autosomministrati o autovalutati ma siglati dall'esterno). Il fine è quello di consentire il raffigurarsi immaginativamente (con un alto livello di RA) la situazione del colloquio diagnostico come una clessidra. La clessidra è un oggetto costituito da due metà simmetriche e uguali che può essere rovesciato periodicamente: man mano che si svuota di sopra, si riempie di sotto e poi si gira. Il colloquio diagnostico possiamo pensare sia assimilabile o metaforizzabile con una clessidra. Questa clessidra costituisce un apparato estremamente semplice: un foro attraverso il quale deve passare della sabbia, da una parte e dall'altra di due ampole che si allargano.

La materialità del colloquio si situa al punto di passaggio tra le due ampole, ma non c'è clessidra vera e propria se non c'è da un lato lo spessore (la soggettività, l'intrapsichico) della persona del paziente e dall'altro lato la ricchezza e la stratificazione dei diversi livelli di astrazione che derivano dal lavoro razionale ed emotivo del ragionamento clinico. Questo è un elemento fondamentale che oscilla e si situa in un'area ideale tra la pratica materiale del colloquio e della diagnostica e la costruzione di teorie.

Fig. 1 – Una raffigurazione della situazione diagnostica



I colloqui diagnostici costituiscono l'*iter* della sabbia attraverso questo percorso che appare estremamente semplice a prima vista, con le sue regole e le sue ricorsività: sono l'esame di una domanda, quella del paziente, a cui bisogna trovare una risposta, l'alleanza diagnostica, l'accordo e la comprensione di un funzionamento che verbalizzi e traduca in una forma verbale e simbolica la complessità di una persona. Il ponte di collegamento tra domanda e risposta si situa proprio nel punto di congiunzione delle due ampole: compito del processo diagnostico, compito del clinico e del suo apparato tecnico ed emotivo, è trovare il legame o *bindung* tra i sistemi di elaborazione complessi del paziente e le sue rappresentazioni e, di conseguenza, tra i suoi livelli di funzionamento primario e secondario, tra diversi livelli e gradi di coscienza e tra i molteplici sé che compongono la personalità di ciascuno, integrandola secondo il principio di continuità. Compito del clinico nel processo diagnostico è proprio trasformare delle coppie di 'opposti verticali' (con un termine sopra e uno sotto, uno manifesto e uno latente) in coppie di 'opposti orizzontali' i due poli configurando l'integrazione tra cognizione e affetti. Abbiamo visto come lo strumento che principalmente ha questa funzione integrativa di far acquisire qualcosa di nuovo alla coscienza e di contrastare la disassociazione tra stati del sé è proprio il linguaggio e nella fattispecie gli interventi verbali del clinico che permettono l'eteroregolazione delle emozioni, la

sintonizzazione affettiva interpersonale e da ultimo l'acquisizione alla coscienza e alla consapevolezza di nuovo materiale cognitivo sotto forma di *insight* riflessivi. Nel percorrere l'itinerario diagnostico, infatti, clinico e paziente lavorano insieme non solo per analizzare una domanda, ma per analizzare pezzi di discorso – i discorsi emotivi e le storie di vita del paziente stesso. Quest'analisi avviene attraverso l'esplorazione del significato idiosincratico e dello spessore delle parole e attraverso la comprensione del senso della domanda del paziente analizzata nel suo insieme come risultante del suo lavoro concettuale su di sé, lavoro concettuale in parte esplicito e in parte implicito. Nella comprensione della comunicazione del paziente, il clinico scompone l'insieme della comunicazione in tanti elementi per ognuno dei quali cerca di comprendere lo spessore, la completezza, la complessità, l'interiorità che sono l'espressione del lavoro effettuato dall'apparato psichico del paziente. Le regole del gioco, abbiamo visto, si giocano su un doppio livello: intrapsichico e interpersonale o potremmo dire emotivo e relazionale, o ancora affettivo e tecnico.

Quello che abbiamo cercato di fare con questa ricerca, per strade diverse ma complementari, è stato studiare gli schemi emotivi di funzionamento primario e la lingua dell'affettività inventata e co-costruita da clinico e paziente che rappresenta la base del colloquio clinico, rispetto a una modalità narrativa ricostruttiva (studio dei colloqui) e una modalità relazionale particolare, quella tra clinico e paziente, considerata come il riflesso degli schemi relazionali passati e generalizzabile a tutti i contesti. L'obiettivo di base è cercare di individuare l'emozione di base, primaria e costituente la patologia del paziente; la ricaduta clinica di questo tipo di comprensione dovrebbe consentire di dimostrare empiricamente l'esistenza di diverse modalità di funzionamento primario a cui dovrebbero corrispondere diverse e specifiche modalità di intervento/trattamento.

La presente ricerca si configura come uno studio esplorativo della relazioni esistenti tra l'attenzione posta dal clinico alla creazione e al mantenimento di un clima emotivo-relazionale e gli effetti che questo può avere sulla riattivazione e rielaborazione di schemi emotivi disfunzionali nel paziente. Se questi risultati preliminari venissero confermati – attraverso studi metodologicamente più raffinati – potrebbero suffragare empiricamente la grande attenzione che gli studi collaborativi tra psicologia cognitiva e psicoanalitica, psicolinguistica e neuroscienze volgono all'importanza dell'esperienza emotiva, della comunicazione e spiegazione delle diverse narrative. Particolari climi emotivi-relazionali facilitano certi pazienti nell'esplorazione delle loro emozioni primarie organizzatrici della patologia e particolarmente efficaci in questo senso sono alcuni *pattern* e associazioni specifiche tra emozioni, categorie di risposta del paziente (misurate in termini di livello di specificità contenutistica ed elaborazione dei racconti) e interventi tecnici del clinico. Imprescindibili a questo proposito le due componenti che caratterizzano la relazione clinico/paziente: quella emotiva, che tuttavia non può prescindere da una componente squisitamente tecnica (comprensione profonda della personalità secondo teorie psicologiche orientate). Se ci rendiamo conto che l'approccio tradizionale a questo tipo di indagine deve essere prevalentemente idografico – dalla clinica ben sappiamo che climi relazionali uguali possono favorire diversi accessi alla regolazione delle emozioni – tuttavia, a livello nomotetico, ci sembra importante provare a individuare quali sono quelle caratteristiche e i fattori comuni e costanti che portano a modificare gli schemi emotivi disadattivi (cambiamento strutturale). La sistematizzazione di questo *corpus* di informazioni potrebbe poi essere utilizzata per valutare e supportare il continuo rinnovamento in atto nella diagnostica clinica (integrazione teoria-ricerca per definire come emergono, come acquisiscono senso e come possono essere usati in senso diagnostico i dati dei test e della valutazione del funzionamento di personalità dei pazienti) e per sviluppare le tecniche più efficaci per pazienti diversi dopo la scelta del trattamento più efficace.

Grazie a una teoria psicologica, o più esattamente a un modello esplicativo non chimico e neppure neurofisiologico – in grado però di racchiudere e conciliare evidenze cliniche, psicoanalitiche, cognitive e neurofisiologiche – dell'organizzazione psicologica è stato possibile arrivare a una spiegazione – teorica, clinica ed empirica – di come siano integrati gli aspetti emotivi con quelli intellettivi e dimostrare la veridicità sperimentale degli schemi dell'emozione e della lingua dell'affettività clinico/paziente per come emerge nelle sue due dimensioni implicita e non

implicita ma veicolata dalla tecnica, dallo studio e dalle teorie della mente del clinico. Il modello di studio implicito si è rivelato utile per operazionalizzare i momenti chiave dei colloqui diagnostici, quelli cioè in cui il paziente comunica il contenuto di uno schema emotivo e il clinico comprende la comunicazione e genera un intervento che a sua volta favorisce la connessione dei significati all'emozione. Attraverso la relazione\intonizzazione emotiva è quindi possibile studiare la qualità degli schemi emotivi attuali del paziente – intesi come la capacità o meno di stare in un'interazione – e ipotizzare\inferire il loro legame con gli schemi disadattivi primari (disturbi della fiducia). Il modello esplicito ci ha invece permesso di implementare la tecnica diagnostica clinica e pensare a quelli sono effettivamente gli interventi tecnici maggiormente utili al clinico per entrare in contatto con il suo paziente e favorire una riparazione degli schemi emotivi dissociati o disfunzionali. A partire da questi risultati parziali è stato poi possibile costruire un modellino psicologico ipotetico in grado di spiegare e rendere ragione delle variabili intervenienti di funzionamento nel processo diagnostico.

#### AGENDA PER IL FUTURO

Se quelle esposte nelle Conclusioni sono le minime risposte che abbiamo trovato e un tentativo di sovragegeneralizzarle, non ci sfugge che i limiti in cui è incorsa la nostra ricerca sono molteplici sia per quanto concerne gli aspetti metodologici sia per quanto riguarda la ristrettezza della visione teorica di cui si siamo serviti sia infine rispetto alle domande che solleva e alle potenziali linee di ricerca che apre e che sceglie di ignorare.

Solo perché ne siamo testimoni consapevoli, potremmo sottolineare una serie di problemi:

- la ristrettezza del nostro campione e il fatto che per usufruire di quanti più colloqui possibile i criteri di inclusione ed esclusione sono stati davvero ampi e poco discriminanti rispetto alle caratteristiche di complessità e specificità che ugualmente non volevamo perdere. Questo si traduce nell'assenza di una diagnosi univoca rispetto ai sintomi del DSM ma anche in una grossa eterogeneità di caratteristiche intrapsichiche dei nostri pazienti che differiscono rispetto al tema emotivo disfunzionale di base, al funzionamento di personalità, alle capacità cognitive e riflessive e a tutte quelle specifiche caratteristiche che la diagnosi puntuale del PDM sull'Asse M ci permetterebbe di rilevare facilmente
- la limitatezza degli strumenti applicati ai casi che solo in parte rispondono all'appello dei disegni multitratto-multimetodo e non sempre si rivelano sensibili tanto da cogliere singole componenti del risultato
- il *gap* solo parzialmente sanato tra significatività statistica (le procedure metodologiche potrebbero essere ulteriormente affinate anche se abbiamo cercato di superare i limiti degli studi correlazionali) e significatività clinica, tra *efficacy* ed *effectiveness*
- l'uso di audio registrazioni anziché di videoregistrazioni che avrebbe permesso un'analisi puntuale anche degli aspetti paralinguistici dell'interazione
- il difficile passaggio da concetto a costruito e la riduzione della complessità e la perdita delle specificità cui siamo incorsi più di una volta per rendere misurabile i fenomeni che ci interessavano. Questo va di pari passo con la scelta di selezionare solo quelle che a nostro avviso – secondo la nostra visione clinica – erano le variabili rilevanti e determinanti e che a volte ci avrà fatto sicuramente cadere nel 'mito dell'uniformità' (Kiesler, 1966) per cui, per esempio, applicato alla qualità delle interpretazioni in una lettura globale dei dati significa avere una visione di clinici tecnici capaci di produrre i medesimi 'buoni' interventi indipendentemente dalle loro caratteristiche soggettive e dalle caratteristiche uniche dei pazienti, tralasciando che la quantità di un intervento non è un indice attendibile della sua qualità e quindi non è correlabile in modo attendibile con l'*outcome*.

Potremmo continuare ancora a lungo l'elenco delle mancanze e tralascieremo comunque sicuramente della falde enormi. Quello che è certo è la complessità e la stratificazione delle componenti implicate nella comprensione di questi



concetti psicologici, come di altri e forse di tutti. Le strade che si possono imboccare per superare questi limiti sono tante; tanti i punti di snodo concettuali su cui si potrebbe focalizzare l'attenzione. Solo per citarne alcuni, si potrebbe partire da una riconcettualizzazione di alcuni costrutti basilari o ancora da un'implementazione della tecnica attraverso lo studio di variabili sia linguistiche sia paralinguistiche per catturare il flusso dell'interazione clinico/paziente. Alcune linee di ricerca future, allora, potrebbero essere:

- trovare migliori modalità di identificazione di segmentazioni discorsive: già alcuni autori del gruppo di Bucci stanno provando a segmentare il testo in relazione a zone determinate in base al fatto che il valore della *Density of matches* sia sopra o sotto il suo valore medio e in relazione al fatto che le sue derivate matematiche siano positive o negative. Nella fase di attivazione subsimbolica ci si aspetta che la *Density of matches* diminuisca e abbia una forma convessa, nella fase di simbolizzazione che sia sopra il suo valore neutro e concava, nella fase di riflessione che sia sotto il valore neutro e decresca. Con questa segmentazione ci si aspetta che il clinico intervenga più frequentemente quando il paziente è nelle zone caratterizzate dalla fase della riflessione (*Density of matches* sotto valore neutro) piuttosto che nella fase di simbolizzazione (*Density of matches* sopra valore neutro). Dall'analisi della *Density of matches* sarebbe possibile rilevare con maggior precisione i microcambiamenti nel paziente a seguito dell'intervento del clinico

- studiare le correlazioni tra la valutazione clinica dei colloqui diagnostici e l'efficacia effettiva dell'esito del processo diagnostico misurata attraverso l'analisi linguistica: si è trovata una correlazione positiva significativa tra l'identificazione da parte del clinico di momenti salienti della seduta e fasi di RA bassa del paziente che rappresentano i momenti di insight e riflessione. Si tratterebbe di proporre degli studi non solo di processo, ma anche di outcome applicati al processo diagnostico interfacciando i dati provenienti dall'etichetta diagnostica risultante in termini DSM e PDM, da quelli provenienti dai colloqui e da quelli provenienti dai test. Siamo pienamente concordi con Zennaro (2005), inoltre, quando propone che si seguano i livelli di misurazione proposti da Kadzin e Kendall (1998) che prevedono una particolare attenzione alle diverse prospettive in gioco nella relazione clinica, la copertura di diversi domini sintomatologici (affettivi, cognitivi e di comportamento) e la consapevolezza dei differenti domini di funzionamento dell'individuo (lavorativo, sociale, coniugale, ...). Solo in questo modo è possibile costruire una batteria che diremmo 'di minima' per la valutazione del paziente e che prevede l'uso combinato di una moltitudine di strumenti in grado di rilevare dettagliatamente ciascuno di questi campi di funzionamento (la batteria proposta da Zennaro prevede 16 strumenti!!!). I risultati di queste misurazioni potrebbero implementare la qualità delle scoperte e dei risultati di ricerche sia sul processo sia sull'*outcome*. In questa direzione il nostro gruppo di lavoro sta pensando di muoversi, nonostante la complessità del disegno di ricerca avendo la fortuna di disporre di molto materiale testistico per tutti i soggetti che compongono il campione della nostra ricerca (test di livello, questionari sintomatologici, *The Blacky Pictures Test*, ORT, *Rorschach* somministrato, siglato e interpretato secondo il Sistema Comprensivo di Exner)

- prendere in considerazione la variabile tempo operazionalizzata come velocità dell'eloquio o velocità di produzione delle parole (Rocco, 2005) come variabile indipendente: ci aspettiamo che le persone parlino più velocemente mentre raccontano e più piano quando cercano le parole e sono in una fase di disfluenza. È possibile misurare il tempo speso in ciascuna fase delle diverse fasi del processo referenziale usando dei marcatori temporali ogni 2 secondi. Ancora, si possono porre dei marcatori di *cut off* (definiti a 6 secondi) per stimare anche il ruolo delle pause e dei silenzi: una pausa breve non implica cambiamenti del parlante, mentre una pausa lunga è considerata l'inizio di un nuovo turno di parola anche se non c'è un reale cambio di parlante (il parlante viene registrato come un terzo soggetto 0 perché la probabilità che parli il clinico o il paziente è la stessa). Usando il tempo come variabile indipendente possibile definire una nuova variabile: la Produzione di parole, cioè il numero totale di parole dette in ciascun intervallo di tempo di 2 secondi, si ottiene quindi la *Word production density* che è una misura della disfluenza verbale e che quindi dovrebbe essere associata più frequentemente alla fase di attivazione subsimbolica del processo referenziale. Quando il paziente

entra in contatto con le emozioni (RA alta) parla più lentamente perché ci mette più tempo a processare le informazioni

- fare degli studi di analisi acustica dei trascritti per valutare le correlazioni tra *pathway* linguistici\acustici attraverso analisi delle frequenze, analisi dei picchi, analisi simultanea dei timbri

- applicare gli studi degli indicatori paralinguistici tipici dell'infant research allo studio del *setting* diagnostico adulto per rilevare la manifestazione degli affetti attraverso il pianto, le espressioni facciali, la mimica, la postura.

Le nuove domande e prospettive sono molteplici, ancora una volta. La più spinosa e la più interessante per il nostro gruppo di ricerca – facendo anche i conti con la qualità e quantità del materiale clinico che realisticamente riusciremmo a raccogliere – e la direzione verso cui vorrebbe andare la nostra Agenda per il futuro è tentare di rispondere a questa domanda clinica: i processi emotivi e di sintonizzazione affettiva possono/devono essere il *focus* del processo diagnostico, nell'ottica che questi hanno un 'ruolo legato al cambiamento a breve termine' fin da subito e quindi possono essere considerati terapeutici/modificatori<sup>102</sup>? Sarebbe interessante anche poter verificare empiricamente questa questione testando le nostre ipotesi alla luce della valutazione dell'effettiva efficacia/non efficacia a lungo termine del trattamento. La domanda di ricerca allora diventa: un processo diagnostico che è stato in grado di strutturare una sintonizzazione affettiva e di porre queste premesse di lavoro è effettivamente maggiormente associato a trattamenti o interventi riusciti e a una riduzione del *drop-out* terapeutico e quindi a una riduzione del fenomeno dei pazienti multitrattati? Per tradurre questo in un progetto di ricerca sarebbe interessante poter avviare una 'ricerca longitudinale' in grado di audio/video registrare non solo i processi diagnostici dei pazienti, ma anche le sedute del loro trattamento e, tramite strumenti che misurano l'efficacia, la riduzione dei sintomi, la riorganizzazione della struttura del funzionamento mentale del paziente e la modificazione della capacità di regolazione delle emozioni del paziente valutare se un processo diagnostico caratterizzato da buoni livelli di alleanza è associato a trattamenti più riusciti, più brevi ma non per questo meno profondi<sup>103</sup>.

---

<sup>102</sup> Troverebbe risposta in questo modo la questione di in che modo l'approccio emotivo alla diagnosi è utile nella pratica clinica.

<sup>103</sup> Ci rendiamo conto che quest'ultima riflessione apre uno spazio di dibattito e una finestra nuova su quale sia l'operazionalizzazione del termine 'trattamento efficace' e su quali siano le variabili da misurare e valutare per definirlo.



## APPENDICE

### A. PSYCHODYNAMIC DIAGNOSTIC MANUAL (PDM)

Nato dallo sforzo di collaborazione delle più autorevoli associazioni psicoanalitiche (*l'International Psychoanalytical Association, l'American Psychoanalytic Association, la Division of Psychoanalysis (39) of the American Psychological Association, l'American Academy of Psychoanalysis e il National Membership Committee on Psychoanalysis in Clinical Social Work*), il PDM è il tentativo più recente di comprendere e classificare i disturbi psicopatologici. Nasce ad opera di quegli psicoanalisti che affermano l'opportunità e, ancor più, l'attuale imprescindibilità del sostegno della ricerca empirica per permettere la sopravvivenza e l'evoluzione della psicoanalisi. La tensione verso la ricerca empirica comporta considerevoli investimenti tesi a operare tentativi di operazionalizzare i costrutti psicoanalitici classici e di mettere a punto strumenti di classificazione dei disturbi psichici e di valutazione degli esiti e del processo terapeutico psicoanalitico. La proposta del PDM si colloca in questo ambito teorico e di ricerca e rappresenta un tentativo di classificazione delle condizioni psicopatologiche che non si oppone al DSM ma che si offre come possibile complemento.

Il PDM è definito dai suoi autori una struttura diagnostica che cerca di considerare il funzionamento globale di un individuo, considerandone i *pattern* emozionali, cognitivi e sociali nella profondità così come nella superficie, enfatizzando sia le variazioni individuali sia gli aspetti comuni. Lo scopo del PDM è, secondo i suoi autori, quello di integrare gli sforzi del DSM e dell'ICD degli ultimi 30 anni. Basato sugli studi contemporanei delle neuroscienze, sulle ricerche relative agli esiti del trattamento e su altre ricerche empiriche volte all'operazionalizzazione di costrutti psicoanalitici e alla loro misurazione, è corredato dalla presentazione delle ricerche condotte da psicoanalisti tra i più autorevoli nell'odierno panorama psicoanalitico. Gli autori sostengono che, mentre il DSM è una tassonomia delle malattie o dei disturbi delle funzioni, il PDM vuole essere una tassonomia delle persone. La nosologia del PDM, esplicitamente inserita all'interno della cornice teorica psicoanalitica, intenderebbe, quindi, focalizzarsi sulla profondità del funzionamento mentale umano con l'intenzione di dare significato all'espressione psicopatologica.

Gli autori ne descrivono lo scopo centrale sottolineando l'obiettivo di una formulazione del caso individualizzata e di una pianificazione del trattamento per una terapia psicoanalitica o per altre terapie che si prefiggono di considerare la profondità del funzionamento umano cognitivo, emozionale e comportamentale.

La classificazione utilizza un approccio multidimensionale proponendo una valutazione diagnostica articolata in tre Assi o dimensioni: l'Asse P classifica i *pattern* e i disturbi di personalità, l'Asse M arricchisce la classificazione attraverso un esame articolato della complessità del profilo del funzionamento mentale e, infine, l'Asse S completa l'*assessment* attraverso la considerazione dei *pattern* sintomatologici, con un'enfasi sull'esperienza soggettiva del paziente.

**ASSE P: PATTERN E DISTURBI DI PERSONALITÀ.** Questa prima dimensione prende in considerazione due aree:

- la posizione generale della persona su un *continuum* che va da un funzionamento più sano a uno più disturbato
- la natura dei modi caratteristici di organizzazione del funzionamento mentale.

L'Asse P richiama in gran parte la concettualizzazione di Kernberg (2000) dei livelli evolutivi di organizzazione di personalità ma, rispetto a questa, non considera il livello psicotico della struttura di personalità.

Gli autori definiscono la personalità: 'quello che uno è, piuttosto che quello che uno ha e certamente comprende più di quanto si possa vedere esaminando il comportamento di una persona. Definiamo personalità modi relativamente stabili di pensare, sentire, comportarsi e relazionarsi agli altri. In questo contesto, 'pensare' comprende non solo il proprio sistema di credenze e i modi di attribuire senso a sé e agli altri, ma anche i valori morali e gli ideali. Ognuno

ha una sua propria personalità, è quando questa è così rigida o così caratterizzata da deficit, tanto che la persona incontra problemi persistenti nella sua vita, che per noi presenta un disturbo di personalità' (PDM, pag. 17).

Il PDM definisce la gravità dei disturbi di personalità: 'la dimensione della gravità assume che le persone, per acquisire la maturità psicologica e raggiungere modi soddisfacenti di vivere, devono sviluppare alcune capacità vitali. Noi raccomandiamo di considerare dove si colloca la personalità di un individuo sulla dimensione della gravità attraverso la valutazione delle seguenti capacità. I termini psicoanalitici tradizionali per queste capacità sono tra parentesi: la capacità di vedere sé e gli altri in modi complessi, stabili e accurati (identità), la capacità di mantenere relazioni intime, stabili e soddisfacenti (relazioni oggettuali), la capacità di sperimentare nel sé e di percepire negli altri il *full range* degli affetti adeguati per l'età (tolleranza degli affetti), la capacità di regolare gli impulsi e gli affetti in modi che rafforzano l'adattamento e la soddisfazione, con flessibilità nell'uso delle difese e delle strategie di *coping* (regolazione degli affetti), la capacità di funzionare secondo una sensibilità morale coerente e matura (integrazione del Super-Io, concetti di Ideale dell'Io e di Io Ideale), la capacità di apprezzare, se non necessariamente di conformarsi, a nozioni convenzionali di ciò che è realistico (esame di realtà), la capacità di rispondere allo *stress* ingegnosamente e di riprendersi dagli eventi dolorosi senza eccessiva difficoltà (forza dell'Io e resilienza)' (PDM, pag. 22).

Al livello più sano di organizzazione di personalità, una persona possiede tutte queste capacità e le difficoltà esistenti risultano abbastanza flessibili e comunque tali da non ostacolare un buon adattamento. A livello nevrotico sono invece presenti limitazioni, seppure nell'ambito di un funzionamento articolato. La rigidità caratterizza il funzionamento a causa della tendenza a rispondere alle condizioni stressanti con una gamma limitata di difese e di meccanismi di coping.

Il PDM comprende 15 disturbi della personalità (indicati con la numerazione progressiva da P101 a P115) presi in considerazione sono i seguenti: disturbo schizoide, disturbo paranoide, disturbo psicopatico, disturbo narcisistico, disturbo sadico e sadomasochistico, masochistico, depressivo, somatizzante, dipendente, fobico-evitante, ansioso, ossessivo-compulsivo, isterico, dissociativo, misto.

Per ogni disturbo di personalità, il PDM presenta il quadro clinico globale e indica i *pattern* costituzionali-maturativi che possono aver contribuito all'insorgere del disturbo, la preoccupazione e gli affetti centrali, le caratteristiche delle credenze patogene riguardo sé e gli altri e, infine, i meccanismi difensivi prevalentemente utilizzati.

**ASSE M: FUNZIONAMENTO MENTALE.** È definito dagli autori come l'Asse che descrive le categorie delle funzioni mentali di base, utile allo scopo di aiutare i clinici a cogliere la complessità e l'individualità del paziente. Comprende nove categorie: la capacità di regolazione, attenzione e apprendimento, la capacità relazionale e di intimità, la qualità dell'esperienza interna, la capacità di esperire, esprimere e comunicare le emozioni, i *pattern* e le capacità difensive, la capacità di formare rappresentazioni interne, la capacità di differenziazione e di integrazione, la capacità di auto-osservarsi e, infine, la capacità di costruire o usare *standard* interni e ideali.

Il manuale presenta, per ognuna di queste categorie, una tabella che illustra in modo sintetico i diversi livelli di funzionamento lungo un *continuum* che procede dalla condizione di salute mentale ai livelli di funzionamento patologici.

La valutazione delle capacità di regolazione, attenzione e apprendimento comprende la considerazione sia del patrimonio costituzionale, sia delle acquisizioni evolutive relativamente al funzionamento esecutivo, alla memoria (di lavoro, dichiarativa e non dichiarativa), all'attenzione, all'intelligenza globale e al processo di valutazione degli stimoli sociali e affettivi. La capacità relazionale e di intimità è valutata includendo la profondità, la gamma e la stabilità delle relazioni. La qualità dell'esperienza interna si riferisce al livello di sicurezza e di autostima; la valutazione dell'affettività ne comprende gli aspetti dell'esperienza, della capacità di espressione e di comunicazione. La valutazione delle modalità difensive prende in esame sia la gamma dei pensieri e degli affetti che la persona mostra di essere capace di esperire,

sia la capacità di affrontare le situazioni condizioni stressanti limitando il ricorso a difese che possono sopprimere o distorcere gli affetti e le idee. La capacità di formare rappresentazioni interne è intesa come l'abilità di usare le rappresentazioni interne allo scopo di sperimentare il senso di sé e degli altri, di esprimere un'ampia gamma di emozioni e di regolare gli impulsi e il comportamento. La valutazione della capacità di differenziazione e di integrazione è intesa allo scopo di comprendere se e quanto la persona è in grado di separare, comprendere le differenze e mettere in relazione le rappresentazioni di sé e degli altri, la fantasia e la realtà e la gamma delle esperienze interne, dei desideri, delle emozioni e delle sensazioni. La capacità di auto-osservazione si estende all'abilità di comprendere gli stati mentali propri e altrui. La descrizione che ne fa il manuale ricorda il costrutto di funzionamento riflessivo di Fonagy e Target (2004) seppure gli autori non vi facciano esplicito riferimento. L'ultima abilità presa in considerazione, la capacità di costruire e di utilizzare standard interni e ideali, è riassunta nella denominazione 'senso di moralità'.

Secondo le indicazioni del manuale, la valutazione generale delle nove capacità di base, da effettuarsi secondo le linee guida chiaramente espresse, conduce il clinico e/o il ricercatore alla possibilità di codificare il livello globale di funzionamento mentale secondo una classificazione a otto punti (codificata seguendo la numerazione progressiva da M201 a M208) lungo un continuum dalla valutazione M201 che indica capacità ottimali alla valutazione M208 che segnala la presenza di gravi *deficit* delle funzioni mentali di base.

**ASSE S: PATTERN DI SINTOMI.** Questo Asse (*Pattern* di sintomi: l'esperienza soggettiva) si basa sulla descrizione dei sintomi del DSM-IV-TR. Gli autori sottolineano la loro intenzione di focalizzarsi sull'esperienza soggettiva del paziente riferita ai sintomi.

L'esperienza soggettiva è analizzata relativamente alle modalità affettive, ai contenuti mentali, ai concomitanti stati somatici e ai pattern relazionali associati.

Gli autori precisano di aver considerato questa parte come terza e ultima dimensione perché, nella loro opinione, l'esperienza soggettiva riguardo ai sintomi può essere compresa solo nel contesto delle due dimensioni relative alla struttura di personalità globale della persona e al suo funzionamento mentale. Essi sottolineano come 'nell'esperienza dei clinici psicodinamici, i *pattern* dei sintomi non siano semplicemente disturbi ma siano, piuttosto, espressioni manifeste dei modi in cui i singoli pazienti affrontano l'esperienza nel loro modo peculiare' (PDM, pag. 93).

Nell'affrontare la questione della comorbidità, ritengono che questo loro approccio può offrire una prospettiva dalla quale la presenza di sintomi differenti può apparire non come la presenza contemporanea di differenti disturbi, ma piuttosto come l'espressione di un disturbo complesso del funzionamento mentale. L'asse S comprende 13 categorie principali (indicati con la numerazione progressiva da S301 a S313): i disturbi dell'adattamento, i disturbi d'ansia, i disturbi dissociativi, i disturbi dell'umore, i disturbi somatoformi, i disturbi alimentari, i disturbi del sonno psicogeni, i disturbi sessuali e dell'identità di genere, i disturbi fittizi, i disturbi del controllo degli impulsi, i disturbi da dipendenza/abuso di sostanze, i disturbi psicotici e, infine, i disturbi mentali associati a una condizione medica generale.

Per ogni categoria, il manuale prende in esame la qualità dell'esperienza soggettiva considerando la gamma dei più usuali stati affettivi, dei *pattern* cognitivi, degli stati somatici e delle modalità relazionali. Globalmente le categorie dell'asse S del PDM non si differenziano sostanzialmente nella loro descrizione generale dalle corrispondenti nel DSM-IV-TR. In generale, le differenze sostanziali possono essere riassunte nel fatto che il PDM privilegia una descrizione del quadro clinico generale non considerando il criterio di *cut-off* e non presentando un elenco di *item* diagnostici.

## B. DIZIONARI DI BUCCI

La clinica e la psicologia si manifesta attraverso lo scambio verbale. Questo non significa sottovalutare l'importanza dei processi emotivi non verbali della comunicazione, né affermare che esiste un solo modo di intendere ciò che viene detto nell'interazione terapeutica.

Le parole sono motori di esperienze che vanno al di là delle parole stesse. (Seganti, 1995, pag. 13)

Le parole sono il tramite del trattamento psicoanalitico, ma i cambiamenti interessano la percezione, l'emozione, i sistemi somatici e l'azione, come noi percepiamo il mondo, ciò che sentiamo e facciamo, e non solo, o non primariamente, ciò che diciamo. (Bucci, 1997, pag. 13)

Lo scambio verbale allora non è l'unico canale attraverso cui si attua la psicoterapia, ma è uno dei loro mezzi principali (Kachele, Thoma, 2003). Anche se attraverso le parole è possibile mentire, in psicoterapia le parole sono indispensabili per esprimere le esperienze personali. Le parole pronunciate nello scambio clinico, allora, assumono una funzione importantissima ma altrettanto importante è il modo in cui vengono trattati questi dati (Migone, 1994).

Una possibilità è quella di trattare il discorso come unico oggetto di conoscenza e di osservazione: questo è quello che ha fatto l'indirizzo ermeneutico in psicoanalisi (Spence, 1982; Schafer, 1976). Tuttavia tale posizione differisce dall'approccio teorico e metodologico di Bucci (1997). Questa impostazione reputa il linguaggio parlato, insieme alle espressioni e ai comportamenti non verbali, solo una delle diverse modalità di comunicazione:

ovviamente, la frequenza delle parole e dei temi è solo uno dei tanti modi in cui sono espressi gli stati emozionali e mentali. Anche se possono essere limitate la ricchezza e la varietà delle informazioni comunicate in questa maniera, tali informazioni sono apparentemente attendibili. (Oxman, Rosemberg, Schnurr, Tucker, 1988 pag. 467)

Il linguaggio viene quindi isolato da altri oggetti di studio possibili, infatti la forma linguistica dominante del processo terapeutico rende possibile approcci di ricerca che vanno dall'analisi del testo analitico-conversazionale fino agli studi di linguistica computazionale (Kachele, Thoma, 2003). Alcune caratteristiche delle funzioni linguistiche possono costituire indici attendibili delle funzioni di strutture cognitive (Oxman, Rosemberg, Schnurr, Tucker, 1988; Lakoff, Johnson, 1980; Casonato, 2003). Tali strutture possono modificarsi con il linguaggio e sono da esse modificate (Migone, 1994; Seganti, 1999). È a tali processi che si rivolge la ricerca computerizzata in psicoterapia. Infatti,

a differenza delle analisi di contenuto computerizzate nelle quali il contenuto di un testo è esso stesso oggetto delle misure, l'approccio dei marcatori verbali individua degli indici operazionali che ci permettono di rilevare gli stati cognitivi ed emozionali sottostanti all'apparenza linguistica di un testo. (Buchheim, Mergenthaler, 2000 pag. 392)

Costituiscono oggetto di studio 'blocchi di parole', considerati un riflesso dello stato del paziente al momento di pronunciarle (Mergenthaler, 1996, 1998; Horowitz, 1999) e quindi un'interfaccia adeguata per accedere e studiare i processi cognitivi in atto. Infatti

i clinici tipicamente fanno uso in modo informale del contenuto del discorso del paziente per inferire il loro umore, il loro stile del carattere e i temi su cui vertono le loro preoccupazioni. L'analisi formale del contenuto comprende una varietà di tecniche per trarre inferenze dalla quantificazione sistematica delle caratteristiche grammaticali o lessicali del testo. (Oxman, Rosemberg, Schnurr, Tucker, 1985 pag. 1150)

L'analisi del contenuto in generale è stata definita come

ogni tecnica di ricerca per trarre inferenze identificando sistematicamente e oggettivamente determinate caratteristiche all'interno di un testo. (Stone, Dunphy, Smith, Ogilvie, 1966 pag. 5)

Risultano pertanto rilevanti i dizionari come strumenti essenziali nell'analisi computerizzata di un testo. Infatti, l'analisi del contenuto (Krippendorff, 1980) si avvale dell'uso di dizionari (da non confondere con i vocabolari) cioè di elenchi contenenti vocaboli che rientrano in categorie cliniche specifiche aderenti a linee teoriche da testare o a ipotesi di studio sperimentale:

il dizionario collega i vocabolari con la teoria. (Mergenthaler, 1996, pag. 7)

Ogni dizionario può essere costruito sia con un metodo deduttivo sia con un metodo induttivo. Il primo consiste nell'estrarre dei vocaboli relativi alle premesse direttamente dalle trascrizioni delle sedute, il secondo definisce a priori le categorie e i vocaboli per l'indagine che si vuole effettuare (Mergenthaler, 1999).

Si potrebbero avanzare molte obiezioni verso questo metodo: per esempio, le 'parole emotive' non mostrano tutto ciò che si verifica nell'esperienza emotiva interna (Bucci, 1997, 1999), inoltre ci potrebbero essere parole caratterizzate in senso emotivo che non fanno parte del dizionario (Seganti, 1995), inoltre le parole rilevate con i dizionari sono adatte all'espressione verbale delle emozioni ma potrebbero non coincidere con i correlati fisiologici sperimentati dal soggetto, quali rossore, palpitazioni o sudorazione (Mergenthaler, 1996). Comunque, nonostante il processo clinico sia uno scambio che va ben oltre le parole, queste costituiscono un oggetto di indagine fondamentale per la ricerca sul processo in psicologia. La metodologia della ricerca assume che i processi che si verificano durante una psicoterapia si riflettono nel discorso e nelle caratteristiche dei vocabolari dei parlanti (Holzer, Mergenthaler, Pokorny, Kachele, Luborsky, 1996; Kachele, Mergenthaler, Holzer, 1999). Nell'analisi del contenuto:

la ridondanza o la frequenza con cui appare una parola forniscono informazioni significative e le caratteristiche latenti di una persona o di un gruppo possono essere inferite da un testo di un loro discorso o di un loro scritto. (Oxman, Rosenberg, Schnurr, Tucker, 1985, pag. 1150)

Poiché le parole esprimono dei concetti e la terapia ha essenzialmente a che fare con un cambiamento di concetti, di credenze e di schemi, i cambiamenti nei vocabolari durante il trattamento possono riflettere, almeno in parte, ma in maniera significativa, tali processi di apprendimento (Holzer, Mergenthaler, Pokorny, Kachele, Luborsky, 1996). La veridicità cui aspira la metodologia di ricerca che utilizza i dizionari si fonda anche sull'accordo da parte di giudici indipendenti sul modo di intendere le frasi del testo parlato:

lo studio delle parole, essendo esse un oggetto in grado, per natura, di creare consenso, può metterci nella condizione di verificare con gli altri il modo e il grado del consenso che da esse viene creato. (Seganti, 1995 pag. 19)

Per realizzare un dizionario è necessario selezionare le parole che si considerano adatte a farne parte, in base alle loro caratteristiche come, per esempio, parole caratterizzate in senso emotivo. Successivamente ogni termine è sottoposto alla valutazione da parte di giudici, di cui viene misurato il grado di accordo. In base all'entità dell'accordo tra giudici, si formano degli elenchi di parole. Questi elenchi costituiscono i dizionari che possono essere implementati nei software per permettere l'analisi computerizzata dei testi. Per applicare tali strumenti ai dati provenienti da un colloquio clinico, si mettono in corrispondenza le trascrizioni dei dialoghi delle sedute con i dizionari calcolando il numero delle parole messe in corrispondenza e la loro proporzione rispetto al numero totale di parole. Il programma consente di mettere in corrispondenza le parole contenute nelle trascrizioni con quelle contenute nei dizionari elettronici e di calcolare le proporzioni di tali parole contenute nel testo. In questo modo è possibile ottenere variabili numeriche e grafiche che descrivono e rispecchiano uno stato clinico particolare:

la rappresentazione grafica del comportamento linguistico del paziente e del clinico e la rappresentazione della loro attività verbale permette di avere una visione trasparente del processo terapeutico. (Bucci, 1997 pag. 9)

Software complessivo: Discourse Attributes Analysis Program DAAP (Bucci, Maskit, 2005). I colloqui vengono analizzati con questo *software* che in automatico confronta ciascuna parola presente in ogni testo con le parole contenute in ognuno dei diversi dizionari. Usa un sistema variabile di arrotondamento delle medie ponderate, che produce una curva omogenea in grado di approssimare per ogni parola analizzata il valore medio delle parole vicine, riportato nel dizionario. Questa operazione di approssimazione avviene ad ogni cambio di turno conversazionale. In seguito riparte una nuova linea in modo tale che il valore arrotondato attribuito al discorso del paziente è basato solo sulle parole dette dal paziente.



Dizionario dell'Attività Referenziale (RA): *Italian Weighted Referential Activity Dictionary I-WRAD* (Maskit, 2004; Maskit, Bucci, De Coro, Mariani, Bonfanti, Visconti, 2004): è un dizionario di stile linguistico, non di contenuto e copre approssimativamente l'85% delle parole usate nelle sedute psicoanalitiche. Si tratta di una lista di parole pesate: questo è importante perché permette di rilevare non solo la presenza\assenza della parola all'interno del dizionario, ma anche di valutare quanto la parola stessa sia rappresentativa o meno della variabile presa in considerazione. Contiene circa 700 item a cui viene attribuito un valore che varia tra -1 (la parola è tipica di un linguaggio caratterizzato da RA bassa=emozione dissociata) e +1 (la parola è tipica di un linguaggio caratterizzato da RA alta=massima connessione emotiva), dove 0 corrisponde al valore neutro di 5 nella siglatura manuale. Il dizionario è volto a misurare il livello con cui chi parla è in grado di connettere il proprio linguaggio all'esperienza affettiva interna e quanto sia in grado di comunicare tale connessione all'ascoltatore in modo tale per cui presumibilmente nell'ascoltatore si attivi un effetto corrispondente. Indica il grado in cui il soggetto è in grado di esprimere l'esperienza non verbale, in particolare l'esperienza emotiva, in forma verbale; è l'attività della mente che costruisce i nessi tra esperienza sensoriale, emozione e pensiero (parole), consente di ottenere dati quantitativi che permettano di leggere le variazioni della capacità di connettere emozioni e parole e di differenziare le narrative ingannevoli (dissociate) da quelle in contatto con i significati emozionali) attraverso un'analisi formale del testo che coglie le qualità strutturali del linguaggio. I pazienti che mentre raccontano una storia emotivamente carica del loro passato sono più immersi nel racconto e useranno generalmente nella narrazione parole con alti valori WRAD, piuttosto che parole con bassi valori WRAD. L'indice *Mean WRAD* è il valore medio dei valori WRAD di tutte le parole dette dal paziente o dall'analista nel corso dell'intera seduta. Vengono calcolati anche altri due indici, che derivano dalla caratteristica del DAAP di arrotondare i valori. Il valore medio alto del WRAD (*Mean High WRAD, MHW*), chiamato anche Indice di Intensità del WRAD, all'interno di una seduta è il valore medio con cui il valore WRAD arrotondato supera il valore WRAD neutro di .5. Tale media è calcolata sul valore di tutte le parole che eccedono tale valore neutro di .5. L'indice MHV è una misura dell'intensità e densità della connessione, e riflette quanto chi parla è connesso ad un'esperienza emozionalmente rilevante. Il terzo indice WRAD (*High Word Proportion, HWP*), chiamato anche Indice di Estensione del WRAD, è la proporzione delle parole dette dal paziente o dall'analista il cui valore WRAD arrotondato è superiore al valore neutro di .5. Possiamo intendere l'HWP come una misura della quantità di tempo che colui che parla trascorre in questo stato di connessione. Il Processo Referenziale ha tre fasi ed il dizionario WRAD è stato progettato per essere alto quando chi parla è nella fase di simbolizzazione, mentre i dizionari delle parole riflessive e delle parole disfluenti ci aiutano a identificare e a caratterizzare le altre due fasi. In aggiunta ai tre indici WRAD menzionati sopra, il DAAP calcola anche l'uso medio del contenuto di tutti i dizionari teoricamente basati, sia per il paziente che per il terapeuta. Il DAAP calcola la covarianza per ogni coppia di dizionari, fornendo una misura relativa di quanto i dizionari siano usati simultaneamente e il Numero di Parole usate (WordCt).

Dizionario delle parole riflessive (IREF, Mariani, 2009): contiene parole che indicano o si riferiscono all'atto del pensare, alla riflessione, a come il soggetto pensa e comunica i propri pensieri. Include vocaboli che si riferiscono a funzioni cognitive o logiche, sostantivi di tipo astratto, problemi o fallimenti di funzioni cognitive, funzioni comunicative verbali complesse, caratteristiche di funzioni mentali.

Dizionario delle parole disfluenti (IDF, Bonfanti, Campanelli, Cilimberty, Golia, Papini, 2008): contiene giusto sei parole nella lingua inglese: kind, know, like, mean, well, mm (le regole di trascrizione per l'analisi computerizzata con i dizionari richiedono che tutte le forme di uhm, hm, ecc siano trascritte come mm). Ognuna di queste parole ha diversi significati, e le regole di trascrizione richiedono che essi siano disambiguati, al fine di poter identificare il loro uso come indicatore di disfluenza. Anche le parole incomplete, parole ripetute e coppie di parole ripetute sono considerate come indicatori di disfluenza. In italiano, si riferisce alle parole e alle forme di intercalare che indicano la difficoltà a esprimersi con chiarezza e la ricerca delle parole giuste. Fa riferimento a diverse forme di interruzione e irregolarità

nel flusso naturale del linguaggio quali ripetizione di parole e parti di parole, false partenze, esitazioni, pause piene (mm, eh), pause vuote (silenzi), prolungamenti vocalici e consonantici, correzioni. Sebbene la DF è stata spesso vista come un evento casuale, emerge da un ampio corpo di ricerche nei campi della psicologia e della linguistica che essa mostra andamenti regolari a diversi livelli. La DF può informarci su difficoltà di pianificazione, mancanza di familiarità con un argomento, problemi nel recupero lessicale, mantenimento del turno conversazionale, attivazione emozionale, stress e ansia.

Dizionario delle parole affettive (IAFF, Gruppo di Roma coordinato da De Coro, 2009): include etichette emotive, funzioni associate con attivazione affettiva, funzioni che indicano una motivazione, parole associate con l'affetto, valutazioni che indicano una valenza affettiva. Si divide in affetti positivi, negati o neutri.

**OUTPUT IDAAP.** Funzioni base: confronta ogni parola con quelle contenute nei dizionari e produce per ogni dizionario e per ogni segmentazione (unità ideative, turni di parola, intere sessioni clinico, intere sessioni paziente) misure statistiche descrittive in termini di medie e deviazioni standard.

Funzioni avanzate: valori pesati (*density of matches*), covariazioni tra i dizionari (quantificano l'uso simultaneo di parole per coppie di dizionari, indicano il grado in cui le due misure sono direttamente o inversamente proporzionali), MHWRAD, per ciascun dizionario e turno di parola la proporzione di parole riscontrate nei dizionari (livello di copertura), grafici degli andamenti simultanei delle diverse variabili per clinico e paziente.

Segmentazione: si basa su un principio matematico di smooth che ricomincia ogni volta che cambia il parlante (turni di parola) e su una segmentazione in unità ideative costruite a partire dall'analisi dei temi e dei contenuti.

Il DAAP legge un testo e crea dei grafici che riflettono ed esprimono la *Density of matches/weights* (cioè, proporzione pesata di quanto la parola meccia con il dizionario): significa che viene riportato il grado in cui la parola è rappresentativa dell'RA in termini di media e deviazione standard dei punteggi pesati. In questo modo, la RA ha un suo naturale valore neutro (.5), rispetto al quale è possibile determinare non solo se c'è o no una connessione tra parole ed emozione (presenza\assenza di RA determinata dalla presenza di valori positivi o negativi) ma anche il grado e la forza in cui avviene questa connessione (cioè quanto grande è il valore della RA quando è presente, cioè quando è positiva). Questo punteggio è importante perché è una misura della profondità della connessione all'esperienza emotiva quando il paziente è nella fase della simbolizzazione, che è considerata l'indicatore di una seduta riuscita.

Nei dizionari non pesati, il valore di una parola è 0 se non compare nel dizionario, 1 se compare: la *Density of matches* varia tra 0 e +1 (non prevede valori negativi). Nei dizionari pesati, la *Density of matches* varia tra -1 e +1 attraverso una trasformazione lineare per restringere il range tra 0 e +1 e annullare i valori negativi (0 significa assenza della variabile psicologica, +1 presenza a vario grado). Le medie vengono calcolate a partire da questi valori, quindi variano tra 0 e +1, dove .5 è il valore di una parola che non c'è nel dizionario e nel WRAD è il valore neutro.

Nel complessivo si ottengono 10 *output* dal programma:

1. LOG: messaggi di errore
2. MTT: *marker* dopo ogni 10 parole che si riferiscono a (a) numero di parole contate dall'inizio del testo (b) numero di parole del turno di parola (c) numero dei turni di parola (d) numero dei parlanti + numero totale delle parole, numero totale dei turni di parola, numero di NVR's2 (clinico) cioè di non turni di parola o risposte vocali. È utile per recuperare i contenuti

3. SMT: dati grezzi per la costruzione dei grafici. Per ogni singola parola è riportato il valore della RA, Df, Ref e Aff di clinico e paziente separatamente
4. TRN: dati statistici. Per ciascun turno di parola è riportato il valore della media della RA, Df, Ref e Aff di clinico e paziente separatamente, il MHW (*mean high WRAD*) e l'HWP (*mean high WRAD proportion*), le covariazioni tra tutti i dizionari
5. AG1: dati statistici di TRN aggregati per unità ideative di ciascun parlante
6. AG2: dati statistici di AG1 aggregati per categorie di variabili indipendenti (di default si usa come variabile indipendente il conteggio delle parole, ma si possono definire anche altre variabili)
7. AG0: valori neutri. Per la RA è .5; per Df, Ref e Aff è determinato in base alla media dei valori pesati dei dizionari
8. GBL: numero totale delle parole, numero totale dei turni di parola, numero di NVR's2 (clinico) cioè di non turni di parola o risposte vocali e numero totale di parole ritrovate (coperte) dal dizionario, copertura linguistica del dizionario (numero totale di parole coperte dal dizionario:numero totale di parole contate)
9. LOL: lista di parole non coperte da nessun dizionario
10. TTR: LOL divise per parlante + NVR's

### C. SCALA DI ELABORAZIONE/DIS-ELABORAZIONE DI HOROWITZ

Questa scala, ideata da Horowitz (1993), è utile per categorizzare le risposte del paziente. Per ogni intervento del paziente, si devono siglare i contenuti verbali delle frasi che li compongono secondo una classificazione che prevede tre tipologie di categorie di elaborazione (E) e tre tipologie di categorie di diselaborazione (DIS) verbale. Le categorie E stanno ad indicare che il paziente è in grado di utilizzare un linguaggio che, nel contenuto, è sempre chiaro e informativo anche se a livelli differenti: dal livello più basso in cui il paziente si limita a narrare fatti ed episodi si passa ad un livello in cui è in grado di dire come si è sentito e cosa hanno provato lui e gli altri protagonisti della narrazione, fino ad arrivare ad un livello che trascende il senso dell'episodio stesso per formulare generalizzazioni astratte e sovraordinate. al contrario, si siglano gli interventi DIS quando il clinico e il giudice che sigla non è in grado di comprendere facilmente il senso di quello che il paziente narra o perché mancano nessi di causalità corretti o perché la narrazione è francamente bizzarra (ad indicare un disturbo del pensiero).

Specificamente si siglano:

- espressione di fatti (EFAT), quando il paziente è in grado di riportare episodi relazionali coerenti e articolati, include la narrazione di eventi così come ogni tipo di chiarificazione riuscita di informazioni
- espressione di emozioni (EEMO), quando il paziente è in grado di spiegare le sue emozioni o racconta eventi da cui si è sentito emotivamente attivato, oppure specifica l'intensità o la qualità dei propri e altrui sentimenti
- espressione di significato (ESIGN), quando il paziente propone elaborazioni relative all'importanza di determinati argomenti, descrivendo il proprio stato emotivo e mentale. Questa categoria include anche i collegamenti tra argomenti importanti, o tra questi ultimi e aspetti del sé
- espressioni riempitive o vaghe (DISCV), indicano esitazione nel discorso e sono costituite da un flusso verbale che non risulta scorrevole e che non aggiunge contenuto né significato a quanto precedentemente espresso (ad esempio la riformulazione poco chiara di uno stesso contenuto). Includono inoltre frasi volte a ridimensionare o minimizzare il senso di quanto precedentemente affermato
- discorso periferico (DISPER), il discorso del paziente si sposta da un nucleo o argomento significativo verso l'elaborazione di idee periferiche ad esso collegate e di conseguenza il flusso del discorso risulta allontanarsi dall'esplorazione e dall'approfondimento di concetti significativi
- distorsione del significato (DISDIS), il discorso del paziente include la negazione o il disconoscimento di idee, desideri ed emozioni precedentemente espresse, o di sensazioni che sarebbe consono provare rispetto all'argomento affrontato. Questa categoria include anche le attribuzioni erronee di fatti, pensieri ed emozioni ad altri, così come l'erronea identificazione dell'oggetto di desideri, azioni o sentimenti, l'errata interpretazione di commenti formulati in modo comprensibile da terzi e infine i cambiamenti improvvisi di argomento che impediscono di concludere un determinato discorso.

È necessario precisare che la prima categoria di diselaborazione (DISCV) indica una semplice disfluenza verbale, mentre le altre due (DISPER e DISDIS) sono indicative una diselaborazione della narrazione verbale elevata, che è tendenzialmente connessa alla patologia mentale franca.

#### D. TECNICHE DELLA DOMANDA PIRS DI COOPER E BOND

Si tratta di uno strumento destinato a categorizzare ogni intervento del terapeuta, secondo un orientamento psicodinamico – in realtà gli autori stessi del manuale spiegano che può essere utilizzato con la maggior parte delle forme di colloquio.

Tutti gli interventi del terapeuta sono codificati sia in interventi d'interpretazione sia in interventi di sostegno. Warning degli autori: per codificare, è importante distinguere quello che fa il clinico (in altri termini, quelle che sono le intenzioni comunicative realizzate dall'enunciato, come interpretare, chiarire, riformulare) della forma dell'enunciato (il fatto di dirlo in maniera interrogativa, affermativa, prescrittiva). La codifica si fa unicamente sull'aspetto pragmatico, sull'azione compiuta attraverso l'enunciato e non sulla sua forma lessicale.

Gli INTERVENTI D'INTERPRETAZIONE O ESPLORAZIONE sono:

- interpretazione delle difese o del grado di controllo (DI<sub>d</sub>). Sono le osservazioni del terapeuta che cercano di mettere in evidenza, riferirsi a o spiegare i motivi per: (A) il processo che diminuisce o attenua lo stato emotivo. Anche se sono chiamate interpretazioni di difesa, esse si riferiscono in effetti a tutti gli aspetti dinamici del conflitto, inclusi i desideri, le paure e le difese (B) i processi che riflettono una modifica del tema (contenuto) o delle persone (rappresentazione). Queste interpretazioni si rapportano a un enunciato del quale il paziente non è cosciente. Se l'intervento è piuttosto un riassunto di quello che il paziente ha appena detto, senza aggiungere un'idea o una nuova prospettiva, l'intervento sarà siglato come 'chiarificazione' o 'riformulazione'. Non ci sono categorie chiamate confronti. Dirigere l'attenzione del paziente su una cosa che sembra evitare sarà considerato come un'interpretazione. Le interpretazioni di difesa includono gli interventi diretti verso tutte le parti del conflitto (per esempio, desideri, paura, difesa). La scala di codifica delle interpretazioni di difesa prevede cinque punteggi: 1 quando il terapeuta specifica i metodi utilizzati per diminuire l'emozione o travisare il senso 3 quando il terapeuta allude ai metodi utilizzati per diminuire le emozioni o travisare il senso e si informa su un motivo possibile (senza specificare di quale motivo si tratti) – questo include quello che Horowitz (1998) chiama 'identificare una manovra cognitiva di non-traduzione' con la suggestione implicita che il paziente cerchi di tradurre i fenomeni emotivi in parole 5 quando il terapeuta fa un riferimento sia al processo di evitamento che di attenuazione del fenomeno emotivo e al motivo per il quale questo fenomeno emotivo è stato evitato o attenuato. I punteggi 2 e 4 possono essere utilizzati come categorie intermedie, quando non si può decidere tra 1 e 3 o tra 3 e 5. I livelli 2 e 4 possono ugualmente essere utilizzati quando un intervento soddisfa solo una parte dei criteri di un livello superiore. La differenza tra una chiarificazione (o una riformulazione) e una interpretazione di difesa o di transfer è difficile. Si codifica riformulazione quando la frase è un riassunto di un sentimento che è espresso coscientemente, mentre interpretazione di difesa quando si fa una connessione e si menziona una motivazione. La differenza tra un'associazione del terapeuta e un'interpretazione di difesa può essere difficile. Il nesso con lo stato emotivo attuale del paziente dove il comportamento inconscio motivante è necessario perché ci sia un'interpretazione

- interpretazione del *transfert* (DI<sub>t</sub>). Sono tutte le note del terapeuta che mettono in evidenza, che si riferiscono a, che interrogano, o che spiegano il vissuto che ha il paziente della relazione (Gill, 1976). Questo tipo d'interpretazione può o meno includere delle interpretazioni di *transfert* che spiegano o riconoscono la genesi o la ripetizione del processo. La scala di codifica è su cinque livelli: 1 quando il terapeuta fa riferimento (affermazioni o domande a questo proposito) alle osservazioni del paziente in relazione a qualche cosa del terapeuta o dell'interazione. Il motivo o le ricostruzioni non sono inclusi in queste affermazioni o domande 3 quando l'attribuzione dello stato emotivo al terapeuta è definita e il terapeuta cerca di approfondirla con l'esplorazione, cercando di comprendere i motivi per questa attribuzione. Queste osservazioni interpretative hanno come scopo chiedere al paziente di elaborare la sua esperienza percettiva (Schwaber, 1983). Le motivazioni non sono completamente incluse in queste affermazioni o

domande. Per contro, le domande in merito alla ripetizione di conflitti determinati geneticamente sono qui elencate 5 quando il terapeuta fa comunque riferimento ai motivi che guidano l'esperienza che vive il paziente della relazione. Questo necessita (se n'è richiesto) di affermazioni dirette al paziente in merito al processo di ricostruzione genetica, o in merito a quello che il paziente si aspettava a proposito del terapeuta o dell'analista.

Gli INTERVENTI NON INTERPRETATIVI O DI SOSTEGNO sono codificati solo come presenti o come assenti e non prevedono nessuna scala. Sono:

- domanda (Q). Le domande sono siglate quanto il terapeuta si informa su gli stati emotivi particolari citati dal paziente o fornisce dei dettagli della sua vita. Queste domande di informazioni devono includere degli elementi personali apportati dal paziente, i dettagli a proposito di quello che il paziente descrive di quello che ha fatto o che sente, ... Le domande di informazione fatte nel contesto delle risposte del terapeuta che sono siglate come interpretazioni non sono siglate come questioni. Così, quando una interpretazione è cominciata, le domande sono siglate nel contesto di queste interpretazioni e non come interventi separati. Non siglare egualmente le domande riguardanti i dettagli della terapia – siglare 'arrangamenti contrattuali'. Non siglare egualmente domande che ripetono semplicemente quello che il paziente ha detto e che cercano di chiarire se il terapeuta ha ben capito – siglare 'chiarificazione

- arrangemento contrattuale (CA). Il terapeuta si riferisce al quando, per quanto tempo, e con quale frequenza fare le sedute necessarie al trattamento. Non siglare così i commenti relativi all'arrangemento contrattuale, che fanno parte di una interpretazione

- direzione o strategia di sostegno (SS). Affermazione del terapeuta che suggerisce o rafforza o discute le soluzioni del paziente a problemi vari. Non siglare così i commenti che fanno parte di una interpretazione

- strategie di miglioramento del lavoro di mantenimento (WES). Le affermazioni del terapeuta che spiegano il valore e le ragioni della terapia o che incoraggiano il paziente a dire quello che le passa per la testa senza preoccuparsi se può sembrare poco importante o oscuro. Non siglare così le affermazioni integrate in un commento interpretativo

- riconoscimento (Cack). I segni del terapeuta che comunicano che quello che ha appena detto il paziente sono stati ben capiti. Nessuna altra informazione è trasmessa a parte il fatto che il terapeuta ha ricevuto il messaggio. Le affermazioni di questo fatto non sono lessicali, come Sì, No, Mhm, Aah, D'accordo. Dei commenti più lunghi o più significativi saranno classificati da un'altra parte, per esempio 'sono d'accordo con voi' sarà una 'associazione' perché esprime il punto di vista del terapeuta o per esempio: paziente 'mia madre non riconosce mai che mio padre mi picchi troppo duramente quando è arrabbiato. Mi credete?' terapeuta 'Sì'. Questo Sì sarà siglato come 'associazione' piuttosto che semplice riconoscimento perché risponde a una domanda del paziente e rileva quello che pensa il terapeuta

- riformulazione (R). Le affermazioni del terapeuta la cui intenzione è esprimere brevemente l'esperienza emotiva del paziente. Generalmente, esse includono l'affermazione di un fenomeno emotivo. Non siglare così se queste affermazioni fanno parte di una interpretazione

- chiarificazione (CI). Il terapeuta cerca di riassumere quello che il paziente ha appena detto senza aggiungere nessuna interpretazione con lo scopo di assicurarsi d'aver ben capito quello che il paziente ha appena detto. Questi interventi si differenziano dalle interpretazioni perché queste ultime vanno oltre il fenomeno emotivo. Le chiarificazioni non sono altro che delle ripetizioni di quello che è stato evocato

- associazione (Ass). I commenti del terapeuta che si riferiscono alle persone o agli avvenimenti che non sono direttamente legati al paziente. Possono includere delle rivelazioni del terapeuta o delle opinioni generali o delle affermazioni generali o dei fatti. Includono ugualmente le risposte alle domande del paziente. Le associazioni sono

differenziate dalle interpretazioni che sono del tipo: 'il tempo caldo d'oggi sembra ricordarvi il giorno che vostro fratello è stato ucciso' o 'voi supponete che io ero in collera nell'ultima seduta'. Più generalmente, le associazioni concernenti le affermazioni del terapeuta che si riferiscono a quello che il paziente ha già detto, a che non sono né delle interpretazioni, né delle chiarificazioni, né delle strategie di sostegno, né delle strategie di miglioramento del lavoro terapeutico, o che implicano delle rivelazioni del terapeuta su se stesso o delle affermazioni generali a proposito d'opinioni o dei fatti. Esse possono includere delle risposte del terapeuta a domande o spiegazioni.

A volte la siglatura può risultare difficile. In questi casi occorre (A) considerare il contesto del colloquio intero perché tutti gli interventi dipendono dagli interventi precedenti e preparano gli interventi successivi (B) essere il meno interpretativo possibile. Quando si è incerti fra due categorie, scegliere sempre quella che è la meno interpretativa o la più affine alla scala esplorativa-sostegno tratta da Gabbard. Ecco alcune indicazioni ulteriori che sono state elaborate per aiutare nella siglatura:

- domanda. Lo scopo della domanda è la ricerca di informazione. Il terapeuta, cerca di ottenere delle informazioni supplementari che non possiede e che gli sono utili per il processo (svolgimento). Per distinguere tra domanda e chiarificazione si può fare così. Quando l'intervento del terapeuta comprende una parte di chiarificazione (il clinico ripete quello che ha detto il paziente) seguito da una domanda, si cifra solo la domanda quando la chiarificazione è un argomento che permette di giustificare la domanda, o permette di legare quello che precede con la domanda. Per siglare chiarificazione e domanda, bisogna che le due rappresentino chiaramente dei temi differenti, o che il terapeuta insista sulla chiarificazione, dimostrando che ci sono due intenzioni diverse espresse
- arrangiamenti contrattuali. L'arrangiamento contrattuale riguarda la pianificazione pratica delle sedute e la descrizione di quello che è una terapia (in cosa essa consiste, quello che si fa, in un'ottica generale). Quando il terapeuta diventa più preciso in relazione al problema del paziente si codifica strategia di miglioramento del lavoro terapeutico
- strategia di miglioramento terapeutico. Si codifica quando il terapeuta incoraggi chiaramente il paziente ad associare, o a parlare di tutto quello che gli passa per la testa e non quando non fa altro che farle una domanda aperta
- riconoscenza. Questa categoria è basata sul dimostrare il proprio interesse per la conversazione dell'altro. Spesso è l'espressione 'mhm mhm' che è utilizzata. Ma talvolta, il terapeuta può egualmente dimostrarlo dicendo: 'd'accordo', 'sì', 'è quello'. Per differenziare tra riconoscenza e associazione. Quando il terapeuta dice 'd'accordo', questo sarà siglato come riconoscenza se è il paziente che parla e il terapeuta non fa altro che mostrare il suo interesse per il discorso. Questa espressione sarà codificata associazione quando il terapeuta esprime un'opinione in relazione al discorso dell'altro (è d'accordo come potrebbe non essere d'accordo con quello che dice il paziente). Dà quindi il suo punto di vista su quella che ha detto il paziente
- riformulazione. La riformulazione (chiamata anche riflessione) è una azione che ha lo scopo di esprimere lo stato emotivo. La si può distinguere dalla chiarificazione o dall'associazione osservando come il paziente continua. Con la riformulazione, è portato a dire sì e a proseguire quello che stava dicendo, invece con la chiarificazione o l'associazione è spinto a cambiare un po' la tematica del suo discorso
- chiarificazione. La chiarificazione pone a volte dei problemi di distinzione con la domanda. Le due possono contenere delle riformulazioni e in tutte le chiarificazioni, c'è sempre la questione implicita dell'accordo del collaboratore. La distinzione si fa sull'intenzione (vale a dire l'azione pragmatica realizzata dall'enunciato): il terapeuta vuole riformulare quello che dice il paziente per essere sicuro di avere capito bene, per riassumere quello che è stato detto (chiarificazione), o cercare di saperne di più, e ottenere delle informazioni supplementari che non conosce su quello che riformula (domanda)? La distinzione tra chiarificazione e formulazione può essere fatta così. Quando il terapeuta

ripete più o meno parola per parola quello che dice il paziente, a secondo dei casi, può trattarsi di una chiarificazione o di una riformulazione. Perché sia una riformulazione, bisogna che il terapeuta esprima lo stato emotivo vissuto dal paziente mentre la chiarificazione verte sul contenuto di quello che ha appena detto il paziente. La differenziazione può essere difficile quando il paziente parla proprio del suo stato emotivo. Solo il contesto può stabilire se si tratta di un contenuto o di un fenomeno emotivo provato, in relazione al suo contenuto (che può essere d'ordine affettivo). Perché la ripetizione del terapeuta sia codificata diversamente, occorre qualche cosa in più (o qualche cosa in meno) che cambi chiaramente l'intenzione comunicativa.

- associazione. Il concetto di associazione è esteso all'insieme degli enunciati che esprimono il punto di vista del terapeuta (diversamente dalle chiarificazioni e dalle riformulazioni che sono centrate sul punto di vista del paziente). In quei momenti, il terapeuta, esprime il suo parere, la sua opinione, se è d'accordo o no sugli elementi forniti dal paziente. E' la nozione del quadro di riferimento che è primordiale (è che il terapeuta parla del suo punto di vista 'dal mio punto di vista penso che' o dal punto di vista del paziente 'si vi capisco molto bene'). Attenzione a non confondere certe associazioni con delle riconoscenze. La scelta di classificare l'intervento 'd'accordo' o 'capisco bene' dipende dal contesto: è una associazione quando il terapeuta dà il suo parere, è una riconoscenza quando segnala al paziente che è attento al suo discorso.



## BIBLIOGRAFIA

- Adler, G., & Buie, D. H. (1979). Aloneness and borderline psychopathology: The possible relevance of child development issues. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 83-96.
- Adolphs, R. (2006). How do we know the minds of others? Domain-specificity, simulation, and enactive social cognition. *Brain Research*, 1079, 25-35.
- Adolphs, R. (2009). The social brain: Neural basis of social knowledge. *Annual Review of psychology*, 60, 693-716.
- Agresti, A. (1990). *Categorical data analysis*. New York: Wiley.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Walls, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Erlbaum: Hillsdale.
- Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1990). Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment*, 55, 521-536.
- Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and applications*. New York: Ronald Press.
- Allen, A., Montgomery, M., Tubman, J., Frazier, L., & Escovar L. (2003). The effects of assessment feedback on rapport-building and self-enhancement process. *Journal of Mental Health Counseling*, 25(3), 165-181.
- Allison, P. D., & Liker, J. K. (1982). Analyzing sequential categorical data on dyadic interaction. *Psychological Bulletin*, 91, 393-403.
- Amadei, G. (2005). *Come si ammala la mente*. Bologna: il Mulino.
- Amadei, G., De Coro, A., Lang, M., Madeddu, F., & Rizzi, P. (2003). *La comprensione clinico-dinamica del colloquio*. Milano: Raffaello Cortina.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition, Text revised (DSM-IV-TR)*. Washington DC: American Psychiatric Association. Trad. it. DSM-IV-TR. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson.
- Amodio, D. M., & Frith, C. D. (2006). Meeting of minds: the medial frontal cortex and social cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 7, 268-277.
- Anderson, C. W., & McMaster, G. E. (1986). Modeling emotional tone in stories using tension level and categorical states. *Computer and the Humanities*, 20, 3-9.
- Angus, L. E., & McLeod, J. (2004). *The handbook of narrative and psychotherapy*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Angus, L. E., & McLeod, J. (2004). Toward an integrative framework for understanding the role of narrative in the psychotherapy process. In L. E. Angus, & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy* (pp. 367-374). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Angus, L. E., Hardtke, K., & Lewin, H. (1996). *The narrative process coding system manual: Revised edition*. North York, Ontario, Canada: York University.
- Angus, L. E., Lewin, J., Boutard, B., & Rotondi-Trevisan, D. (2004). What's the story? Working with narrative in experiential psychotherapy. In L. E. Angus, & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy* (pp. 87-102). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Appelbaum, S. A. (1981). *Effective change in psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Appelbaum, S. A. (1990). The relationship between assessment and psychotherapy. *Journal of Personality Assessment*, 35, 379-393.
- Arlow, J. A. (1979). The genesis of interpretation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 193-206.
- Arnold, M. (1960). *Emotion and personality. Vol. 1: Psychological aspects*. New York: Columbia University Press.
- Aron, L. (1991). The patient's experience of the analyst's subjectivity. *Psychoanalytic Quarterly*, 49, 678-692.
- Aron, L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale NJ: Analytic Press.
- Atwood, G. E., & Stolorow, R. D. (1980). Psychoanalytic concepts and the representational world. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 3, 267-290.
- Atwood, G. E., & Stolorow, R. D. (1984). *Structures of subjectivity: Explorations in psychoanalytic phenomenology*. Hillsdale: Analytic Press.
- Atwood, G. E., & Stolorow, R. D. (1993). *Faces in a cloud: Intersubjectivity in personality theory*. Aronson: Northvale.
- Bakeman, R. (1983). Computing lag sequential statistics: the ELAG program. *Behavioural Research Methods Instrumentation*, 15, 530-5.

- Bakeman, R., & Gottman, J. M. (1986). *Observing Interactions: An Introduction to Sequential Analysis*. New York: Cambridge University Press.
- Bakeman, R., & Quera, V. (1995). Log-linear approaches to lag-sequential analysis when consecutive codes may and cannot repeat. *Psychological Bulletin*, 118, 272-284.
- Bakeman, R., Adamson, L. B., & Strisik, P. (1989). Lags and logs: statistical approaches to interaction (SPSS version), In M. D. Bornstein, & J. Bruner (Eds.), *Interaction in Human Development* (pp. 241-260). New York: Hillsdale Lawrence Erlbaum.
- Bakerman, R. (1997). *Observing interaction: An introduction to sequential analysis*. New York: Cambridge University Press.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance outcome correlation: Exploring the relative importance of the therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 842-852.
- Balestri, L. (2002). Il processo diagnostico. In F. Del Corno, & M. Lang (a cura di), *Psicologia clinica. Vol. 2: La relazione con il paziente* (pp. 72-89). Milano: Franco Angeli.
- Balestri, L., Orefice, S., & Pandolfi, C. (1996). Il processo diagnostico. In F. Del Corno, & M. Lang (a cura di), *Psicologia clinica. Vol. 2: La relazione con il paziente* (pp. 72-89). Milano: Franco Angeli.
- Baranger, M. (1961). Process and non-process in analytic work. *International Journal of Psychoanalysis*, 64, 1-15.
- Baranger, W., & Baranger, M. (1962). *The analytic setting as bipersonal*. Oxford: Oxford University Press. Trad. it. *La situazione analitica come campo bipersonale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Barber, J. P. (2009). Toward a working through of some conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 19(1), 1-12.
- Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59(9), 869-878.
- Barresi, J., & Moore, C. (1996). Intentional relations and social understanding. *Behavioral and Brain Sciences*, 19(1), 107-154.
- Barrett, K. C., & Campos, J. J. (1987). *Perspectives on emotion development. II: A functionalist approach to emotions*. In J. D. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (pp. 555-578). New York: Wiley.
- Barron, J. W. (1998). *Making diagnosis meaningful: Enhancing evaluation and treatment of psychological disorders*. Washington, DC, US: American Psychological Association. Trad. it. *Dare un Senso alla Diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bartlett, F. C. (1932). *Remembering: A study in social psychology*. Cambridge, UK: Cambridge University Press. Trad. it. *La memoria: studio di psicologia sperimentale e sociale*. Milano: Franco Angeli.
- Beebe, B., & Jaffe, J. (1992). The contribution of infant responsivity to the prediction of infant attachment. *Infant Behavior and Development*, 15, 113-125.
- Beebe, B., & Lachmann, F. (1988). Mother-infant mutual influence and precursors of psychic structure. In A. Goldberg (Ed.), *Progress in self psychology*. Hillsdale: Analytic Press.
- Beebe, B., & Lachmann, F. (1988). The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self and object representations. *Psychoanalytic psychology*, 5, 305-337.
- Beebe, B., & Lachmann, F. (1994). Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology*, 11, 127-166.
- Beebe, B., & Lachmann, F. (2002). *Infant Research and Adult Treatment: Co-constructing interactions*. New York: The Analytic Press. Trad. it. *Infant Research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni*. Milano: Raffaello Cortina.
- Beebe, B., Jaffe, J., & Lachmann, F. (1992). A dyadic system view of communication. In N. Skolnick, & S. Warshaw (Eds.), *Relational perspectives in psychoanalysis* (pp. 61-81). Hillsdale: Analytic Press.
- Benjamin, L. S. (1994). SASB: a Bridge between Personality Theory and Clinical Psychology. *Journal article by Benjamin, Wonderlich; Psychological Inquiry*, 5.
- Bentler, P. M., & Wu, J. C. (1995). EQS for Windows user guide. Encino, CA: Multivariate Software, Inc.
- Berenbaum, H., Raghavan, C., Le Huynh-Nhu, L., Vernon, L. L., & Gomez, J. J. (2003). A taxonomy of emotional disturbances. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 206-226.
- Bernardi, R. (2003). *What kind of evidence makes the analyst change his or her theoretical and technical ideas?*. New York: Leuzinger-Bohleber.
- Berti Ceroni, G. (2000). Psicoanalisi e neuroscienze. Lo stato attuale dei segni di attenzione, convergenze e collaborazioni. *Rivista di Psicoanalisi*, XLVI 1, 119-130.

- Beutler, H., Nobles, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 307-390). New York: Wiley.
- Binder, J. (1998). The therapeutic alliance in the relational models of time-limited dynamic psychotherapy. In J. Safran & C. Muran (Eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 39-62). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. London: Heinemann. Trad. it. *Apprendere dall'Esperienza*. Roma: Armando, 1972.
- Bion, W.R. (1962). A theory of thinking. *International Journal of psychoanalysis*, 43, 123-126.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S. L., Carlson, L., & Anderson, N. D. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Blass, R.B., & Carmeli, Z. (2007). The case against neuropsychanalysis. On fallacies underlying psychoanalysis' latest scientific trend and its negative impact on psychoanalytic discourse. *Interpersonal Journal of Psychoanalysis*, 88, 19-40.
- Blum, H. P., & Fonagy, P. (2005). Psychoanalytic controversies: Repression, transference and reconstruction. *Interpersonal Journal of Psychoanalysis*, 84, 497-513.
- Bollas, C. (1987). *The shadow of the object: Psychoanalysis of the unthought know*. New York: Columbia University Press.
- Bolognini, S. (2008). *Passaggi Segreti: Teoria e Tecnica dell'Interpretazione Interpsichica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bond, M., Banon, E., & Grenier, E. (1998). Differential effects of interventions on the therapeutic alliance with patients with personality disorders. *Journal of Psychotherapy Practice Research*, 7, 301-18.
- Bonfanti, A. A., Campanelli, L., Ciliberti, A., Golia, G., & Papini, S. P. (2008). Speech disfluencies in spoken language: the Italian Computerized Dictionary (I-DF) and its application on a single case. *International Conference SPR, Barcellona*.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16, 252-260.
- Borg, E. (2007). If mirror neurons are the answer, what was the question? *Journal of Consciousness Studies*, 14(8), 5-19.
- Bornstein, R. F. (2001). The impending death of psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 18, 2-20.
- Boston Change Process Study Group (2002). Explicating the implicit: the local level and the microprocess of change in the analytic situation. *International Journal of Psychoanalysis*, 83, 1051-1062.
- Boston Change Process Study Group (2003). Something more than the 'something more than interpretation' is needed: a comment on the paper by the Process of Change Study Group. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 109-118.
- Boston Change Process Study Group (2005). The 'something more' than interpretation revised: Sloppiness and cocreativity in the psychoanalytic encounter. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 53(3), 693-729.
- Boston Change Process Study Group (2007). The foundational level of psychodynamic meaning: Implicit process in relation to conflict, defense and the dynamic unconscious. *Interpersonal Journal of Psychoanalysis*, 88, 843-860.
- Boston Change Process Study Group (2008). Forms of relational meaning: Issues in the relations between the implicit and reflective-verbal domains. *Psychoanalytic Dialogues*, 18, 125-202.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1: Attachment*. Basic Books: New York. Trad. it. *Attaccamento e perdita. Vol. 1: L'attaccamento alla madre*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. 2: Separation*. Basic Books: New York. Trad. it. *Attaccamento e perdita. Vol. 2: La separazione dalla madre*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Vol. 3: Loss, sadness and depression*. Basic Books: New York. Trad. it. *Attaccamento e perdita. Vol. 3: La perdita della madre*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: clinical applications of attachment and depression*. Basic Books: New York. Trad. it. *Una base sicura: applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bradley, S. J. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Bretherton, I. (1991). Intentional communication and the development of an understanding of mind. In D. Frye, C. Moore (Eds.), *Children's theories of mind: Mental states and social understanding* (pp. 271-289). Erlbaum: Hilldale.

- Bretherton, I. (1993). From dialogue to internal working models: The co-construction of self in relationships. In C. A. Nelson (Ed.), *Minnesota symposia on child psychology: Memory and Affect in development*. Erlbaum: Hillsdale.
- Bridges, L., & Grolnick, W. (1995). The development of emotional self-regulation in infancy and early childhood. In N. Eisenberg (Ed.), *Social development: Review of child development research* (pp. 185-211). Sage: Thousand Oaks.
- Bromberg, P. (1991). On knowing one's patient inside out: The aesthetics of unconscious communication. *Psychoanalytic Dialogues*, 1, 399-422.
- Bromberg, P. (1996). Standing in the space: The multiplicity of self and the psychoanalytic relationship. *Contemporary Psychoanalysis*, 32, 509-536.
- Bruner, J. S. (1966). On cognitive growth. In J. S. Bruner, R. S. Oliver, & P. M. Greenfield (Eds.), *Studies in cognitive growth* (pp. 1-67). New York: Wiley.
- Bruschweiler Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L. W., Stern, D., & Tronick, E. Z. (2005). The something more than interpretation revised. Sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 53/3, 693-729.
- Bucci, W. (1984). Linking words and things: Basic processes and individual variation. *Cognition*, 17, 137-153.
- Bucci, W. (1985). Dual coding: A cognitive model for psychoanalytic research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 33, 571-607.
- Bucci, W. (1988). Converging evidence for emotion structures: Theory and method. In H. Dahl, H. Kachele, & H. Thoma (Eds.), *Psychoanalytic process research strategies* (pp. 29-50). New York: Springer-Verlag.
- Bucci, W. (1989). A reconstruction of Freud's tally argument: A program for psychoanalytic research. *Psychoanalytic Inquiry*, 9, 249-281.
- Bucci, W. (1993). The development of emotional meaning in free association. In A. Wilson, & J. E. Gedo (Eds.), *Hierarchical concepts in psychoanalysis: Theory, research, and clinical practice* (pp. 3-47). New York: Guilford Press.
- Bucci, W. (1995). The power of narrative: A multiple code account. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure and health* (pp. 71-92). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bucci, W. (1997). Empirical studies of 'good' and troubled hours: A multiple code interpretation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45, 1-34.
- Bucci, W. (1997). Lo sviluppo del significato emozionale delle libere associazioni. *Setting*, 4, 61-106.
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive science*. New York: Guilford Press. Trad. it. *Psicoanalisi e scienza cognitiva: una teoria del codice multiplo*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry*, 17(2), 151-172.
- Bucci, W. (1999). Schemi del discorso nelle ore 'buone' e in quelle problematiche: un'interpretazione tramite codice multiplo. *Psicoterapia*, 14/15, 30-47.
- Bucci, W. (2000). The need for a 'psychoanalytic psychology' in the cognitive science field. *Psychoanalytic Psychology*, 17, 203-224.
- Bucci, W. (2001). Pathways of emotional communication. *Psychoanalytic Inquiry*, 20, 40-70.
- Bucci, W. (2001). Toward a 'psychodynamic science': the state of current research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49, 57-68.
- Bucci, W. (2002). The challenge of diversity in modern psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 19, 216-226.
- Bucci, W. (2002). The Language of Emotions. *Evolution and Cognition*, 8, 2-10.
- Bucci, W. (2002). The referential process, consciousness, and the sense of self. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 766-793.
- Bucci, W. (2002). Varieties of dissociative experiences: a multiple code account and a discussion of Bromberg's case of William. *Psychoanalytic Psychology*, 21, 216-226.
- Bucci, W. (2003). Varieties of dissociative experiences: A multiple code account and a discussion of Bromberg's case of William. *Psychoanalytic Psychology*, 20(3), 542-557.
- Bucci, W. (2005). Basic concepts and methods of psychoanalytic process research. In E. Person, A. Cooper, & G. Gabbard (eds.), *Textbook of Psychoanalysis* (pp. 339-355). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bucci, W. (2007). Four domains of experience in the therapeutic discourse. *Psychoanalytic Inquiry*, 32, 12-24.

- Bucci, W. (in press). Building the interface of research and practice: achievements and unresolved questions. In W. Bucci, & N. Freedman (Eds.), *The interface of empirical research and analytic thought: The vision of Robert Wallerstein*. New York: International University Press.
- Bucci, W. (in press). Emotion structures, narrative structures and the CCRT. In L. Luborsky, H. Kachele, R. Dahlbender, & L. Diguier (Eds.), *The CCRT method and its discoveries*.
- Bucci, W., & Freedman, N. (1978). Language and hand: The dimension of referential competence. *Journal of Personality*, 46, 594-622.
- Bucci, W., & Freedman, N. (1981). The language of depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 45, 334-358.
- Bucci, W., & Freedman, N. (2003) The interface of empirical research and analytic thought: the vision of Robert Wallerstein. *Psychological Issues Monograph Series*. New York: International Universities Press.
- Bucci, W., & Kabasakalian-McKay, R. (2000). Manuale per la codifica dell'attività referenziale. in A. De Coro, G. Caviglia (a cura di), *La valutazione dell'Attività Referenziale*. Roma: Edizioni Kappa.
- Bucci, W., & Maskit, B. (2005). Building a weighted dictionary for Referential Activity. In Y. Qu, J. G. Shanahan, & J. Wiebe (Eds.), *Exploring attitudes and affect in text: Theories and applications*. New York: AAAI Press.
- Bucci, W., & Maskit, B. (2005). Objective discourse measures applied to psychoanalytic sessions. *Poster presented at the 17th annual convention of the American Psychological Society*.
- Bucci, W., & Maskit, B. (2006). *The psychoanalytic method in modern dress: Empirical studies of the treatment process*. Paper submitted for publication.
- Bucci, W., & Maskit, B. (2007). Smoothing psychological discourse variables to capture the flow of verbal interaction. On line.
- Bucci, W., & Maskit, B. (2008). Computerized Views Of Psychoanalytic Treatments At Increasing Magnification. *RAAPA Meeting, 16-20 January New York*.
- Bucci, W., & Maskit, B. (2007) Beneath the Surface of the Therapeutic Interaction: the Psychoanalytic Method in Modern Dress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(4), 1355-1397.
- Bucci, W., & Miller, N. (1993). Primary process analogue: The referential activity (RA) measure. In N. Miller, L. Luborsky, J. Barber, & J. Docherty (Eds.), *Psychodynamic treatment research* (pp. 387-406). New York: Basic Books.
- Bucci, W., Kabasakalian-McKay, R., & the RA Research Group (1992). *Instructions for scoring referential activity (RA) in transcripts of spoken narrative texts*. Ulm, Germany: Ulmer Textbank.
- Bucci, W., Zoppi, L., & Solano, L. (2001). Teoria del codice multiplo e attività referenziale. In L. Solano. *Tra Mente e Corpo: come si costruisce la Salute* (pp. 231-254). Milano: Raffaello Cortina.
- Buchheim, A., & Mergenthaler, E., (2000). The relationship among attachment representation, emotion-abstraction pattern, and narrative style: A computer-based text analysis of the adult attachment interviews. *Psychotherapy Research*, 10(4), 390-407.
- Buonarrivo, L., Lingiardi, V., Ortu, F., Palombo, L., De Coro, A., & Dazzi, N. (2000). Transfert, stile difensivo, attività referenziale: un'ipotesi di lettura single case. *Ricerca in Psicoterapia*, 3(2-3), 169-189.
- Burke, A., Heuer, F., & Reisberg, D. (1992). Remembering emotional events. *Memory and Cognition*, 20, 277-290.
- Calissano, P. (2001). *Mente e cervello: un falso dilemma?* Genova: Il Melograno.
- Calkins, S. D. (1994). Origins and outcome of individual differences in emotion regulation. In N. A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 53-72.
- Campos, J. J., Mumme, D. L., Kermoian, R., & Campos, R. G. (1994). A functionalist perspective on the nature of emotion. In N. A. Fox, (1994). *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2/3 240), 284-303.
- Canestrari, R., & Godino A. (1997). *Trattato di psicologia*. Bologna: CLUEB.
- Carli, L., & Rodini, C. (2008). *Le forme di intersoggettività. L'implicito e l'esplicito nelle relazioni interpersonali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Carli, R., & Panicia, R. M. (1999). *Analisi emozionale del testo*. Milano: Franco Angeli.
- Carson, J. L., & Ross, D. P. (1996). Reciprocal Negative Affect in Parent-Child Interactions and Children's Peer Competency. *Child Development*, 67, 2217-2226.
- Carver, C. S. (2001). Affect and the function bases on behavior: On the dimensional structure of affective experiences. *Personality and Social Psychology Review*, 5, 345-356.



- Casonato, M. (2003). La metafora nella ricerca in psicoterapia. In A. Paciolla, & Natoli N. (a cura di), *Metafora e psicologia*. Roma: Laurus Robuffo.
- Casonato, M. (2005). *Metafora ed esperienza corporea*. Convegno Il linguaggio dell'esperienza 10-12 novembre Santorso.
- Casonato, M. (2006). *L'analisi delle espressioni metaforiche nella clinica*. Primo convegno nazionale del Metaphor Club 12-13 maggio Università degli Studi di Milano Bicocca.
- Casonato, M., & Gallo, I. F. (2005). *L'analisi computerizzata del processo terapeutico*. Urbino: QuattroVenti.
- Casonato, M., (2006). *Teoria della malattia, teorie della malattia*. Riabilitazione neurocognitiva.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. In N. A. Fox (Ed.), Biological and behavioral foundations of emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 228-249.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationship. N. A. Fox (Ed.), The development of attachment regulation. *Monography of Society for Research in Child Development*, 240, 228-249.
- Caviglia, G. (2001). L'Attività Referenziale (RA) di Wilma Bucci: fra terapia, ricerca psicodinamica e teoria psicoanalitica. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 68, 319-328.
- Caviglia, G., & De Coro, A. (2000). Ricerca empirica e cambiamento terapeutico: lo studio dell'attività referenziale fra psicoanalisi e psicologia cognitiva. In A. De Coro, & G. Caviglia (a cura di), *La valutazione dell'attività referenziale*. Roma: Edizioni Kappa.
- Chasseguet-Smirgel, J. C. (1992). Some Thoughts on the Psychoanalytic Situation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40:3-25.
- Chefetz, R. A. M. D., & Bromberg, P. M. (2004). Talking with Me and Not-Me: A Dialogue. *Contemporary Psychoanalysis*, 40:409-464.
- Matthis I. (2000). Sketch for a Metapsychology of Affect. *International Journal of Psycho-Analysis*, 81:215-227.
- Christianson, S. A. (1992). *Handbook of emotion and memory*. Erlbaum: Hillsdale.
- Cicchetti, D. & Rogosch, F. A. (1997). Self-organization. *Development and psychopathology*, 9. (special issue)
- Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (1995). Perspectives on developmental psychopathology. In D. Cicchetti, & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology, vol. 1: Theory and methods*. New York: Wiley.
- Cicchetti, D., & Tucker, D. (1994). Development and self-regulatory structures of the mind. *Development and psychopathology*, 6, 533-549.
- Cicchetti, D., Ackerman, B. P., & Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 7, 1-10.
- Cicchetti, D., Ganiban, J., & Barrett, D. (1991). Contributions from the study of high-risk populations to understanding the development of emotion regulation. In J. Gardes, & K. A. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 15-48). New York: Cambridge University Press.
- Cimatti, F. (2004). Logica e desiderio nella relazione analitica. *Rivista di psicoanalisi*, 1(2), 495-510.
- Ciampi, L. (1991). Affects as central organizing and integrating factors: A new psychosocial/biological model of the psyche. *British Journal of Psychiatry*, 159, 97-105.
- Clark, H. H. (1994). Discourse in production. In M. A. Gernsbacher (Ed.), *Handbook of psycholinguistic*. San Diego: Academic press.
- Clark, H. H. (1996). *Using language*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Clyman, R. B. (1991). The procedural organization of emotions: A contribute from cognitive science to the psychoanalytic theory of therapeutic action. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 349-382.
- Coady, N. F. (1991). The association between complex types of therapists interventions and outcomes in psychodynamic psychotherapy. *Research on Social Work Practice*, 1, 257-277.
- Cohler, B. J., & Galatzer-Levy, R. (2007). What kind of science is psychoanalysis? *Psychoanalytic Inquiry*, 547-582.
- Cohn, J., & Beebe, B. (1990) Sampling interval affects time-series regression estimates of mother-infant influence. *Infant Behaviour and Development*, 13, 317-324.
- Cole, P. M., Martin, S. E., & Tennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: methodological challenges and directions for child development research. *Child development*, 75(2), 317-333.
- Cole, P. M., Michael, M. K., & O'Donnel-Teti, L. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. In N. A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations*. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 250-283.

- Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L. O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. In N. A. Fox (1994). The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2/3 240), 73-100.
- Cole, R. (1989). *The call of stories: Teaching and the moral imagination*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Conway, M. A. (2003). Commentary: Cognitive-affective mechanism and processes in autobiographical memory. *Memory*, 11, 217-224.
- Cooper, A. M. (1988). Our changing views of the therapeutic action of psychoanalysis: comparing Strachey and Loewald. *Psychoanalytic Quarterly*, 57, 15-27.
- Cooper, S., Bond, M. (1992). *The Psychodynamic Rating Scale (PIRS)*. Unpublished manual. San Francisco: University of California.
- Craik, F. I. M., Moroz, T. M., Moscovitch, M., Stuss, D. T., Winocur, G., Tulving, E., & Kapur, S. (1999). In search of the self: A positron emission tomography study. *Psychological Science*, 10, 26-34.
- Crits-Christoph, P., Barber, J., & Kurcias, J. (1993). The accuracy of therapists' interpretations and the development of the therapeutic alliance. *Psychotherapy Research*, 3, 25-35.
- Crits-Christoph, P., Cooper, A., & Luborsky, L. (1998). The measurement of accuracy of interpretations. In L. Luborsky, & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding transference*. New York: Basic Books.
- Dahl, H. (1988). Frames of mind. In H. Dahl, H. Kachele, & H. Thoma (Eds.), *Psychoanalytic process research strategies* (pp. 51-66). New York: Springer-Verlag.
- Dahl, H. (1988). The voyage of el Rubaiyat and the discovery of FRAMES. In R. Bornstein, J. Masling (Eds.), *Empirical Studies of the therapeutic hour* (pp. 179-227). Washington, DC: American Psychological Association.
- Damasio, A. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain*. New York: Avon Books.
- Damasio, A. (1998). Emotion in the perspective of an integrated nervous system. *Brain Research Reviews*, 26, 83-86.
- Damasio, A. (1999). *The feelings of what happens*. New York: Harcourt Brace.
- Damasio, A. R. (2003). Transparent feelings. A reply to Jaak Panksepp and Douglas Watt. *Neuropsychoanalysis*, 5(2), 215-218.
- Damasio, A., & Meyer, K. (2008). Behind the looking-glass. *Nature*, 454, 167-168.
- Darwin, C. (1889). *The expression of the emotions in man and animals*. London: John Murray.
- Davidson, R. J., Jackson, D. C., & Kalin, N. H. (2000). Emotion, plasticity, context, and regulation: Perspectives from affective neuroscience. *Psychological Bulletin*, 126, 890-909.
- Dazzi, N., & De Coro, A. (1998). L'indagine sul processo nella psicoterapia psicoanalitica: per uno studio critico dei metodi di ricerca empirica. in S. Di Nuovo (a cura di), *Valutare le psicoterapie*. Milano: Franco Angeli.
- Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli, A. (2006). *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Dazzi, N., Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (2009). *La diagnosi in psicologia clinica: personalità e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina.
- De Bei, F., Colli, A., & Lingiardi, V. (2007). Deconstructing the therapeutic relationship in order to reconstruct it. *Rivista di psicologia clinica.it*.
- De Coro A., Caviglia, G., Giannini, F., Ibernì, E., & Mariani, R. (2008). Dissociazione e Trauma Nella Teoria Del Codice Multiplo. In V. Caretti, & G. Craparo (a cura di), *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale*. Firenze: Astrolabio-Ubaldini.
- De Coro, A., & Andreassi, A. (2004). *La ricerca empirica in psicoterapia*. Roma: Carocci.
- De Coro, A., & Caviglia, G. (2000). *La valutazione dell'Attività Referenziale*. Roma: Edizioni Kappa.
- De Coro, A., & Mariani, R. (2006). L'Attività Referenziale: un costrutto per lo studio del linguaggio delle narrative nella psicoterapia Dinamica. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (a cura di), *La ricerca in Psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortin.
- De Coro, A., & Mariani, R. (2006). La ricerca sull'alleanza terapeutica. In N. Dazzi, V. Lingiardi, A. Colli (a cura di), *La ricerca in psicoterapia: modelli e strumenti* (pp. 437-461). Milano: Raffello Cortina.
- De Coro, A., Mariani, R., Pazzagli, C., Andreassi, S., Ortu, F., & Caviglia, G. (2004). Il nuovo dizionario computerizzato per la valutazione dell'Attività Referenziale. Un'applicazione allo studio del caso singolo. *VI Congresso Nazionale della sezione di psicologia clinica AIP, Aosta, 23-25 Ottobre*.
- De Coro, A., Ortu, F., Caviglia, G., Andreassi, S., Pazzagli, C., Mariani, R., Visconti, E., Bonfanti, A., Bucci, W., & Maskit, B. (2004). Referential Activity and verbal exchanges in psychotherapy: A first clinical application of the Italian WRAD version to the study of a single case. *35th Annual Meeting SPR, Roma, 16-19 Giugno*.

- De Coro, A., Tagini, A., Andreassi, S., & Pazzagli, C. (2002). Il processo primario e la ricerca empirica: una nota sul modello di Wilma Bucci per lo studio della psicoterapia psicoanalitica. *Rassegna di Psicologia*, XIX, 2, 73-90.
- Decety, J. (2007). A social cognitive neuroscience model of human empathy. In E. Harmon-Jones, & P. Winkielman (Eds.), *Social neuroscience* (pp. 246-270). New York-London: Guilford Press.
- Del Corno, F., & Lang, M. (1995). *Modelli di colloquio in psicologia clinica*. Milano: Franco Angeli.
- Del Corno, F., & Lang, M. (2004). *La relazione con il paziente*. Milano: Franco Angeli.
- Del Corno, F., & Lang, M. (2005). *Elementi di psicologia clinica*. Milano: Franco Angeli.
- Derryberry, D., & Reed, M. K. (1996). Reactive and effortful processes in the organization of temperament. *Development and Psychopathology*, 9:633-652.
- De Simone, S. L. & Chang, E. C. (2001). The Influence of Hope on Appraisals, Coping, and Dysphoria: A Test of Hope Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2, 117-129.
- Dood, M., & Bucci, W. (1987). The relation of cognition and affect in the orientation process. *Cognition*, 27, 53-71.
- Dove, K., & Bucci, W. (1997). *Timing and contents of analytic intervention in the referential cycle*. Paper presented at the meeting of the Society for Psychotherapy Research, Geilo, Norway.
- Dreher, J., & Canestri, S. (2003). In *Pluralism and Unity: Methods of Research in Psychoanalysis*. London: International Psychoanalytical Association.
- Dude, E., Bucci, W., & Maskit, B. (in press). *Factors affecting temporal stability of Referential Activity*.
- Dunn, J. (1995). Intersubjectivity in psychoanalysis: critical review. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 723-738.
- Dunn, J., & Brown, J. (1991). Relationships, talk about feelings, and the development of affect regulation in early childhood. In J. Garber, & K. A. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ehrenberg, D. B. (1992). *The intimate Edge: Extending the reach of psychoanalytic interaction*. New York: WW Norton.
- Eisemberg, N., & Moore, B. S. (1997). Emotional regulation and development (special issue). *Motivation and Emotion*, 21, 1-6.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Guthrie, L. K., & Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: Their role in predicting quality of social functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 136-157.
- Eisenstein, S., Levy, N. A., & Marmor, J. (1994). *The dyadic transaction: An investigation into the nature of the psychotherapeutic process*. New Brunswick, NJ: Transaction.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotions*, 6, 169-200.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. H., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. Washington DC: American Psychological Association.
- Emde, R. N. (1988). Development terminable and interminable: recent psychoanalytic theory and therapeutic considerations. *International Journal of Psychoanalysis*, 69, 283-296.
- Erdelyi, M. H. (1985). *Psychoanalysis: Freud's cognitive psychology*. New York: Freeman. Trad. it. Freud cognitivista. Bologna: Il Mulino.
- Erikson, E. H. (1959). *Identity and the life cycle*. New York: International Universities Press.
- Etkin, A., Pittenger, C., Polna, H. J., & Kandel, E. J. (2005). Toward a neurobiology of psychotherapy: Basic science and clinical applications. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 17(2), 145-158.
- Feeney, B. C., & Kirkpatrick, L. A. (1996). Effects of adult attachment and presence of romantic patterns on psychological responses to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 255-270.
- Feinberg, S. (1983). *The analysis of cross-classified categorical data*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Feldman, L. B., Barrett, L. B., Gross, J., Tamlin Conner, C., & Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 15(6), 713-724.
- Feldman, R., & Greenbaum, C. W. (1997). Affect regulation and synchronicity in mother-infant play as precursors to development of symbolic competence. *Infant Mental Health Journal*, 18, 4-23.
- Ferro, A. (2004). Psicoanalisi e narrazione: un modello della mente e della cura. *Psiche*, 2, 23-33.
- Ferro, A. (2007). *Evitare le emozioni, vivere le emozioni*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fertuck, E. A., Blatt, S. J., Bucci, W., & Ford, R. Q. (2004). Verbal representation and therapeutic change in anaclitic and introjective inpatients. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 41(1), 13-25.



- Fine, S., & Fine E. (1990). Four psychoanalytic perspectives: A study of differences in interpretative interventions. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 1017-1048.
- Fisher, C. D., & Ashkanasy, N. M. (2000). The emerging role of emotions in work life: An introduction. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 123-129.
- Fisher, C. T. (2000). Collaborative, individualized assessment. *Journal of Personality Assessment*, 74, 2-14.
- Fleiss, J. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. New York: Wiley.
- Fluckiger, C., Caspar, F., Holtforth, M. G., & Willutzki, U. (2009). Working with patients' strengths: A microprocess approach. *Psychotherapy Research*, 19(2), 213-223.
- Fogel, A. (1993). *Developing through relationships: Origins of communication, self, and culture*. Chicago: University of Chicago Press.
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 639-56.
- Fonagy, P. (1999). Memory and therapeutic action. *International Journal of Psycho-Analysis*, 80, 215-223.
- Fonagy, P., & Target, M. (2003). *Psychoanalytic theories: Perspectives from developmental psychopathology*. London: Whurr publishers. Trad. it. *Psicopatologia evolutiva. La teorie psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fonagy, P., Kachele, H., & Krause, R. (2002). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. London: Internationa Psychoanalytical Association.
- Fonagy, P., Leight, T., Kennedy, R., Mattoon, G., Steele, H., & Target, M. (1995). Attachment, borderline states and the representation of emotions and cognitions in self and other. In D. Cicchetti, & S. Toth (Eds.), *Rochester symposium of developmental psychopathology: emotion, cognition, and representation* (pp. 371-413). Rochester NY: University of Rochester Press.
- Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (2006). Psychoanalytic perspectives on developmental psychopathology. In D. Cicchetti, & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology*. New York: Wiley.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, M., & Steele, H. (1997). *Reflective-Functioning Manual version 4.1 for application to Adult Attachment Interview*. London: University College.
- Fonagy, P. (2005). Psychotherapy meets neuroscience. A more focused future for psychotherapy research. *Psychiatric Bulletin*, 28, 357-359.
- Foreman, S. A. M. D., Gibbins, J., Grienenberger, J., & Berry, J. W. (2000). Developing Methods To Study Child Psychotherapy Using New Scales Of Therapeutic Alliance and Progressiveness. *Psychotherapy Research*, 10(4), 450-461.
- Foreman, S. A., & Marmar, C. (1985). Therapist Actions That Address Initially Poor Therapeutic Alliances in Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 142(8), 922-926.
- Foresti, G., & Rossi Monti, M. (2002). La diagnosi e il progetto. Visioning clinico e organizzatori psicopatologici. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 3, 65-82.
- Fosshage, J. L. (1990). Clinical protocol. *Psychoanalytic Inquiry*, 10, 461-477.
- Fosshage, J. L. (2004). The explicit and implicit dance in psychoanalytic change. *Journal of Analytical Psychology*, 49, 49-65.
- Fox, N. A. (1994). The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59.
- Freedberg, D., & Gallese, V. (2007). Motion, emotion and empathy in esthetic experience. *Trends in Cognitive Sciences*, 11, 197-203.
- Freedman, N., Berzofsky, M., & Dimichele, A. (2000). on transformation cycles: The symbolization of a frozen constellation. *Paper submitted for publication*.
- Freedman, N., Kagan, D., & Russel, J. (2001). *Scales of incremental symbolization: Manuals 1-4*. New York: Institute for Psychoanalytic Research.
- Freedman, N., Lasky, R., & Hurvich, M. (2003). Two pathways toward knowing psychoanalytic process. In M. Leuzinger-Bohleber, A. U. Dreher, & J. Canestri (Eds.), *Pluralism and unity? Methods of research in psychoanalysis*. London: International Psychoanalytical Association.
- Freedman, N., Lasky, R., & Hurvich, M. (2007). Transformation cycles as organized of psychoanalytic process: The method of sequential specification. *Psychomedia*, 9-25.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gabbard, G. O. (1992). Psychodynamic psychiatry in the 'decade of the brain'. *American Journal of Psychiatry*, 149, 991-998.

- Gabbard, G. O. (1995). Countertransference: the emerging common ground. *Interpersonal Journal of psychoanalysis*, 76, 475-485.
- Gabbard, G. O. (2000). A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. *Journal of Psychiatry*, 177, 117-122.
- Gabbard, G. O., & Westen, D. (2003). Rethinking therapeutic action. *Interpersonal Journal of psychoanalysis*, 84, 823-841.
- Gabbard, G. O., & Westen, D. (2003). Ripensare l'azione terapeutica. In E. Jones (Ed.), *L'azione terapeutica* (pp. 233-258). Milano: Raffaello Cortina.
- Gabbard, G. O., Horowitz, L., & Allen, J. G. (1994). Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients: a high-risk, highgain phenomenon. *Harvard Rev Psychiatry*, 4, 59-69.
- Gabbard, G. O., & Westen, D. (2003). Rethinking therapeutic action. *Interpersonal Journal of Psychoanalysis*, 84, 823-841.
- Galatariotou, C. (2000). Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy and supportive psychotherapy: contemporary controversies. *Interpersonal Journal of Psychoanalysis*, 81(2), 385-401.
- Gallese V. (2003). The roots of empathy: A shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*, 36, 171-180.
- Gallese, V. (2001). The 'shared manifold' hypothesis. From mirror neurons to empathy. *Journal of Consciousness Studies*, 8(5-7), 33-50.
- Gallese, V. (2003). La molteplice natura delle relazioni interpersonali: la ricerca di un comune meccanismo neurofisiologico. *Networks*, 1, 24-47.
- Gallese, V. (2006). La consonanza intenzionale: una prospettiva neurofisiologica sull'intersoggettività e sulle sue alterazioni nell'autismo infantile. *Dedalus*, 1(0), 18-29.
- Gallese, V. (2007). Dai neuroni specchio alla consonanza intenzionale. Meccanismi neurofisiologici dell'intersoggettività. *Rivista di psicoanalisi*, LIII(I), 197-208.
- Gallese, V., Migone, P., & Eagle, M. N. (2006). La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicoanalisi. *Psicoterapia e scienze umane*, XL, 543-580.
- Garber, J., & Dodge, K. A. (1991). *The development of emotion regulation and dysregulation*. New York: Cambridge University Press.
- Gaston, L., Piper, W., Debbane, E., Bienvenu, J., & Garant, J. (1994). Alliance and technique for predicting outcome in short- and long-term analytic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 4, 121-135.
- Gedo, J. E. (1995). Working through as metaphor and as a modality of treatment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43, 339-356.
- Gedo, J. E. (2001). The enduring scientific contributions of Sigmund Freud. *Annual of Psychoanalysis*, 29, 105-115.
- Gelso, C. J. (2009). The real relationship in a post modern world: Theoretical and empirical explorations. *Psychotherapy Research*, 19(3), 253-264.
- Gergely, G., & Watson, J. (1996). The social biofeedback model of parent affect-mirroring: the development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *International Journal of psychoanalysis*, 77, 1181-1212.
- Gergen, K. J., & Gergen, M. M. (1997). Narratives of the self. In L. P. Hinchman, & S. K. Hinchman (Eds.), *Memory, identity, community: The idea of narrative in the human science*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Gianino, A., & Tronick, E. Z. (1988). The mutual regulation model: The infant's self and interactive regulation and coping defense capacities. In T. Field, P. McCabe, & N. Schmeiderman (Eds.), *Stress and coping across development* (pp. 47-68). Hillsdale NY: Erlbaum.
- Gill, M. (1984). Psychoanalysis and psychotherapy: A revision. *International Review of Psychoanalysis*, 11, 161-180.
- Gill, M. M. (1983). Il paradigma interpersonale e la misura del coinvolgimento dell'analista. *Psicoterapia e scienze umane*, XXIX(3), 5-44.
- Gill, M. M. (1993). Tendenze attuali in psicoanalisi. *Psicoterapia e scienze umane*, XXVII(3), 5-26.
- Gill, M. M., & Holzman, P. S. (1976). *Psychology versus metapsychology*. New York: International Universities Press.
- Ginot, E. (2007). Intersubjectivity and neuroscience: Understanding enactments and their therapeutic significance within emerging paradigms. *Psychoanalytic Psychology*, 24(2), 317-332.
- Gnisci, A., & Bakeman, R. (2000). *Regression Models for sequential analysis of social interaction*. DIPAV: Quaderni.
- Goldberg, L. R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, 48, 26-34.

- Goodringe, D., & Hardy, G. E. (2009). Patterns of change in psychotherapy: An investigation of sudden gains in cognitive therapy using the assimilation model. *Psychotherapy Research*, 19(1), 114-123.
- Grasso, M., Salvatore, S., & Guido, A. (1999). Una metodologia di analisi del processo psicoterapeutico: RIFLUD (rilevatore dei flussi discorsivi). *Ricerca in Psicoterapia*, 7(1), 35-50.
- Grazzani, I. G., & Ornaghi, V. (2000). Competenze narrative e memoria autobiografica: una ricerca con bambini in età prescolare. *Ricerche di psicologia*, 4.
- Greatorex, J. (2001). Making the grade – how question choice and type affect the development of grade descriptors. *Educational Studies*, 27, 452-464.
- Green, A. (1997). Cognitivismo, neuroscienze, psicoanalisi: un dialogo difficile. *Psiche*, 5(2), 65-75.
- Greenberg, J. R. (1995). Psychoanalytic technique and the interactive matrix. *Psychoanalytic Quarterly*, 64, 1-22.
- Greenberg, L. S., & Pinsof, W. M. (1986). *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook*. New York: Guilford.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affects and the process of change*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change*. New York: Guilford Press.
- Grice, H. P. (1975). Logic and conversation. In P. Cole, J. L. Morgan (Eds.), *Speech acts*. New York: Seminar Press.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Gross, J. J. (1999). Emotion and emotion regulation. In L. A. Pervin, & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 525-552). New York: Guilford.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13, 551-573.
- Gross, J. J. (2001). *Emotion regulation in adulthood: Timing is everything*. On line.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychopathology*, 39, 281-291.
- Grotstein, J. S. (2004). I felle whqt I emote: therefore I am! Matte-Blanco's unique contribution to our understanding of affects. *4<sup>th</sup> international Bio-logic congress*.
- Grunbaum, A. (1984). *The foundations of psychoanalysis*. Berkeley: University of California Press. Trad. it. *I fondamenti della psicoanalisi: una critica filosofica*. Milano: Il Saggiatore.
- Gunderson, J. G., & Gabbard, G. O. (1999). Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47, 679-704.
- Harris, L. P. (1994). The child's understanding of emotion: Developmental change and the family environment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 3-28.
- Hatcher, R., & Barends, A. (1996). Patients' view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1326-1336.
- Hayes, G. (1994). Empathy: A conceptual and clinical deconstruction. *Psychoanalytic Dialogue*, 4, 409-424.
- Heaton, K., Hill, C., & Edwards, L. (1995). Comparing molecular and molar methods of judging therapist techniques. *Psychotherapy Research*, 5, 141-153.
- Henry, W., & Strupp, H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 51-84). New York: Wiley.
- Hesse, M. L., & Cicchetti, D. (1982). The Emergence of Developmental Psychopathology. *Child Development*, 55, 1-7.
- Hill, C. E. (1986). An overview of the Hill counselor and client verbal response modes category systems. In L. S. Greenberg, & W. M. Pinsof (Eds.), *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook* (pp. 131-159). New York: Guilford.
- Hill, C. E. (1987). Development of a counselor verbal response category system. *Journal of Consult Clinical Psychology*, 25, 461-468.
- Hill, C. E. (2005). Therapist technique, client involvement, and the therapeutic relationship: Inextricability in the therapy process. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 42, 431-442.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 19(1), 13-29.
- Hill, C. E., Helms, J. E., & Tichenor, V. (1988). Effects on therapist response modes in brief psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 35, 222-233.
- Hobson, P. (1993). *Autism and the development of mind*. New York: Lawrence Erlbaum, Hove/Hillside.

- Hofer, M. A. (1984). Relationships as regulators: A psychobiological perspective on bereavement. *Psychosomatic Medicine*, 46, 183-197.
- Hoffman, I. (1994). Dialectical thinking and therapeutic action in psychoanalytic process. *Psychoanalysis Quarterly*, 63, 187-218.
- Hoffman, I. Z., & Gill, M. M. (1998). A scheme for coding the patient's experience of the relationship with the therapist (PERT): Some applications, extensions, and comparisons. In H. Dahl, H. Kachele, & H. Thoma (Eds.), *Psychoanalytic process research strategies* (pp. 67-98). New York: Springer-Verlag.
- Hold-Denoma, J. M., Gordon, K. H., Donohue, K. F., & Waesche, M. C. (2008). Patients' affective reaction to receiving diagnosis feedback. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(6), 555-575.
- Holzer, M., Mergenthaler, E., Pokorny, D., Kachele, H., & Luborsky, L. (1996). Vocabulary measures for the evaluation of therapy outcome: Re-studying the transcripts from the Penn Psychotherapy Project (PPP). *Psychotherapy Research*, 6, 95-108.
- Hooley, J. M., Miklowitz, D. J., & Beach, S. R. H. (2006). Expressed emotions and DSM-V. In S. R. H. Beach, M. Z. Walbondt, N. J. Kaslow, R. E. Heyman, & M. B. First (Eds.), *Relational processes and DSM-V: Neuroscience, Assessment, and Treatment* (pp. 175-191). Washington: American Psychiatry Association.
- Horowitz, L., Rosenberg, S., & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 549-560.
- Horowitz, M. J. (1998). *Cognitive psychodynamics: From conflict to character*. New York: Wiley.
- Horowitz, M. J. (1999). Stati, schemi e controllo: teorie generali per un'integrazione in psicoterapia. *Psicoterapia*, 18, 71-81.
- Horowitz, M. J., Stinson, C., Curtis, D., Ewert, M., Redington, D., Singer, J., Bucci, W., Mergenthaler, E., Milbrath, C., & Hartley, D. (1993). Topics and signs: Defensive control of emotional expression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 421-430.
- Horowitz, M., Cooper, S., & Fridhandler, B. (1992). Control processes and defense mechanisms. *Journal of Psychotherapy Practice Research*, 1, 324-336.
- Horowitz, M., Milbrath, C., & Reidbord, S. (1993). Elaboration and dyselaboration: measures of expression and defense in discourse. *Psychotherapy Research*, 3, 278-293.
- Horvath, A. (1994). Research on the alliance. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 259-286). New York: Wiley.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relations That Work*. Oxford: Oxford University Press.
- Horvath, A., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.
- Horvath, A., & Symonds, B. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Horwitz, L., Gabbard, G.O., Allen, J.G., Frieswyk, S.H., Colson, D.B., Newson, G.E., & Coyne, L. (1996). *Borderline personality disorder. Tailoring the psychotherapy to the patient*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- House, J., & Portuges, S. (2004). Relational Knowing, Memory, Symbolization, and Language: Commentary on the Boston Change Process Study Group. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53:731-743.
- Hull, J. (1990). *Attunement and the rhythm of dialogue in psychotherapy: I. Empirical findings*. Paper presented at annual conference of the Society for Psychotherapy Research, Wintergreen, WV.
- Iacoboni, M. (2007). The quiet revolution of existential neuroscience. In E. Harmon-Jones, & P. Winkielman (Eds.), *Social neuroscience* (pp. 439-453). New York-London: Guilford Press.
- Imbasciati, A. (2004). Una proposta per una teoria esplicativa in psicoanalisi. *Rivista di Psicoanalisi*, L2, 351-372.
- Izard, C. E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. E., & Kobak, R. R. (1991). Emotions system functioning and emotion regulation. In j. Garber, & K. A. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jaffe, J., Beebe, B., Feldstein, S., Crown, C., & Jasnow, M., (2001). Rhythms of dialogue in early infancy. *Monographs of the Society for Research in Child development*, 66, 1-132.
- Jensen-Doss, A., & Weisz, J. R. (2008). Diagnostic agreement predicts treatment process and outcomes in youth mental health clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 711-722.

- Jones, E. E., Cumming, J. D., & Horowitz, M. J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 56, 48-55.
- Jones, J. (1995). *Affects as process*. Hillsdale: Analytic Press.
- Joyce, A., & Piper, W. (1998). Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 236-248.
- Kachele, H. (1983). Verbal activity level of therapists in initial interviews and long-term psychoanalysis. In W. Minsell, & W. Herff (Eds.), *Methodology in psychotherapy research*. Frankfurt: Lang.
- Kachele, H., & Thoma, H. (1993). Psychoanalytic process research: Methods and achievements. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41, 109-129.
- Kachele, H., & Thoma, H. (2003). *La ricerca in psicoanalisi*. Urbino: QuattroVenti.
- Kachele, H., Mergenthaler, E., & Holzer, M. (1999). The analyst's vocabulary. In P. Fonagy, A. M. Cooper, & R. S. Wallerstein (Eds.), *Psychoanalysis on the move: the work of Joseph Sandler*. London: Routledge.
- Karasu, T. B. (1995). Il dilemma dei fattori terapeutici specifici/aspecifici. Identificare i mediatori del cambiamento terapeutico. *Psicoterapia*, 2, 47-65.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63, 146-159.
- Keenan, K. (2000). Emotion dysregulation as a risk factor for child psychopathology. *Clinical Psychology: Science and practice*, 7, 418-434.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press. Trad. it. *Disturbi gravi della personalità*. Torino: Boringhieri.
- Kernberg, O. F. (1990). New perspectives in psychoanalytic affect theory. In R. Plutchik, & H. Kellerman (Eds.), *Emotion: Theory, research and experience* (pp. 115-131). New York: Academic Press.
- Kernberg, O. F. (1999). Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy and supportive psychotherapy: contemporary controversies. *Interpersonal Journal of Psychoanalysis*, 80, 1075-1092.
- Kernberg, O. F. (2006). The pressing need to increase research in and on psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 919-926.
- Kiesler, D. J. (1973). *The Process of Psychotherapy: Empirical Foundations and Systems of Analysis*. Chicago: Aldine.
- Kiesler, D. J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research: Personality, psychopathology, and psychotherapy*. New York: Wiley.
- Klein, M. (1948). *Contributions to psychoanalysis, 1921-1945*. London: Hogart Press.
- Knoblauch, S. H. (2000). *The musical edge of therapeutic dialogue*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press. Trad. it. *La guarigione del sé*. Torino: Boringhieri.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?*. Chicago: The University Press of Chicago. Trad. it. *La cura psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Kokotovic, A., & Tracey, T. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 16-21.
- Kopp, C. B. (1989). Regulation of distresses and negative emotions: A developmental view. *Developmental psychology*, 25, 343-354.
- Kopp, C. B., & Neufeld, S. J. (2003). Emotional development during infancy. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences* (pp. 347-374). New York: Oxford University Press.
- Kris, E. (1952). *Psychoanalytic explorations in art*. New York: International Universities Press. Trad. it. *Ricerche psicoanalitiche sull'arte*. Torino: Einaudi.
- Kris, E. (1956). On some vicissitudes of insight in psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 445-455.
- Krupnick, J., Elkin, I., Collins, J., Simmens, S., Sotsky, S., & Watkins, J. (1994). Therapeutic alliance and clinical outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Preliminary findings. *Psychotherapy*, 31, 28-35.
- Krystal, H. (1988). *Integration and self-healing: Affect, trauma, alexithymia*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (1980). The metaphorical structure of the human conceptual system. *Cognitive science*, 4, 195-208.



- Lang, M. (1996). La relazione tra psicologi clinico e paziente. In F. Del Corno, M. Lang (a cura di), *Psicologia clinica. Vol. 2: La relazione con il paziente* (pp. 17-71). Milano: Franco Angeli.
- Lang, M. (1998). Problemi teorici di una classificazione delle malattie psichiatriche. In F. Del Corno, M. Lang (a cura di), *Psicologia clinica. Vol. 1: Fondamenti storici e metodologici* (pp. 95-130). Milano: Franco Angeli.
- Lang, M., & Orefice, S. (1995). Alcuni problemi di metodologia clinica nel colloquio. In G. Trentini (a cura di), *Manuale del colloquio e dell'intervista* (pp. 171-198). Torino: Utet.
- Lang, P. I. (1994). The varieties of emotion experience: mediation on James-Lange theory. *Psychological Review*, 101, 1-221.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- LeDoux, J. E. (1989). Cognitive-emotional interactions in the brain. *Cognition and Emotion*, 3, 267-289.
- LeDoux, J. E. (1996). *The emotional brain*. New York: Simon & Schuster.
- LeDoux, J. E. (1999). Psychoanalytic theory: Clues from the brain. *Journal of Neuropsychanalysis*, 1, 44-49.
- Leslie, A. M. (1987). Pretence and representation: the origins of 'theory of mind'. *Psychological Review*, 94, 412-426.
- Levy, S. T., & Inderbitzin, L. B. (2000). Regression and Psychoanalytic Technique: The Concretization of a Concept. *Psychoanalytic Quarterly*, 69:195-223.
- Lieberman, M. D., Eisenberger, N. I., Crockett, M. J., Tom, S. M., Pfeifer, J. H., & Way, B. M. (2007). Putting feelings into words. Affect labeling disrupts amygdale activity in response to affective stimuli. *Psychological Science*, 18(5), 421-428.
- Linden, D. E. J. (2006). How psychotherapy changes in brain – the contribution of functional neuroimaging. *Molecular Psychiatry*, 11, 528-538.
- Linehan, L. (1993). Working intersubjectively: Contextualism in psychoanalytic practice. *apa.org*.
- Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica. Teoria, clinica, ricerca*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lingiardi, V., & Colli, A. (2003) Alleanza Terapeutica: rotture e riparazioni. *Quaderni di Psicologia, Analisi Transazionale e Scienze Umane*, 38, 128-217.
- Lingiardi, V., & De Bei, F. (2007). Una proposta di integrazione delle variabili relazionali nella ricerca empirica in psicoterapia. In G. Nicolò, S. Salvatore (a cura di), *La ricerca sui risultati e sul processo in psicoterapia*. Roma: Edizioni Carlo Amore.
- Lingiardi, V., Shedler, J., & Gazzillo, F. (2006). Assessing personality change in psychotherapy with the SWAP-200: a case study. *Journal of Personality Assessment*, 40, 123-130.
- Liotti, G. (1992). Disorganizzazione dell'attaccamento e predisposizione allo sviluppo di disturbi funzionali della coscienza. In M. Ammaniti, & D. N. Stern (a cura di), *Attaccamento e psicoanalisi*. Roma-Bari: Laterza.
- Lis, A., Venuti, P., & De Zordo, M. R. (1995). *Il colloquio come strumento psicologico*. Firenze: Giunti.
- Litowitz, B. E. (2008). An academic exchange on empathy. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 56(3), 709-711.
- Luborsky, L., & Crist-Cristoph, P. (1988). The assessment of transference by the CCRT method. In H. Dahl, H. Kachele, & H. Thoma (Eds.), *Psychoanalytic process research strategies* (pp. 99-108). New York: Springer-Verlag.
- Luborsky, L., & Crist-Cristoph, P. (1990). *Understanding transference: The CCRT method*. New York: Basic Books. Trad. it. *Capire il transfert*. Milano: Cortina.
- Luborsky, L., Barber, J. P., Binder, J., Curtis, J., Dahl, H., Horowitz, L. M., Horowitz, M., Perry, J., & Scacht, T. (1993). Transference-related measures: A new class based on psychotherapy sessions. In N. Miller, L. Luborsky, J. Barber, & J. Docherty (Eds.), *Psychodynamic treatment research* (pp. 326-341). New York: Basic Books.
- Luborsky, L., Popp, C., Barber, J. P., & Shapiro, D. (Eds.), (1994). *Psychotherapy Research*, 4(3 & 4), 151-290. (special issues)
- Lutz, W., & Hill, C. E. (2009). Quantitative and qualitative methods for psychotherapy research. *Special issue in Psychotherapy Research*, 19(4/5).
- Lyons-Ruth, K. (1995). Broadening our conceptual frame work: Can we re-introduce regulation strategies and implicit system sto the study of psychopathology?. *Developmental Psychology*, 31, 432-436.
- Magai, C., Hunziker, J., & Mesias, W. (1993). Adult attachment styles and emotional biases. *International Journal of Behavioral Development*, 24(3), 301-309.
- Magai, C. (1999). Affect, imagery, and attachment: Working models of interpersonal affect and the socialization of emotion. In Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 787-802). New York, NY, US: Guilford Press.

- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. New York: Basic Books.
- Malatesta, C. Z. (1990). The role of emotions in the development and organization of personality. In Thompson, R. A. (Ed), *Nebraska Symposium on Motivation, 1988: Socioemotional development. Current theory and research in motivation* (pp. 1-56). Lincoln, NE, US: University of Nebraska Press.
- Mallinckrodt, B. (1991). Clients' representations of childhood demotional bonds with parents, social support, and formation of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 401-409.
- Mancia, M. (2006). Tra psicoanalisi e cognitivismo: una nota critica sul libro di Daniel Stern Il momento presente. In psicoterapia e nella vita quotidiana. *Rivista di psicoanalisi*, LII(1), 213-223.
- Mancia, M. (2007). L'inconscio e la sua storia. *Psiche*, 1, 35-50.
- Mandler, G. (1975). *Mind and emotion*. New York: Wiley.
- Mandler, G. (1984). *Mind and body*. New York: Norton.
- 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* (pp. 171-183). Milano: Franco Angeli.
- Mariani, R. (2007). *Il dizionario computerizzato dell'AR in lingua italiana: indicatori empirici emergenti dell'applicazione dell'IWRAD alla valutazione del processo*. Padova: Quaderni CDP.
- Mariani, R. (tesi di dottorato). *Per uno studio del Processo referenziale in Psicoterapia. Il Dizionario delle Parole Riflessive (IREF) un indicatore linguistico in relazione all'IWRAD nello studio delle narrative*.
- Martin, D., Garske, J., & Davis, M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A metaanalytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Maskit, B. (2004). Development of the Italian Weighted Referential Activity Dictionary (I-WRAD); linguistic implications and clinical applications. *International Conference SPR, Roma*.
- Maskit, B., Bucci, W., & Roussos, A. J. (2004). *Capturing the flow of verbal interaction: the Discourse Attributes Analysis Program*. Manoscritto on line.
- Matos, M., Santos, A., Goncalves, M., & Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research*, 19(1), 68-80
- Mayes, L. C., & Cohen, D. J. (1996). Children's Developing Theory Of Mind. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44:117-142.
- McAdams, D. P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5, 100-122.
- McAdams, D. P., & Janis, L. (2004). Narrative identity and narrative therapy. In L. E. Angus, & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy* (pp. 159-174). Thousand Oaks CA: Sage.
- McClelland, J. L., Rumelhart, D. E., & Hinton, G. E. (1989). The appeal of Parallel Distributed Processing. In D. E. Rumelhart, J L.McClelland, & the PDP Research Group (Eds.), *Parallel Distributed Processing: Explorations in the microstructure of cognition* (pp. 3-44). Cambridge: MIT Press.
- McCullough, L., Winston, A., & Farber, B. A. (1991). The relationship of patient-therapist interaction to outcome in brief psychotherapy. *Psychotherapy*, 28, 525-533.
- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York: Widely Adopted.
- Meissner, W. W. (2007). Mind, brain, and self in psychoanalysis. Therapeutic implications of the mind-body relation. *Psychoanalytic Psychology*, 24(2), 333-354.
- Meltzoff, A. (1993). The role of imitation in understanding persons and developing a theory of mind. In S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, & D. Cohen (Eds.), *Understanding other minds: Perspectives from autism*. Oxford: Oxford University.
- Meltzoff, A., & Gopnik, N. (1993). The role of imitation in understanding persons and developing a theory of mind. In S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, & D. Cohen (Eds.), *Understanding other minds: Perspectives from autism* (pp. 335-366). Oxford: Oxford University.
- Merciai, S. A., & Cannella, B. (2009). *La psicoanalisi nelle terre di confine*. Milano: Raffaello Cortina.
- Mergenthaler, E. (1985). *Textbank systems: Computer science applied in the field of psychoanalysis*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Mergenthaler, E. (1992). *Emotion/Abstractness as indicators of 'hot spots' in psychotherapy transcripts*. Paper presented at the 23<sup>rd</sup> Annual International Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Berkeley, CA.
- Mergenthaler, E. (1993). *TAS/C user manual*. Germany: Ulmer textbank.

- Mergenthaler, E. (1996). Emotion-abstraction patterns in verbatim protocols: A new way of describing psychotherapeutic process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1306-1315.
- Mergenthaler, E. (2000). The therapeutic cycle model in psychotherapy research: Theory, measurement, and clinical applications. *Ricerche sui gruppi*, 10, 34-40.
- Mergenthaler, E. (2008). Resonating minds: a school-independent theoretical conception and its empirical application to psychotherapeutic processes. *Psychotherapy Research*, 18(2), 109-126.
- Mergenthaler, E., & Bucci, W. (1993). *Computer-assisted procedures for analyzing verbal data in psychotherapy research*. Paper presented at the 24<sup>th</sup> Annual International Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Pittsburgh, PA.
- Mergenthaler, E., & Bucci, W. (1999). Linking verbal and nonverbal representations: computer analysis of referential activity. *British Journal of Medical Psychology*, 72, 339-354.
- Mergenthaler, E., & Kachele, H. (1985). Change of latent meaning structures in psychoanalysis. *Sprache and Datenverarbeitung*, 9, 21-28.
- Mergenthaler, E., & Stinson, C. H. (1992). Psychotherapy transcription standards. *Psychotherapy research*, 2, 58-75.
- Meyer, A. E. (1990). Nonspecific and common factors in treatment outcome: another myth?. *Paper presented at the 21st annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Wintergreen, VA.*
- Migone, P. (1991). La differenza tra psicoanalisi e psicoterapia: panorama storico del dibattito e recente posizione di Meton Gill. *Psicoterapia e scienze umane*, XXV(4), 35-65.
- Migone, P. (1992). Ancora sulla differenza tra psicoanalisi e psicoterapia. *Il ruolo terapeutico*, 60: 44-47.
- Migone, P. (1994). Alcune riflessioni sul Trattato di terapia psicoanalitica di Thoma e Kachele. *Il ruolo terapeutico*, 67, 53-56.
- Migone, P. (1995). *Teoria psicoanalitica*. Milano: Franco Angeli.
- Migone, P. (1996). La ricerca in psicoterapia: storia, principali gruppi di lavoro, stato attuale degli studi sul risultato e sul processo. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXX, 2, 182-238.
- Migone, P. (2006). La diagnosi in psicoanalisi: presentazione del PDM. *Psicoterapia e scienze umane*, XL(4), 765-774.
- Milbrath, C., Bond, M., Cooper, S., Znoj, H., Horowitz, M., & Perry, J. C. (1999). Sequential consequences of therapists' interventions. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8, 40-54.
- Miller, N. E., Luborsky, L., Barber, J. P., & Docherty, J. P. (Eds.), (1993). *Psychodynamic treatment research: A handbook for clinical practice*. New York: Basic Books.
- Mitchell, S. A. (2000). *Relationality: From attachment to intersubjectivity*. Hillsdale NY: Analytic Press.
- Modell, A. H. (1965). On having the right to a life: An aspect of the superego's development. *International Journal of Psycho-Analysis*, 46, 323-331.
- Momigliano, L. N., & Robutti, A. (1992). *Shared experience: The psychoanalytic dialogue*. London: Karnac Books.
- Moras, K., & Strupp, H. (1982). Pretherapy interpersonal relations, patients' alliance, and outcome in brief therapy. *Archives of General Psychiatry*, 39, 405-409.
- Muran, J., Segal, Z., Samstag, L., & Crawford, C. (1994). Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 185-190.
- Nelson, K. L., Moskowitz, D. J., & Steiner, H. (in press). Narration and referential activity are associated in autobiographical memories. *Discourse Processes*.
- Ogden, T. H. (1994). The analytic third: Working with intersubjective clinical facts. *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 3-19.
- Ogrodníczuk, J., Piper, W., Joyce, A., & McCallum, M. (1999). Transference interpretations in short-term dynamic psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 571-578.
- Orange, D. (1995). *Emotional understanding: Studies in psychoanalytic epistemology*. New York: Guilford.
- Orange, D. M., Atwood, G. E., & Stolorow, R. D. (1997). *Working intersubjectively*. New York: The Analytic Press. Trad. it. *Intersoggettività e lavoro clinico. Il contestualismo nella pratica psicoanalitica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Orefice, S. (2002). *La sfiducia e la diffidenza*. Milano: Raffaello Cortina.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 6-27.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, R. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield, & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 270-376). New York: Wiley.



- Osofsky, J. D. (1992). Affective development and early relationships: Clinical implications. Interface of psychoanalysis and psychology. In Barron, J. W., Eagle, M. N., & Wolitzky, D. L. (Eds.), *Interface of psychoanalysis and psychology* (pp. 233-244). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Othmer, E., & Othmer, S. C. (1994). *The clinical interview using DSM-IV. Volume 1: Fundamentals*. New York: American Psychiatric Press. In Lingiardi V., & Madeddu, F. (a cura di), *L'intervista clinica con il DSM-IV*. Milano: Raffaello Cortina.
- Oxman, T. E., Rosemberg, S. D., Schnurr, P. P., & Tucker, G. J. (1985). Linguistic dimension of affect and thought in somatization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1150-1155.
- Oxman, T. E., Rosemberg, S. D., Schnurr, P. P., & Tucker, G. J. (1988). Diagnostic classification thought content analysis of patient's speech. *American Journal of Psychiatry*, 145, 464-468.
- Pally, R. (2007). The predicting brain: Unconscious repetition, conscious reflection and therapeutic change. *Interpersonal Journal of Psychoanalysis*, 88, 861-881.
- Panksepp, J. (1999). Emotions as viewed by psychoanalysis and neuroscience: an exercise in consilience. *Neuropsychoanalysis*, 1, 15-38.
- Panksepp, J. (2005). Affective consciousness: Core emotional feelings in animals and humans. *Consciousness and Cognition*, 14, 30-80.
- Pennebaker, J. W., & Francis, M. E. (1999). *Linguistic Inquiry and Word Count: LIWC (software program for text analysis)*. London: Erlbaum.
- Perron, R. (2002). Reflections on psychoanalytic research problems: a french-speaking view. In P. Fonagy, H. Kachele, & R. Krause (Eds.), *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. London: International Psychoanalytical Association.
- Person, E. S., Cooper, A. M., & Gabbard, G. O. (2005). *The american psychiatric publishing textbook of psychoanalysis*. Washington DC and London UK: Psychiatric Publishing. Trad. it. *Psicoanalisi: Teoria, clinica, ricerca*. Milano: Raffaello Cortina.
- Pessoa, L. (2008). On the relationship between emotion and cognition. *Nature Review Neuroscience*, 9, 148-158.
- Philippot, P., Feldman, R. S. (2004). *The regulation of emotion*. New York: Guilford Press.
- Pine, F. (2003). *Diversity and direction in psychoanalytic technique*. New York: Other Press.
- Piper, W. E., Debbane, E. G., & De Carufel, F. (1987). A system for differentiating therapist interpretations from other interventions. *Bulletin of Menninger Clinic*, 6, 532-550.
- Plutchik, R. (1980). *The emotions: A psycho-evolutionary synthesis*. New York: Harper & Row.
- Polanyi, L. (1985). *Telling the American story: A structural and cultural analysis of conversational storytelling*. Norwood: Ablex.
- Polkinghorne, D. E. (2004). Narrative therapy and postmodernism. In Angus, L. E., & McLeod, J. (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, Theory and Research*. New York: Harper & Row.
- Polkinghorne, D. E. (2005). Language and Meaning: Data Collection in Qualitative Research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 137-145.
- Ponsi, M., & Filippini, S. (1996). Sull'uso del concetto di interazione. *Rivista di Psicoanalisi*, 42, 567-594.
- Ponsi, M. (2007). Neuroscienze e psicoanalisi clinica. *Centro psicoanalitico di Bologna*.
- Quinodoz, J. M. (1997). Transitions In Psychic Structures In The Light Of Deterministic Chaos Theory. *International Journal of Psycho-Analysis*, 78, 699-718.
- Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference, *Psychoanalytic Quarterly*, 26, 303-357.
- Rangell, L. (2002). Mind, body and psychoanalysis. The science of psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology*, 19(4), 634-650.
- Raphling, D. L. (1995). Interpretation and Expectation: The Anxiety of Influence. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43(1), 95-111.
- Raue, P., Goldfried, M., & Barkham, M. (1997). The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 582-587.
- Reandeanu, S., & Wampold, B. (1991). Relationship of power and involvement to working alliance: A multiple-case sequential analysis of brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 107-114.
- Reed, S. (1994). Perception is to self as memory is to selves. In U. Neisser, & R. Fivush (Eds.), *The remembering self: Construction and accuracy in the self-narrative*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Renik, O. (1993). Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanalytic Quarterly*, 62, 553-571.

- Rice, L. N., & Greenberg, L. S. (1984). *Pattern of change. Intensive Analysis of Psychotherapy Process*. New York: Guilford Press.
- Riolo, F. (2002). La trasformazione psicoanalitica. *Rivista di psicoanalisi*, XL-VIII(4), 821-834.
- Roberts, B., & Kirsner, K. (2000). Temporal cycles in speech production. *Language and Cognitive Processes*, 15, 129-157.
- Rocco, D. (2005). Analisi degli aspetti paraverbali in una psicoterapia dinamica breve: il metodo dell'Attività Referenziale e l'analisi della Speech Rate. *Ricerca in Psicoterapia, Rivista della sezione italiana della Society for Psychotherapy Research*, 8(1), 127-147.
- Rocco, D. (2008). Analisi empirica dell'influenzamento reciproco tra paziente e terapeuta. Il linguaggio dei contenuti ed il linguaggio delle emozioni. *Ricerca in Psicoterapia, Rivista della sezione italiana della Society for Psychotherapy Research*, 11(1), 7-74.
- Rosenthal, D. M. (2008). Consciousness and its function. *Neuropsychologia*, 46, 829-840.
- Rutter, M. (1991). Age changes in depressive disorders: Some developmental considerations. In J. Garber, & K. A. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 273-300). New York: Cambridge University Press.
- Ryle, A. (2003). Something more than 'something more than interpretation' is needed: A comment on the paper by the Process of Change Study Group. *Interpersonal Journal of Psychoanalysis*, 84, 109-118.
- Sachse, R. (1993). The effects of intervention phrasing on therapist-client communication. *Psychotherapy Research*, 3, 260-277.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the alliance outlived its usefulness?. *Psychotherapy*, 43, 286-291.
- Safran, J., & Muran, J. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 447-458.
- Safran, J., & Muran, J. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance*. New York: Guilford Press.
- Sander, L. (1975). Infant and caretaking environment: investigation and conceptualization of adaptive behavior in a series of increasing complexity. In E. J. Anthony (Ed.), *Explorations in child psychiatry*. New York: Plenum.
- Sander, L. (1985). Toward a logic of organization in psychobiological development. In K. Klar, & L. J. Siever (Eds.), *Biologic response styles: clinical implications*. Washington: American Psychiatric Press.
- Sander, L. W. (1995). Identity and the experience of specificity in a process of recognition. *Psychoanalytic Dialogues*, 5, 579-593.
- Sander, L. W. (1995). *Thinking about developmental process: Wholeness, specificity, and the organization of conscious experiencing*. Annual meeting of the Division of Psychoanalysis. American Psychological Association, Santa Monica.
- Sander, L. W. (2002). Thinking differently: principles of process in living systems and the specificity of being known. *Psychoanalytic Dialogues*, 12, 11-42.
- Sarbin, T. R. (1995). Emotional life, rhetoric, and roles. *Journal of Narrative and Life History*, 5, 213-220.
- Schacter, D. L., & Buckner, R. L. (1998). Priming and the brain. *Neuron*, 20, 185-195.
- Schafer, R. (1976). *A new language for psychoanalysis*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Schafer, R. (1980). Action and narration in psychoanalysis. *New Literary History*, 12, 61-85.
- Scherer, K. R. (1984). On the nature and function of emotions: A component process approach. In K. R. Scherer, & P. Ekman (Eds.), *Approaches to emotion* (pp. 293-317).
- Scherer, K. R., Schorr, A., & Johnstone, T. (2001). *Appraisal process in emotion: Theory, methods, and research*. New York: Oxford University Press.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation on the origin of the self: The neurobiology of emotion development*. Erlbaum: Hillsdale.
- Schore, A. N. (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. New York: Norton WW.
- Seganti, A. (1995). Prototypical Expectations Of Safety: A Developmental Approach To The Assessment Of The Psychoanalytic Process. *International Journal of Psycho-Analysis*, 76, 1245-1255.
- Semenza C. (2001). Psychoanalysis and cognitive neuropsychology: Theoretical and methodological affinities. *Neuropsychoanalysis*, 3(1), 3-9.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., Alleva, G., & Mergenthaler, E. (2003). Assessing problematic states in patients' narratives: The grid of problematic states. *Psychotherapy Research*, 13(3), 337-353.

- Sexton, H. C., Hembre, K., & Kvarme, G. (1996). The interaction of the alliance and therapy microprocess: a sequential analysis. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 64, 471-480.
- Sexton, H., Littauer, H., Sexton, A., & Tommeras, E. (2003). Building an alliance: Early therapy process and the client-therapist connection. *Psychotherapy Research*, 15(1), 103-116.
- Shane, M., Shane, E., & Gales, M. (1997). *Intimate attachments: Toward a new self psychology*. New York: Guilford Press.
- Siegel, D. J. (1996). Cognition, memory, and dissociation. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 509-536.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind*. New York: Guilford Press. Trad. it. *La mente relazionale: neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Silberschatz, G., & Curtis, J. T. (1993). Measuring the therapist's impact on the patient's therapeutic process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 403-411.
- Silberschatz, G., Fretter, P., & Curtis, J. (1986). How do interpretations influence the process of psychotherapy?. *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, 54, 646-52.
- Smith, P. K. (1996). Language and the evolution of mind-reading. P. Carruthers, & P. K. Smith (Eds.), *Theories of theories of mind* (pp. 344-354). Cambridge: Cambridge University Press.
- Smorti, A. (2004). Narrative strategies for interpreting stories with incongruent endings. *Narrative Inquiry*, 14(1), 141-167(27).
- Smorti, A., Risaliti, F., Pananti, B., & Cipriani, V. (2008). L'autobiografia come strumento per la costruzione del Sé: uno studio sui pazienti psichiatrici. *Rivista sperimentale di freniatria*, 1, 20.
- Solano, L. (2009). Teoria del codice multiplo e psicosomatica di ispirazione psicoanalitica. In G. Moccia, & L. Solano. (a cura di), *Psicoanalisi e Neuroscienze* (pp. 125-143), Milano: Franco Angeli.
- Solms, M., & Bucci, W. (2000). Biological and Integrative Studies on Affect. *International Journal of Psycho-Analysis*, 81, 141-144.
- Spangler, G., & Grossmann, K. E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child development*, 7, 447-463.
- Spence, D. P. (1982). *Narrative truth and historical truth: Meaning and interpretation in psychoanalysis*. New York: Norton. Trad. it. *Verità narrativa e verità storica: significato e interpretazione in psicoanalisi*. Firenze: Martinelli.
- Spence, D. P., Dahl, H., & Jones, E. (1993). Impact of interpretation on associative freedom. *Journal of Clinical and Counseling Psychology*, 61, 395-402.
- Speziale-Bagliacca, R. (2007). Ancora a proposito di Stern e il tempo presente. Brevi considerazioni. *Rivista di psicoanalisi*, LIII(2), 353-363.
- Squire, L. R. (1992). Declarative and Nondeclarative Memory: Multiple Brain Systems Supporting Learning and Memory. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 4(3), 232-243.
- Sroufe, L. A. (1995). *Emotional development*. Cambridge: Cambridge University Press. Trad. it. *Lo sviluppo delle emozioni*. Milano: Raffaello Cortina.
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- Stern, D. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: some implications of development observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19, 300-308.
- Stern, D. (2004) *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Basic Books. Trad. it. *Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana*. Milano: Raffaello Cortina.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books. Trad. it. *Il mondo interspagnale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Stern, D. N. (2004). The present moment as a critical moment. *Negotiation Journal*, 365-372.
- Stern, D. N., & The Processo f Change Study Group (1998). Non-interpretative mechanism in psychoanalytical therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 903-921.
- Stern, D., Sander, L., & Nahum, J. (1998). Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy: the 'something more' than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 903-921.
- Stiles, W. B. (1988). Psychotherapy process-outcome correlations may be misleading. *Psychotherapy*, 25, 27-35.
- Stinson, C. H., Milbrath, C., & Reidbord, S. (1994). Thematic segmentation of psychotherapy transcripts for convergent analysis. *Psychotherapy*, 31, 36-48.

- Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (1992). *Contexts of being: The intersubjective foundations of psychological life*. Hillsdale NY: Analytic Press.
- Stone, P. J., Dunphy, D. C., Smith, M. S., & Ogilvie, D. M. (1966). *The general inquirer: A computer approach to content analysis*. Cambridge, MA: MIT.
- Strachey, J. (1934). The nature of therapeutic action of psycho-analysis. In L. Paul (Ed.), *Psychoanalytic clinical interpretation* (pp. 362-378). New York: Free Press.
- Sullivan, H. S. (1940). Conceptions of modern psychiatry: The first William Alanson White Memorial Lectures. *Psychiatry*, 3, 1-117.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton. Trad. it. *Teoria interpersonale della psichiatria*. Milano: Feltrinelli.
- Thompson, E. (2001). Empathy and consciousness. *Journal of Consciousness Studies*, 8, 1-32.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. In N. A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.
- Tomkins, S. S. (1962). *Affect, imagery, consciousness: Vol. 1. The positive affects*. New York: Springer.
- Tomkins, S. S. (1984). Affect theory. In K. R. Scherer, & P. Ekman (Eds.), *Approaches to emotion* (pp. 163-195). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Trevarthen, C. (1998). The nature of motives for human consciousness. Special issue: The place of psychology in contemporary sciences. In T. Velli (Ed.), *Psychology: The journal of the Ellenic Psychological Society*, 4, 187-221.
- Tronick, E. (1989). Emotions and emotional communication in infant. *American psychologist*, 44, 112-119.
- Tronick, E. Z. (2001). Emotional connection and dyadic consciousness in infant-mother and patient-therapist interactions. Commentary on paper by Frank M. Lachmann. *Psychoanalytic Dialogues*, 11, 187-195.
- Tronick, E. Z., Bruschiweiler-Stern, N., & Harrison, A. M. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal*, 19, 290-299.
- Tuckett, S., (1993). Developing a grounded hypothesis to understand a clinical process: The role of conceptualization in validation. *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 1159-1180.
- Underwood, M. K. (1997). Top ten pressing questions about the development of emotion regulation. *Motivation and emotion*, 21, 127-146.
- Vaillant, G. E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 44-50.
- Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms: Their role in a positive psychology. *American Psychologist*, 55(1), 89-98.
- Viaro, M., & Leonardi, P. (1990). *Conversazione e terapia. L'intervista circolare*. Milano: Raffaello Cortina.
- Viderman, M. (1991). The real person of analyst and his role in the process of psychoanalytic cure. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 451-489.
- Vigorelli, M., Scognamiglio, R. M., Villa, M., Corona, D., Traini, S., Fogliato, E., & Schadee, H. (2000). 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. *Ricerca in Psicoterapia*, 7(1), 51-66.
- Vigorelli, M., Villa, M., Colombani, D., Colli, A., Giannopoulos, Y., & Lingiardi, V. (2008). Multiinstrumental Evaluation of the psychotherapeutic process in a patient with borderline Personality Disorder. *Poster Session, 39° International Meeting, June 18-21, 2008, Barcellona, Spain*.
- Wachtel, P. (1993). *Therapeutic communication: Principles and effective practice*. New York: Guilford.
- Walden, T. A., & Smith, M. C. (1997). Emotion regulation. *Motivation and Emotion*, 21, 7-25.
- Waldron, S. (1999). Saying the right thing at the night time: Intervention quality, patient productivity, and the interdependence of analyst and patient for psychoanalytic process. *Paper presented at the Research conference of Psychoanalysis and Psychoanalytic Long Term Therapy, Hamburg University, 1999 october*.
- Wallerstein, R. S. (1988). Assessment of structural change in psychoanalytic therapy and research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36, 241-261.
- Wallerstein, R. S. (1993). The effectiveness of psychotherapy and psychoanalysis: Conceptual issues and empirical work. In T. Shapiro, & R. N. Emde (Eds.), *Research in psychoanalysis: Process, development, outcome* (pp. 299-312). Madison, CT: International Universities Press.

- Wallerstein, R.S. (2001). The generation of psychotherapy research: an overview. *Psychoanalytic Association*, 18, 243-267.
- Watson, J. C. (1996). The relationship between vivid description, emotional arousal and in-session resolution of problematic reactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 459-464.
- Watt, D. F. (1999). Consciousness and emotions. Review of Jaak Panksepp's affective neuroscience. *Journal of Consciousness Studies*, 6(6-7), 191-200.
- Weiss, J. (1993). Empirical studies of the psychoanalytic process. In T. Shapiro, & R. N. Emde (Eds.), *Research in psychoanalysis: Process, development, outcome* (pp. 299-312). Madison, CT: International Universities Press.
- Weiss, J., Sampson, H., & the Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation, and empirical research*. New York: Guilford Press.
- Werner, H., & Kaplan, B. (1984). *Symbol formation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Westen, D. (1994). Toward an integrative model of affect regulation: Applications to social psychology research. *Journal of Personality Assessment*, 62, 641-667.
- Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sigmund Freud: toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychological Bulletin*, 124, 333-371.
- Westen, D. (2002). The language of psychoanalytic discourse. *Psychoanalytic Dialogues*, 12(6), 857-898.
- White, M. (2004). Folk psychology and narrative practice. In L. E. Angus, & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 15-52). Thousand Oaks CA: Sage.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: Norton.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Williams, R., Mariani, R., Scanu, A., Andreassi, S., Ortu, F., De Coro, A., & Dazzi, N. (2005). La valutazione dell'Attività Referenziale rispetto all'evoluzione del transfert: uno studio su un single-case. *Congresso AIP sez. Clinica, Cagliari, 23-24 settembre, 2005*.
- Wiser, S., & Goldfried, M. R. (1996). Verbal interventions in significant psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy sessions. *Psychotherapy Research*, 6, 309-319.
- Zajonc, R. B. (1984). The interaction of affect and cognition. In K. R. Scherer, & P. Ekman (Eds.), *Approaches to emotion* (pp. 239-246). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

## SITOGRAFIA

<http://www.psybc.com/library.php?csect=68>

<http://psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/alexan1.htm>

[http://www.wawhite.org/news\\_events/colloquia\\_07-08.htm](http://www.wawhite.org/news_events/colloquia_07-08.htm)

<http://www.iarpp.org/html/index.cfm>

<http://www.changeprocess.org/>

<http://postdocpsychoanalytic.as.nyu.edu/page/home>

<http://www.referentialprocess.org/>

<http://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=3uMIGyirInIC&oi=fnd&pg=PA33&dq=gallese&ots=IYnhB01YC3&sig=fR4F1IFyxYIY2ZevfoQrJRkVo0Y>

<http://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=yBiVvEwigAcC&oi=fnd&pg=PA45&dq=gallese+rizzolatti+psychoterapy&ots=Duu2MgjZSU&sig=yKNmbN-tMY0LBOPwCB6WsAafiWs>

[http://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=o2cyg2ESltkC&oi=fnd&pg=PA35&dq=gallese+rizzolatti+psychoterapy&ots=hiWZvzRmaJ&sig=pMjQIL8qhqlxHEr\\_pmZzYHf859I](http://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=o2cyg2ESltkC&oi=fnd&pg=PA35&dq=gallese+rizzolatti+psychoterapy&ots=hiWZvzRmaJ&sig=pMjQIL8qhqlxHEr_pmZzYHf859I)

[http://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=qiW3Yc9b6GAC&oi=fnd&pg=PA101&dq=gallese&ots=n\\_6Rt80IAJ&sig=fCvCtU0L40CjtMrGQnoUZ-LmBek](http://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=qiW3Yc9b6GAC&oi=fnd&pg=PA101&dq=gallese&ots=n_6Rt80IAJ&sig=fCvCtU0L40CjtMrGQnoUZ-LmBek)

<http://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=UyEjAd8y57QC&oi=fnd&pg=PA329&dq=gallese+rizzolatti+psychoterapy&ots=miUDWsbh6R&sig=m1mXZhn8N3wC4HwFp8l6YQiL54U>

[http://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=KLvJKTN\\_nDoC&oi=fnd&pg=PA125&dq=gallese+rizzolatti+psychoterapy&ots=qBb1fYmm1Z&sig=Y3k6I2onvU-q5R4hSRX5C\\_k-23k](http://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=KLvJKTN_nDoC&oi=fnd&pg=PA125&dq=gallese+rizzolatti+psychoterapy&ots=qBb1fYmm1Z&sig=Y3k6I2onvU-q5R4hSRX5C_k-23k)



Ormai non saprò più  
cosa di me pensasse LP.  
Se LB fino all'ultimo non mi abbia perdonato – colpe mie?!  
Perché GA fingesse che fosse tutto a posto.  
Che parte avesse CG nel silenzio di LG.  
Cosa si aspettasse ML, sempre che si aspettasse qualcosa.  
Perché LR facesse finta, benché sapesse bene.  
Cosa avesse da nascondere AT.  
Cosa volesse aggiungere SB.  
Se il fatto che io ero lì accanto  
avesse un qualunque significato  
per ML, per LP e il restante alfabeto.

Ag Br Ca Dz Ei Fe ai compagni di viaggio e di cammino. Perché conosciamo noi stessi solo fin dove siamo stati messi alla prova. Ve lo dico dal mio cuore sconosciuto.

e

Ga Rb Ac Zd Ie Ef ai compagni di vita. Per loro VEDI ALLA VOCE AMORE



papà E mamma. Solo ora posso dire in quanti sogni hanno vagato, in quante resse li tiravo fuori da sotto le ruote, in quante agonie da quante mani mi scivolavano. Recisi – crescevano di traverso. E infine, una notte normale, da un venerdì qualsiasi a un sabato, mi sono arrivati così come li volevo. Mi apparivano in sogno, ma come liberi da sogni, obbedienti solo a loro stessi e a null'altro. Solo loro splendevano belli, perché pacificati. Mi apparivano a lungo, a lungo e felicemente. Mi sono svegliata. Ho aperto gli occhi. Ho toccato il mondo come una cornice intagliata (capitolo primo)

Annae. Maratoneta con la voglia di felicità. Con la voglia di verità. Con la voglia di eternità – guardate un po' la sua bellezza

Sarah. Co-creatrice di amicizia come d'amore

S.O. Ripristinatore di compassione (immaginazione del cuore)

Paola+Stefano+Alessino. Famiglia, naturale attitudine alla familiarità

Ele. Ugualmente maratoneta ma, a differenza dell'altra, qualificata nell'ordine delle cose

Manu. Che conversa con le pietre – ne condivido la fatica!

Pet. Col senno di poi (capitolo secondo)

una menzione a parte ciò cui non so dare un significato, ma che è ricco di significanti

me. Chiedo scusa al caso se lo chiamo necessità. Chiedo scusa alla necessità se tuttavia mi sbaglio. Non si arrabbi la felicità se non la prendo per mia. Mi perdonino i morti se ardono appena nella mia memoria. Chiedo scusa al tempo per tutto il mondo che mi sfugge a ogni istante. Perdonatemi, guerre lontane, se porto fiori a casa. Perdonatemi ferite aperte, se mi pungo un dito. Perdonami, speranza braccata, se a volte rido. Perdonatemi, deserti, se non corro con un cucchiaino d'acqua. Chiedo scusa all'albero abbattuto per le quattro gambe del tavolo. Chiedo scusa alle grandi domande per le piccole risposte. Verità, non prestarmi troppa attenzione. Serietà, sii magnanima con me. Sopporta, mistero dell'esistenza, se tiro via fili dal tuo strascico. Non accusarmi anima, se ti possiedo di rado. Chiedo scusa al tutto se non posso essere ovunque. Chiedo scusa a tutti se non so essere ognuno e ognuna. So che finché vivo niente mi giustifica, perché io stessa mi sono d'ostacolo (capitolo terzo)

Q. Regardons en face la réalité: la vie est fondamentalement injuste. Mais même dans une situation injuste, je crois qu'on peut rechercher une sorte de 'justice'. Bien sûr, cela prendra du temps, demandera du travail. Et peut-être le résultat sera-t-il vain, inutile. Il appartient à chacun de décider si cette recherche assidue de 'justice' a de la valeur, du prix, ou non

e ovviamente *Met*, in primis, cui questo lavoro è dedicato. Tutto intero.

Ci veniamo incontro. Non so se in lacrime, non so se sorridendo. Un solo passo ancora e ascolteremo insieme la tua conchiglia, quale fruscio di mille orchestre c'è, quale marcia ... c'è ... (capitolo quarto)

Torno a voi, nel mondo vero,  
colmo di fato, fitto e fosco –  
ragazzo monco sotto il portone,  
ragazza dagli occhi vani.

ARRIVEDERCI FELICITA'

Je te chercherai avec talent, concentration et persévérance ...

