

RICERCA
IN
PSICOTERAPIA

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

VOLUME 11 - NUMERO 1
Gennaio - Giugno 2008

Ricerca in Psicoterapia

ISSN: 1592-8543

© 2008 Edizioni Carlo Amore
FIRERA & LIUZZO GROUP

www.carloamore.it

RICERCA IN PSICOTERAPIA

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

Direttore responsabile:

Salvatore Freni

Direttore scientifico:

Emilio Fava

Comitato scientifico:

Massimo Ammaniti (Roma)
Antonio Andreoli (Ginevra)
Alessandro Antonietti (Milano)
Paolo Azzone (Milano)
Wilma Bucci (New York)
Antonio Carcione (Roma)
Italo Carta (Monza)
Giorgio Caviglia (Roma)
John F. Clarkin (New York)
Reiner W. Dahlbender (Ulm)
Nino Dazzi (Roma)
Alessandra De Coro (Roma)
Enrico De Vito (Milano)
Santo Di Nuovo (Catania)
Rita Fioravanzo (Milano)
Horst Kächele (Ulm)
Hans Kordy (Stoccarda)
Giovanni Liotti (Roma)
Adriana Lis (Padova)
Lester Luborsky (Filadelfia)
Cinzia Masserini (Milano)
Erhard Mergenthaler (Ulm)
Paolo Migone (Parma)
Sergio Muscetta (Roma)
Corrado Pontalti (Roma)
Marco Sambin (Padova)
Carlo Saraceni (Roma)
Sandra Sassaroli (Milano)
Andrea Seganti (Roma)

Antonio Semerari (Roma)
Roberta Siani (Verona)
Orazio Siciliani (Verona)
Michael Stigler (Losanna)

Comitato di Redazione:

Redattore capo:
Cinzia Masserini

Redazione:

Paolo Azzone
Etrusca Centenero
Antonello Colli
Enzo Leone
Veronica Meletti
Giuseppe Niccolò
Igor Pontalti

Indirizzo per corrispondenza:

Prof. Salvatore Freni
“Unità di Psichiatria e Psicoterapia”
Via Ippocrate 45 – 20161 Milano
Tel. 02 6444. 5194/5196
Fax 02 6444.5222
E-mail: Psicoterapia@unimi.it

Citata nel database Psychinfo e embase

Chiuso in redazione il 15 Maggio 2007
Stampa: Arti Grafiche Colombo
Muggiò - MI

SEGNAVIA

***Uso di alcool e credenze metacognitive nel modello
della funzione autoregolatoria***

*Alcohol use and Metacognitive beliefs in the Self-Regulatory Executive Function
(S-REF) model*

G. Caselli, C. Bortolai, M. Leoni, F. Rovetto 7

RICERCA CLINICA

La qualità dell'interazione madre-bambino come indice di
cambiamento nell'ambito di una psicoterapia breve genitore-bambino

*The mother-child interaction as index of change in a brief
parent-child psychotherapy*

G. M. Fava Vizziello, A. Simonelli, E. Petech, S. Piffer 19

***Analisi empirica dell'influenzamento reciproco tra paziente e terapeuta.
Il linguaggio dei contenuti ed il linguaggio delle emozioni.***

*Empirical analysis of mutual influence between patient and therapist.
The language of content and the language of emotions.*

D. Rocco 47

NORME REDAZIONALI 75

USO DI ALCOOL E CREDENZE METACOGNITIVE NEL MODELLO DELLA FUNZIONE AUTOREGOLATORIA

*Gabriele Caselli**, *Chiara Bortolai***, *Mauro Leoni****, *Francesco Rovetto****

Riassunto

Il presente lavoro esamina recenti prospettive teoriche che hanno associato dimensioni e funzionamento metacognitivo al consumo patologico di alcool.

Le terapie cognitive comportamentali concentrano l'intervento sulla modificazione comportamentale overt e sulla ristrutturazione del contenuto dei pensieri. Il modello metacognitivo della Funzione Autoregolatoria (Wells & Matthews, 1994) sottolinea il ruolo dei processi cognitivi come gli stili di pensiero, di attenzione, di memoria e giudizio disfunzionali e la necessità di interventi psicoterapeutici orientati al loro cambiamento.

Credenze metacognitive e strategie metacognitive di controllo mantengono questi comportamenti covert disfunzionali e rappresentano il bersaglio ottimale del processo di cambiamento.

L'innovazione dell'approccio metacognitivo applicato ai disturbi da uso di alcool consiste nel considerare il comportamento di assunzione come una strategia cognitivo-regolatoria oltre che emotivo-regolatoria, guidata dalla necessità di controllare i pensieri e dalla percezione di scarsa efficienza del proprio funzionamento cognitivo.

Studi preliminari, implicazioni teoriche, cliniche e linee di ricerca future sono discusse.

Parole Chiave: Uso di alcool, abuso di alcool, metacognizione, terapia Cognitivo-Comportamentale

* University of Parma, Parma, Italy

Studi Cognitivi, Milano, Italy

** Ospedale Privato Accreditato Villa Rosa, Modena, Italy

*** University of Parma, Parma, Italy

Summary

The present work examines a recent theoretic perspective that associates metacognitive dimensions and alcohol use.

Cognitive-behavioural therapy focus the intervention on the overt behaviours' modification and on the content thoughts' restructuring. The S-REF metacognitive model (Wells & Matthews, 1994) stresses the role of cognitive processes as thinking and attentional style, memory and judgement and the need to change them through the treatment.

Metacognitive beliefs and metacognitive control strategies maintain these dysfunctional covert behaviours and represent the core target of restructuring.

Innovative features of metacognitive approach, applied to alcohol use disorders, consist on the consideration of alcohol use as a cognitive-regulation strategy and not only an emotional-regulation one. It could be guided by need to control thoughts and low cognitive confidence.

Preliminary studies, theoretical and clinical implications and future research perspective are discussed.

Key Words: Alcohol use, problem drinking, metacognition, Cognitive-behavioural Therapy

Introduzione

Nella maggior parte delle culture, l'alcool è il sedativo ad azione centrale più frequentemente usato e una causa di considerevole morbilità e mortalità. I disturbi associati all'alcool si distinguono in disturbi da uso di alcool (abuso e dipendenza da alcol) e disturbi indotti da alcool (American Psychiatric Association, 2000). La caratteristica essenziale dell'abuso di alcool è una modalità patologica d'uso con conseguenze avverse e disagio clinico significativo in relazione a una o più aree di vita (lavoro, famiglia, scuola, relazioni interpersonali etc.) che si presentano con modalità ricorrenti e connesse al consumo della sostanza. La diagnosi di dipendenza da alcool si fonda sulla presenza di tolleranza, astinenza e comportamento compulsivo

di assunzione. La tolleranza e l'astinenza definiscono la specifica con/senza dipendenza fisica.

I pazienti con problemi di consumo di alcool affermano di bere per regolare le proprie emozioni, cioè ridurre sintomi ansiosi o depressivi. Una serie di studi ha mostrato che disturbi d'ansia e umore sono quelli con maggior comorbidità con i problemi di alcool (Helzer & Pryzbeck, 1988; Kushner, Sher & Beitman, 1990; Wilson, 1988).

La terapia cognitivo comportamentale dei disturbi da uso di alcool si focalizza su tre obiettivi. Il primo è l'insegnamento di abilità per fronteggiare le situazioni ad alto rischio. Il secondo è l'identificazione e la ristrutturazione di aspettative e credenze legate al consumo di alcool che producono craving ed effetti di violazione dell'astinenza (Sanchez-Craig, Wilkinson & Walker, 1987; Oei & Baldwin, 1994; Jones, Corbin & Fromme, 2001; Parks, Marlatt & Anderson, 2004). Infine il terzo obiettivo è la gestione del disagio emozionale in comorbidità (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993). Questi interventi si occupano principalmente del contenuto dei pensieri e dei comportamenti che conducono all'assunzione della sostanza. Gli interventi di terapia cognitivo comportamentale sono largamente usati nel trattamento dei disturbi da uso di alcool con risultati positivi (Parks, Marlatt & Anderson, 2004).

Alcuni teorici hanno recentemente sottolineato i limiti degli interventi centrati sul contenuto dei pensieri suggerendo nuovi modelli per la concettualizzazione delle cognizioni nelle disfunzioni psicopatologiche (Wells & Matthews, 1994; Wells & Purdon, 1999; Wells, 2000). L'enfasi viene posta su un sistema multilivellare di elaborazione delle informazioni che coinvolge processi cognitivi e metacognizioni (Wells & Matthews, 1994). La metacognizione si riferisce a tutte le strutture, gli eventi e i processi coinvolti nel controllo, modificazione e interpretazione del pensiero (Wells, 2000).

Un modello metacognitivo dei disturbi psicologici

La necessità di spostare l'attenzione dai contenuti ai processi di pensiero ha condotto a una teoria clinica sintetizzata nel modello della funzione autoregolatoria (Self-Regulatory Executive Function o S-REF) secondo la quale fattori metacognitivi determinano processi di pensiero disfunzionali.

li che generano e mantengono i disturbi psicologici (Wells & Matthews, 1994). In particolare alcuni di questi processi disfunzionali sono: stili di pensiero perseverativi (es: preoccupazione e rimuginio), strategie attentive di ipermonitoraggio (della minaccia, dei pensieri o dei segnali somatici) e comportamenti di sicurezza (*safety behaviours*) che ostacolano esperienze in grado di modificare credenze problematiche (evitamento, controllo, sovra-compensazione, resa).

I contenuti del pensiero possono essere vari: il proprio umore, problemi di salute, familiari, lavorativi, ipotesi sul futuro e altro. Tuttavia, secondo il modello S-REF, la principale componente disfunzionale non è nel contenuto del pensiero ma nella modalità con cui i contenuti vengono affrontati che può essere rigida e perseverativa. Le credenze metacognitive sono le principali responsabili dell'uso di queste modalità disfunzionali, in particolare quelle che riguardano la loro efficacia (es: *rimuginare mi aiuta a risolvere problemi*) o la loro incontrollabilità (Wells, 2000).

Le metacognizioni coinvolte sono di tre tipi. Le *conoscenze metacognitive* descrivono gli stimoli significativi per la persona e i suoi scopi basandosi sull'immagine di sé ideale o normativa. Le *esperienze metacognitive* sono esperienze soggettive derivate dal confronto tra i propri scopi e le situazioni attuali e contestuali che si realizzano in vissuti di congruenza o discrepanza rispetto al sé ideale o normativo. Le *strategie metacognitive* controllano il comportamento overt e covert dell'individuo per ridurre la sensazione di discrepanza o mantenere quella di congruenza.

In questo modello le emozioni rappresentano l'esito di un'esperienza metacognitiva di discrepanza. Allo stesso modo la riduzione delle emozioni negative è la prima conseguenza della riduzione della discrepanza percepita.

Tutte le persone fanno affidamento sulle proprie metacognizioni per valutare la discrepanza rispetto agli scopi personali e per ridurla. Nei disturbi psicologici però vengono attivate strategie metacognitive inefficaci e dannose per l'autoregolazione, che falliscono nel colmare la discrepanza percepita.

Questa teoria clinica ha influenzato lo sviluppo di modelli disturbo-specifici per il Disturbo d'Ansia Generalizzato, il Disturbo Post-traumatico da Stress, il Disturbo Ossessivo-Compulsivo e la Depressione Maggiore (Wells, 2000; Papageorgiou & Wells, 2003). Simili modelli per differenti disturbi sono in fase di studio.

Il presente lavoro ha l'obiettivo di riassumere le applicazioni di questa nuova concettualizzazione ai Disturbi da Uso di Alcool. Le ricerche presentate sono state raccolte attraverso motori di ricerca on-line (www.pubmed.com) con le seguenti parole chiave: "metaocognition/metacognitive" AND "alcohol/substance use".

Metacognizione e uso di alcool

Recentemente, alcuni studi hanno esplorato il legame tra fattori metacognitivi e consumo di alcool. Due riflessioni hanno suggerito che le metacognizioni potrebbero essere associate ai disturbi da uso di alcool. Per prima cosa l'alcool è considerato una strategia per regolare le cognizioni e le emozioni negative, quindi rappresenta, almeno in parte, una strategia con funzione metacognitiva, cioè orientata alla regolazione del pensiero. In secondo luogo ansia e depressione sono associate all'uso di alcool e, secondo il modello della funzione autoregolatoria, anche a dimensioni metacognitive disfunzionali (Wells, 2000; Papageorgiou & Wells, 2003).

La relazione tra metacognizioni, emozioni e uso di alcool è stata esplorata inizialmente in un campione non clinico (Spada & Wells, 2005). Lo studio ha cercato di chiarire se esiste un'associazione tra metacognizioni e uso di alcool non mediata dalle emozioni. Le credenze metacognitive sono state esplorate attraverso il *Metacognition Questionnaire* (MCQ) (Cartwright-Hatton & Wells, 1997) che rileva cinque dimensioni: (1) credenze positive sui pensieri (es: "preoccuparmi mi aiuta a risolvere i problemi"), (2) credenze negative su controllabilità e danno dei pensieri (es: "quando inizio a preoccuparmi non riesco a fermarmi"), (3) credenze sulla propria efficacia cognitiva (es: "talvolta la mia memoria mi inganna"), (4) credenze sulla necessità di controllare i pensieri (es: "non riuscire a controllare i pensieri è un segno di debolezza"), autoconsapevolezza cognitiva (es: "sto molto attento ai miei pensieri"). I risultati mostrano che le emozioni negative (ansia e depressione) e le prime quattro dimensioni metacognitive sono positivamente correlate con l'uso di alcool. Di queste dimensioni la necessità di controllare i propri pensieri (MCQ4) è un predittore del consumo di alcool indipendente dalle emozioni negative (Spada & Wells, 2005). L'alcool è usato per controllare i pensieri, a prescindere dal proprio vissuto emotivo.

Un secondo studio ha confrontato le credenze metacognitive tra un campione clinico e un campione non clinico (Spada, Zandvoort & Wells, in press). Individui con disturbi da uso di alcool hanno punteggi significativamente superiori su tutte le dimensioni metacognitive. Inoltre credenze metacognitive sulla necessità di controllo dei pensieri e sulla scarsa efficacia cognitiva risultano predittori indipendenti rispetto alle emozioni negative dell'appartenenza al campione clinico o a quello non clinico. In conclusione l'alcool è usato non solo per controllare i pensieri ma anche per migliorare le proprie capacità mentali, a prescindere dal vissuto emotivo.

I risultati di questi lavori preliminari mostrano che il rapporto tra metacognizioni e alcool dipende da due credenze metacognitive: la necessità di controllare il pensiero e la scarsa fiducia nelle proprie capacità mentali.

L'associazione tra alcool e conoscenze metacognitive è la prima argomentazione a favore dell'applicazione del modello S-REF alla comprensione dei disturbi da uso di alcool. In particolare l'uso di alcool può essere considerato come una strategia per controllare i pensieri e migliorare l'efficienza cognitiva.

Se questi sono gli scopi dell'uso di alcol, allora il comportamento di abuso viene attivato da credenze metacognitive circa la sua efficacia nella regolazione del pensiero. Una ricerca anglosassone ha esplorato la presenza di tali credenze in 10 pazienti con disturbi da uso di alcol (Spada & Wells, 2006). Ai soggetti è stato chiesto di descrivere un episodio di consumo di alcool attraverso la somministrazione di un'intervista semi-strutturata. Gli obiettivi riferiti dal paziente riguardano la riduzione dello stato emotivo negativo e l'incremento di vissuti emotivi positivi per quanto non sia chiara la distinzione tra emozioni ed esperienze metacognitive. I pazienti riferiscono di non sapere se hanno raggiunto o meno gli obiettivi prefissati, l'alcool infatti sopprime le capacità metacognitive di automonitoraggio. I segnali che hanno interrotto il consumo di alcool non sono collegati al raggiungimenti degli scopi prefissi ma più semplicemente la debolezza fisica e la perdita di coscienza.

Secondo il modello S-REF le credenze metacognitive riguardanti l'efficacia della sostanza nella regolazione del pensiero rappresentano il principale fattore di mantenimento del comportamento problematico. Alla luce dei dati attuali si ipotizza che siano implicate principalmente credenze positive circa l'uso di alcool per regolare stati mentali (es: *"l'alcool mi aiuta a controllare i brutti ricordi"*) o negative relative all'incontrollabilità e al danno dell'alcool

sul funzionamento cognitivo (es: “*l’alcool danneggia la mia memoria*”) (vedi Tabella 1). Simili credenze metacognitive sull’efficacia regolatoria dell’alcool possono coinvolgere effetti dell’alcool su diversi processi cognitivi come il ragionamento, la memoria, il giudizio o l’attenzione.

Tabella 1. Metacognizioni sull’uso di alcool

Credenze metacognitive sull’uso di alcool
Efficienza cognitiva L’alcool mi aiuta a pensare in modo più lucido L’alcool mi aiuta a risolvere i problemi
Controllo del pensiero L’alcool spegne i miei pensieri brutti L’alcool mi aiuta a sostenere i pensieri negativi
Incontrollabilità Quando inizio a bere non riesco più a smettere Non ho controllo sul mio bere
Danno cognitivo L’alcool danneggia la mia mente Se bevo non riesco più a regolarmi

Queste credenze metacognitive sull’uso di alcool con funzione cognitivo-regolatoria hanno mostrato di essere predittori del consumo di alcool più forti delle aspettative cognitivo-sociali sulle conseguenze generali del consumo di alcool (Spada, Moneta & Wells, 2007).

In sintesi i pazienti usano alcool con finalità autoregatorie sulla base di alcune credenze apprese, però nessuno è in grado di riferire se tale scopo (es: non rimuginare troppo, riuscire a essere più socievole, acquisire maggior creatività o capacità di concentrazione) è stato raggiunto perché contemporaneamente l’assunzione di alcool ostacola le funzioni di automonitoraggio. L’alcool si rivela così come strategia controproducente. Le credenze metacognitive (sul controllo del pensiero, sulla fiducia nelle proprie capacità mentali, sull’efficacia della sostanza nel regolare il pensiero) guidano il consumo ma l’azione della sostanza sul sistema nervoso danneggia le capacità di monitorare se lo scopo è stato raggiunto. Il paziente non verifica l’inefficacia dell’alcool e non modifica le sue credenze metacognitive.

Implicazioni dell'approccio metacognitivo applicato all'uso di alcool

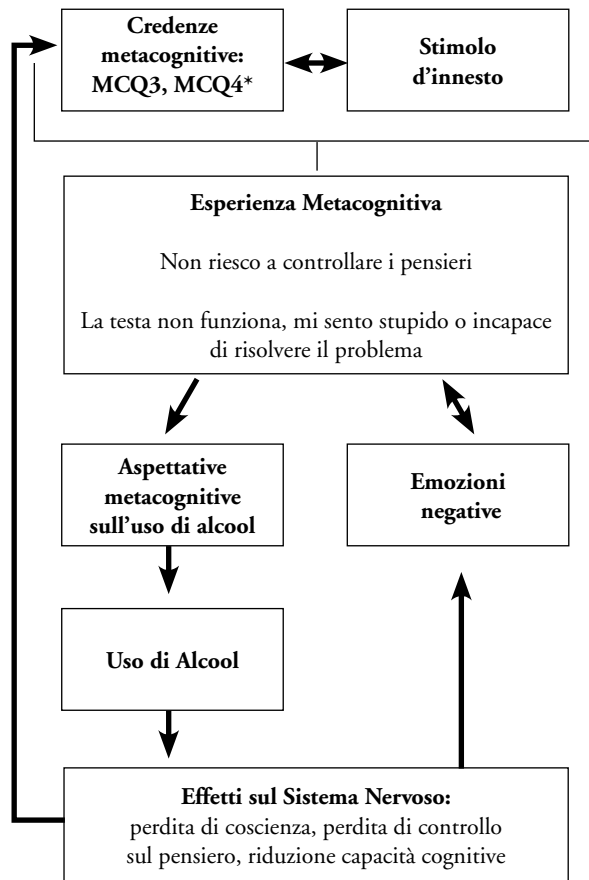
Se alla funzione dell'alcool come regolatore del vissuto emotivo è stato dato ampio spazio nella ricerca clinica e negli interventi psicoterapeutici (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993), poco o nessun interesse è stato posto sugli effetti dell'alcool come regolatore del pensiero. La psicoterapia cognitiva ha posto l'accento sui contenuti tralasciando i processi di pensiero e le credenze metacognitive che li governano.

Dalla breve rassegna presentata emergono due vie metacognitive che innescano l'uso di alcool: le credenze sulla necessità di controllo dei pensieri (MCQ4) e le credenze sullo scarso funzionamento cognitivo (MCQ3). La prima rappresenta la necessità di ridurre un flusso di pensieri, la seconda la necessità di migliorarlo secondo segnali e standard personali. Altre credenze sull'efficacia dell'alcool nel regolare il pensiero (*Positive Alcohol Metacognitions*, PAM) e sugli effetti negativi dell'alcool sui processi cognitivi (*Negative Alcohol Metacognitions*, NAM) sono in fase di verifica e approfondimento (Spada & Wells, 2008).

Nella Figura 1 viene sintetizzato un modello, ancora in via di sviluppo, relativo al rapporto tra dimensioni metacognitive e uso di alcool. Come ipotizzato in altri modelli per disturbi emozionali specifici, alcuni stimoli assumono la valenza di inneschi per una valutazione della discrepanza rispetto agli scopi personali. Nei pazienti con problemi di alcool questi sono relativi alle capacità di controllo del pensiero (MCQ4) e al buon funzionamento cognitivo (MCQ3). L'innesco può essere uno stimolo esterno, una sensazione corporea, uno stimolo cognitivo (ricordo, previsione o pensiero). Nel profilo metacognitivo proposto da Wells (2000) la valutazione dello stimolo di innesco, che si basa sulle credenze metacognitive (MCQ3 e MCQ4), produce un'esperienza metacognitiva caratterizzata dalla sensazione di "stare per perdere il controllo" o che "la mente non riesca a funzionare con efficacia". Emozioni negative seguono le esperienze metacognitive, segnalano alla coscienza la discrepanza affinché si attivino strategie di controllo per ridurla. Innanzi a esperienze metacognitive e a emozioni negative si attivano credenze metacognitive positive relative all'uso di alcool nella regolazione delle cognizioni (es: aumento del controllo, miglioramento della prestazione cognitiva personale

o interpersonale). Ne consegue l'uso di alcool che ha effetti sulla funzionalità cognitiva. Subito dopo l'inizio del consumo di alcool si attivano credenze metacognitive negative circa l'incapacità individuale di controllare il proprio comportamento.

Figura 1. Metacognizione e uso di alcool



* = scarsa fiducia nel funzionamento cognitivo (MCQ3), necessità di controllo del pensiero (MCQ4)

I risultati sono:

- le credenze metacognitive (MCQ3 e MCQ4) si mantengono attive per gli effetti dell'alcool sul sistema nervoso;
- l'esperienza metacognitiva negativa perdura nel tempo fino alla perdita di coscienza;
- credenze metacognitive positive e negative sull'uso di alcool non vengono confutate per il danno alle capacità cognitive di monitoraggio.

Se così fosse l'uso di alcool costituirebbe principalmente una strategia di regolazione cognitiva e solo indirettamente di regolazione emotiva. È ipotizzabile che le persone consumino alcool più per regolare il pensiero che per regolare l'umore, o almeno che questi due scopi differenzino consumatori patologici da consumatori non patologici. Ulteriori approfondimenti sperimentali sono necessari per verificare le ipotesi presentate.

Conclusioni

Le ricerche effettuate sostengono l'applicazione del modello S-REF nella comprensione dei disturbi da uso di alcool. In particolare l'alcool viene presentato come una strategia di regolazione cognitiva e non solo emotiva. Alla luce delle considerazioni presentate si può sostenere l'ipotesi che la regolazione cognitiva abbia un ruolo prevalente nella genesi, nel mantenimento e nel rischio di ricaduta nel potus.

Alla luce dei fattori di mantenimento individuati si possono suggerire alcune conseguenze di significativo rilievo clinico. La terapia cognitivo comportamentale dovrebbe considerare la funzione di regolazione del pensiero della condotta di abuso e operare in due direzioni: (1) interventi mirati a fornire strategie di gestione e cambiamento di stili di pensiero (preoccupazione e rimuginio), memoria, attenzione e giudizio disfunzionali e (2) modificare credenze metacognitive circa la necessità di controllo del pensiero, la fiducia nella propria efficienza cognitiva, effetti positivi e negativi dell'alcool sulle funzioni cognitive per esempio attraverso la decatastrofizzazione del loro significato e tentativi di abbandonare il controllo dei pensieri.

L'analisi del rapporto tra variabili metacognitive e uso di alcool non è ancora completo. In particolare occorre analizzare il ruolo degli intenti cognitivo-regolatori rispetto a quelli emotivo-regolatori per focalizzare con maggior precisione ed efficacia l'intervento psicoterapeutico. Occorre altresì valutare il ruolo delle variabili metacognitive rispetto al rischio di ricaduta e al ruolo di dimensioni metacognitive come variabili predittrici indipendenti del consumo di alcool rispetto a stili di pensiero perseverativi. Lo studio della relazione tra metacognizione e consumo di sostanze è solo all'inizio, tuttavia mostra interessanti prospettive per la pratica clinica aprendo l'intervento su aree finora poco esplorate.

Bibliografia

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., Text Revision). Washington DC: Author.
- BECK, A.T., WRIGHT, F.D., NEWMAN, C.F., & LIESE, B.S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: The Guildford Press.
- CARTWRIGHT-HATTON, S., & WELLS, A. (1997). Beliefs about worry and intrusion: the Meta-Cognition Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders, 11*(3), 279-296.
- HELZER, J.E., & PRYZBECK, T.R. (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Journal of Studies on Alcohol, 49*(3), 219-224.
- JONES, B.T., CORBIN, W., & FROMME, K. (2001). A review of expectancy theory and alcohol consumption. *Addiction, 96*, 57-72.
- KUSHNER, M.G., SHER, K.J., & BEITMAN, B.D. (1990). The relation between alcohol problems and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 147*(6), 685-695.
- OEI, T.P.S., & BALDWIN, A.R. (1994). Expectancy theory: A two process model of alcohol use and abuse. *Journal for the Studies of Alcohol, 55*, 525-534.
- PAPAGEORGIU, C., & WELLS, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research, 27*, 261-273.

- PARKS, G.A., MARLATT, G.A., & ANDERSON, B.K. (2004). Cognitive-behavioural alcohol treatment. In N. Heather and T. Stockwell (eds.), *Treatment and prevention of alcohol problems*. Chichester: Wiley.
- SANCHEZ-CRAIG, M., WILKINSON, D.A., & WALKER, K. (1987). Theory and methods for secondary prevention of alcohol problem: a cognitively based approach. In W.M. Cox (ed.), *Treatment and prevention of alcohol problems* (pp. 287-331); Orlando, FL: Academic.
- SPADA, M.M., & WELLS, A. (2005). Metacognitions, Emotion and Alcohol Use. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 150-155.
- SPADA, M.M., & WELLS, A. (2006). Metacognitions about Alcohol Use in Problem Drinkers. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 138-143.
- SPADA, M.M., & WELLS, A. (2008). Metacognitive beliefs about alcohol use: development and validation of two self-report scales. *Addictive Behaviors*, 33, 515-527.
- SPADA, M.M., ZANDVOORT, M., & WELLS, A. (in stampa). Metacognitions in problem drinkers. *Cognitive Therapy and Research*.
- SPADA, M.M., MONETA, G.B., & WELLS, A. (2007). The relative contribution of metacognitive beliefs and expectancies to drinking behaviour. *Alcohol & Alcoholism* 6, 567-574.
- WELLS, A. (2000). *Emotional Disorder and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. London: John Wiley & Sons Ltd (Trad. It. Disturbi emozionali e metacognizione. Trento: Erikson, 2002).
- WELLS, A., & MATTHEWS, G. (1994). *Attention and Emotion. A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.
- WELLS, A., & PURDON, C. (1999). Metacognition and cognitive-behavior therapy: a special issue. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 71-72.
- WILSON, G.T. (1988). Alcohol and anxiety. *Behavioural Research and Therapy*, 26(5), 369-381.

LA QUALITÀ DELL'INTERAZIONE MADRE-BAMBINO COME INDICE DI CAMBIAMENTO NELL'AMBITO DI UNA PSICOTERAPIA BREVE GENITORE-BAMBINO

*Grazia Maria Fava Vizziello**, *Alessandra Simonelli***,
*Erika Petech****, *Saul Piffer****

Riassunto

Obiettivi. Il lavoro consiste in una ricerca sul caso singolo di valutazione del processo terapeutico di una psicoterapia breve genitore-bambino, attraverso lo studio dell'andamento e delle modificazioni di specifiche caratteristiche dell'interazione madre-bambino nel corso del trattamento, considerate come indici di cambiamento introdotto dall'intervento terapeutico.

Metodi. I primi cinque minuti di interazione madre-bambino di ogni seduta del trattamento sono stati osservati attraverso l'applicazione di variabili osservative specifiche per la valutazione di aspetti salienti dell'interazione precoce adulto-bambino.

Risultati. I punteggi ottenuti nelle diverse variabili sono stati sottoposti ad un disegno di Analisi della Varianza (ANOVA) a misure ripetute che ha evidenziato modificazioni significative della qualità dell'interazione madre-bambino nel corso del processo terapeutico: in particolare, si assiste ad un incremento della qualità della regolazione interattiva nella diade e delle competenze relazionali del bambino. Il modello di regressione applicato, inoltre, evidenzia il ruolo predittivo del trascorrere del "tempo" nel miglioramento delle capacità del bambino nella costruzione della relazione con l'adulto. In

* Professore Ordinario di Psicopatologia dello Sviluppo. Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Università di Padova.

** Ricercatore in Psicologia Dinamica. Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Università di Padova.

*** Dottorando di Ricerca. Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Università di Padova.

tal senso, il tempo sembra supportare l'estrinsecarsi dei processi evolutivi del piccolo, che possono costituire fattori protettivi e risorse utilizzabili nel corso dell'intervento, sia per il sostegno alla crescita del bambino, sia al rinforzo della funzione materna.

Conclusioni Le variabili di osservazione della relazione genitore-figlio utilizzate sembrano costituire uno strumento valido per rilevare i cambiamenti della qualità dell'interazione adulto-bambino nel corso del trattamento. Quest'ultima può quindi essere ritenuta un indicatore affidabile del processo di cambiamento terapeutico avvenuto nel corso di una psicoterapia breve focalizzata su questi aspetti.

Parole-chiave: Valutazione psicoterapia – interazione genitore/bambino – regolazione affettiva – disturbo relazionale – sviluppo relazionale

Abstract

Aims. The work is a case-single study on therapeutical process of a brief infant-parent psychotherapy. The research consider the specific characteristics and the development of infant-caregiver interaction as the principals measures of the change introducing to the process of therapeutical intervention.

Methods. The first 5 minutes of infant-mother interaction of any therapeutical session are observed and assessed to applying evaluation variables of early adult-infant interaction, in order to obtain an assessment of the quality of infant-mother interaction and of its modifications in the course of the therapy.

Results. The scores obtained on different assessment variables are statistically elaborated with a Variance Analysis (ANOVA) which highlighted significant modifications in the quality of the infant-mother interaction in the course of therapeutical intervention. It emerges that the quality of the dyadic regulation and of the competencies of infant in the interactive exchanges increases in time from the first to the ultimate therapy session. The Linear Regression analysis highlights the predictive role of the "time passed" as a developmental characteristic which explain the increasing interactive competencies of infant. In this sense, the time appear the principal protective factor in the

therapeutical intervention in supporting the developmental interactive process in infant and the mother's sense of competence interactive with the child.

Conclusions The variables of infant-adult interaction appears a valid and adequate methods of observation and assessment of characteristics and change of quality of mother-infant interaction in the course of the therapy. The quality of infant-adult interaction seems a reliable cue in order to study the process of theapeutical change in a brief mother-infant therapy.

Key-words: Psychotherapy evaluation – parent/child interaction – affective regulation – relational disturbance – relational development

Autoregolazione e regolazione interattiva: il modello sistemico diadico

Soprattutto per soggetti in prima infanzia, la qualità delle interazioni precoci costituisce un costrutto cardine della teoria e dell'intervento in psicopatologia dello sviluppo (Anders, 1989), secondo una visione che vede il concetto di relazione alla base della riformulazione del disturbo psichico nei termini di *disturbo della relazione* (Sameroff, Emde, 1991). In particolare, entro le interazioni e le relazioni primarie il processo di regolazione assume una centralità fondamentale in quanto rappresenta criterio essenziale per valutare l'adeguatezza della relazione adulto-bambino (Rosenblum, 2004). Viceversa, una disfunzione di tale processo viene considerata alla base di diverse sintomatologie e patologie emergenti nei primi anni di vita del bambino entro il suo contesto di cure.

La regolazione interattiva è un processo reciproco, bidirezionale e co-costruito, intrinsecamente legato al processo di autoregolazione di ognuno dei partner dell'interazione, entro un modello sistemico-diadico che vede i protagonisti della relazione continuamente impegnati nella costruzione dell'equilibrio tra queste due parti: la regolazione dei processi individuali interni (autoregolazione) e la regolazione degli scambi con l'altro (regolazione interattiva) (Beebe, Lachmann, 2003). L'intimo legame tra autoregolazione e regolazione interattiva rappresenta quindi il nucleo concettuale del "modello sistemico diadico", teso a chiarire ed approfondire i processi fondamentali alla base del-

la co-costruzione dei modelli interattivi (Sander, 1977, 2007). L'adozione di tale modello ha contribuito a modificare la tradizionale visione statica della regolazione interpersonale in una concezione "bipersonale" in cui il comportamento di uno dei partner nell'interazione può essere influenzato e previsto in base a quello dell'altro (Fogel, 1993).

Tale approccio occupa uno spazio sempre più ampio nella ricerca evolutiva così come nell'ambito della psicopatologia dello sviluppo. Di particolare importanza sono stati, a questo proposito, gli studi di Tronick (1996, 1998, 2005) che hanno evidenziato, da una parte, l'esistenza nel bambino di precoci competenze di autoregolazione che lo portano a fronteggiare emozioni intense ed eventi stressanti, dall'altra lo sviluppo di competenze regolatorie infantili, grazie al ruolo cruciale ricoperto dalla madre (o dal genitore, in generale), attraverso la funzione di regolazione e trasformazione delle emozioni sperimentate dal bambino: il ruolo dell'adulto in questo processo è quello di favorire la produzione di quotidiani processi di sintonizzazione, di rottura e riparazione. Secondo tale prospettiva, la comunicazione interattiva genitore-figlio non si configura più come un processo di sincronizzazione tra i due partner, in cui la risposta dell'uno risulta perfettamente contingente con quella dell'altro (Condor, Sander, 1974), ma come un più complesso processo comunicativo dove sintonizzazione, rottura e riparazione si alternano, intersoggettivamente, in modo continuo e costruttivo (Beebe, Lachmann, 2003): un sistema costituito da almeno due soggetti, ciascuno con capacità autorganizzanti ed eteroregolatorie, che, impegnati in uno scambio continuo con il contesto, danno vita ad un campo interattivo, organizzato in una prospettiva sistemica, raggiunta attraverso una sintonia reciproca e un processo di adattamento (Sander, 1987, 1995).

La relazione genitore-bambino come "vero paziente"

L'emergere di un sempre maggiore consenso, sostenuto dai dati di ricerca sulla prima infanzia (cfr. Lavelli, 2007), verso una lettura che pone l'intersoggettività come matrice del sistema bambino-genitore (Stern, 2005), ha avuto come conseguenza il graduale prevalere di un modello epistemologico di tipo relazionale che vede il disturbo mentale come espressione di un fal-

limento ambientale, o genitoriale, che non permette la normale sintonizzazione e l'allineamento emotivo tra il bambino e il suo ambiente di sostegno (Rosenblum, 2004). Da questo deriva la considerazione della relazione genitori-bambino come il vero paziente da trattare (Sameroff, Rosenblum, McDonough, 2004) e una considerazione dei disturbi psichici in età evolutiva (soprattutto nella prima infanzia) come espressione sintomatica di modelli relazionali disturbati.

L'idea di disturbi specifici della relazione conduce, quindi, alla ricerca di modelli terapeutici intrinsecamente interattivi/relazionali in grado di focalizzare l'intervento sull'oggetto specifico della sofferenza emersa; tra questi, molto utilizzato è il modello delle psicoterapie brevi bambino-genitore ad orientamento psicodinamico di Cramer e Palacio Espasa (1993) caratterizzato dalle seguenti peculiarità: (a) la presenza contemporanea del genitore e del bambino nel setting terapeutico; (b) la focalizzazione dell'intervento su specifici temi relazionali disturbati; (c) il ristretto numero di sedute, 11 con cadenza settimanale; (d) il duplice piano dell'intervento: le rappresentazioni dell'adulto rispetto al bambino e alla relazione e l'interazione reale che adulto e bambino stanno costruendo, nei suoi aspetti funzionali e nelle criticità presentate. Questo tipo di psicoterapia enfatizza la centralità del bambino come partner attivo nel trattamento, focalizzandosi sulla sua esperienza emotiva in connessione con il mondo rappresentazionale del genitore, allo scopo di promuovere una relazione in cui la capacità di modulare ed integrare l'affetto da parte del bambino, sono sostenuti da una crescente capacità genitoriale nel fornire protezione e risposte appropriate sul piano dello sviluppo (Lieberman, Barnard, Wieder, 2004). L'intervento terapeutico secondo questo modello si indirizza sia sul livello interpersonale della relazione genitore-figlio, agendo sui comportamenti interattivi, sia sul livello intrapsichico del genitore, agendo sulle sue rappresentazioni e narrazioni (Stern, 2004) e si pone l'obiettivo di sostenere e rinforzare le percezioni e i comportamenti del bambino e del genitore, per facilitare la possibilità di mettere in atto uno scambio reciproco di affetti positivi, un'autoassertività appropriata all'età ed una soluzione costruttiva del conflitto alla base del disturbo (Lieberman, Barnard, Wieder, 2004), mirando alla costruzione reciproca e relazionale di una rete di nuovi significati alla base di comportamenti e rappresentazioni che definiscono il sistema familiare.

Una ricerca sulla valutazione del cambiamento in una psicoterapia genitore-bambino

In continuità con le prospettive teorica e clinica presentate, il lavoro si qualifica come una ricerca sul caso singolo di valutazione dei processi di cambiamento nell'ambito di una psicoterapia breve genitore-bambino ad orientamento psicodinamico, secondo il modello di Cramer e Palacio Espasa (1993), rivolta allo studio del processo terapeutico analizzando l'andamento, nel corso del trattamento, di alcune variabili interattive considerate indicatori centrali rispetto all'intervento stesso (cfr. Dazzi, Lingiardi, Colli, 2006).

La ricerca è stata effettuata al termine di un trattamento psicoterapeutico madre-bambino presso un Servizio specialistico di II livello per la Genitorialità e i disturbi in età evolutiva attivo presso il Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione dell'Università di Padova. I genitori si rivolgono al Servizio, chiedendo una consultazione, a causa di comportamenti aggressivi e oppositivi nei loro confronti del loro bambino di 20 mesi.

Il percorso diagnostico e le indicazioni per il trattamento

Il percorso diagnostico ha previsto: (a) la somministrazione al bambino delle Scale di Sviluppo Brunet-Lèzine, per la rilevazione del livello generale di sviluppo psico-motorio, da cui è emerso un Quoziente di Sviluppo complessivamente nella norma, anche se con alcune cadute e disarmonie nella sfera comunicativo-linguistica; (b) la somministrazione alla famiglia (madre-padre-bambino) della procedura del Lausanne Triadic Play (LTP; Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery, 1999) per l'osservazione delle dinamiche triadiche familiari; (c) la somministrazione ad entrambi i genitori dell'Adult Attachment Interview (AAI, George, Kaplan, Main, 1985) per la valutazione delle rappresentazioni attuali degli adulti relative alla storia infantile con le figure di attaccamento.

In complesso, il quadro che emerge è quello di un bambino con uno sviluppo abbastanza adeguato dal punto di vista psicomotorio che, tuttavia,

possiede un repertorio interattivo/comunicativo caratterizzato da un gioco non simbolico, con azioni talvolta ripetitive e stereotipate e accompagnato da un linguaggio povero, limitato e costituito da scarse vocalizzazioni olfrastiche, sostituito spesso dalla gestualità dotata comunque di direzionalità e intenzionalità. Dal punto di vista relazionale, inoltre, emergono difficoltà soprattutto nella funzione genitoriale materna: la madre sembra infatti non riuscire a leggere e interpretare, fornendo un significato, i bisogni e le richieste del bambino, cosicché, spesso, le loro interazioni si risolvono in una situazione di incomunicabilità sul piano verbale e non verbale e di inconsapevolezza dell'adulto rispetto alle capacità e alle necessità del piccolo. Per questi motivi, la sintomatologia presentata dal bambino è stata considerata reattiva e strettamente associata ad una disfunzione relazionale con gli adulti di riferimento, e ha portato ad ipotizzare un disturbo relazionale precoce, accompagnato da uno sviluppo comunicativo-linguistico disarmonico.

Nel colloquio di restituzione si propone alla famiglia una psicoterapia breve ad orientamento psicodinamico, centrata prevalentemente sul sostegno alla qualità della relazione madre-bambino. Il percorso terapeutico ha avuto il seguente andamento: un primo "blocco" d'intervento costituito da 7 incontri con cadenza mensile e da una seduta di controllo dopo 6 mesi che, di fatto, conclude la terapia, in quanto la famiglia si ritiene sufficientemente soddisfatta relativamente agli importanti progressi individuali e relazionali raggiunti; una ripresa terapeutica, a seguito dell'emergere di una nuova sintomatologia del bambino (ansia da separazione) in concomitanza con la nascita di un fratellino, iniziata dopo poco più di 2 anni dalla conclusione della prima trache terapeutica e costituita da 3 sedute con cadenza quindicinale nell'arco di 2 mesi. Gli incontri sono stati videoregistrati, si sono svolti con una cadenza di 20 giorni e hanno visto la presenza della coppia madre-bambino e di due terapeuti.

Il setting clinico adottato nell'intervento è un setting di tipo "intermodale" (Fava Vizziello, 2006), che prevede la presenza di due terapeuti e implica due principali livelli d'intervento, che avvengono parallelamente nella stanza di consultazione: (a) l'intervento a livello rappresentativo e narrativo, attuato direttamente da uno dei terapeuti nei confronti del genitore; (b) l'intervento a livello interattivo-procedurale, messo in atto dall'altro terapeuta nei confronti del bambino.

La ricerca

La ricerca si fonda su due presupposti teorico-metodologici: il primo riguarda la definizione della psicopatologia evolutiva come manifestazione di una relazione adulto-bambino disfunzionale (Sameroff, McDonough, Rosenblum, 2004; Ammaniti, 2001); il secondo considera le difficoltà relazionali madre-bambino come aspetto saliente del processo terapeutico. In questa prospettiva, si tratta di uno studio longitudinale sul caso singolo che riguarda un'applicazione al contesto clinico di procedure osservative della relazione madre-bambino, ritenuta come indicatore per la valutazione del cambiamento in terapia.

La qualità degli scambi interattivi madre-bambino è stata scelta come indice privilegiato per valutare i processi di cambiamento, nel bambino, nell'adulto e nella loro relazione reciproca, nel corso dell'intervento; a questo scopo, è stata utilizzata una serie di scale di valutazione della relazione genitore-bambino con i seguenti obiettivi: (a) verificare l'affidabilità delle scale utilizzate in questa specifica situazione per indagare gli aspetti interattivi nel corso della terapia; (b) valutare l'eventuale esistenza di associazioni tra le diverse variabili interattive osservate nel corso delle sedute; (c) valutare l'andamento delle diverse caratteristiche interattive e le loro eventuali modificazioni nel corso del trattamento; (d) verificare se e quanto la dimensione "tempo" della psicoterapia incide sul processo di cambiamento osservabile nel bambino, nell'adulto o nella relazione.

Metodologia

Le Scale di valutazione dell'interazione madre-bambino sono state applicate ai primi 5 minuti di interazione presenti in ognuna delle 11 sedute terapeutiche. Le Scale sono state tratte da diverse fonti e sono state scelte in base al fatto che ognuna identifica e definisce una serie di variabili d'osservazione ritenute salienti per gli obiettivi dello studio. Tutte le scale sono state adattate in modo da consentire una valutazione delle variabili osservate tramite l'attribuzione di un punteggio graduato su scala Lickert a 4 punti (range 1-4). Le scale utilizzate sono: (a) la Scala di disponibilità emotiva (Biringen,

Emde, e Robinson, 1993), che valuta i seguenti comportamenti interattivi: sensibilità materna, intrusività materna, emotività materna, responsività del bambino verso la madre e, infine, coinvolgimento della madre da parte del bambino. (b) la Scala di valutazione della co-costruzione di genitore e bambino (Oppenheim e Renouf, 1991), che valuta la qualità della guida genitoriale, l'emotional scaffolding, il livello di intersoggettività, la condivisione affettiva del genitore, la qualità del comportamento comunicativo di entrambi i partner e l'aiuto offerto dal genitore nel guidare la narrazione con il bambino. (c) la Scala di regolazione del bambino (Karpf, Murray, 2000), che prende in esame l'autoregolazione e l'inibizione del bambino; e, infine, (d) le Scale della relazione genitore-bambino, una riguardante il genitore, l'altra il bambino, adattate dal Care Index di Crittenden (2001), che analizzano le variabili: espressione del volto, della voce, dell'affetto, posizione e contatto corporeo, timing interattivo, controllo e scelta dell'attività interattiva.

Analisi preliminari: affidabilità e statistiche descrittive

Una prima verifica delle Scale ha riguardato la loro affidabilità. A questo scopo, le interazioni sono state valutate da 2 giudici indipendenti ed è stato calcolato il loro grado di accordo su 5 sedute (le sedute 1, 2, 4, 5, 7) che rappresentano il 45.5% del materiale videoregistrato. Emerge un buon livello di accordo tra giudici indipendenti¹.

La Tabella 1 riporta le statistiche descrittive delle scale relative all'insieme delle sedute.

Come si può osservare, i punteggi medi più elevati vengono raggiunti dalla Scala della Disponibilità Emotiva ($\mu=3.218$, $ds=.756$) e da quella della Regolazione del Bambino ($\mu=3.228$, $ds=.685$): questo aspetto, seppure preliminare, sembra mostrare migliori prestazioni del bambino e dell'adulto se presi singolarmente, nonché una certa stabilità nel corso del tempo delle

1 K di Cohen e percentuale di accordo per ognuna delle Scale: Disponibilità Emotiva $K = .764$ (84%); Co-costruzione Genitore-Bambino $K = .438$ (60%); Regolazione del Bambino $K = .833$ (90%); Qualità della Relazione del Genitore $K = .679$ (77.2%); Qualità della Relazione del Bambino $K = .831$ (88.5%).

competenze di ognuno (data dai bassi punteggi di deviazione standard nelle due scale). Diversamente, le Scale che valutano caratteristiche maggiormente relazionali (Co-costruzione genitore-bambino e gli Indicatori della qualità della relazione del genitore e del bambino) registrano punteggi inferiori e più ampia deviazione standard, che indicherebbe maggiore variabilità. A livello clinico, tali elementi segnalano in prima battuta il focus della problematicità che risiede appunto nell'incontro tra madre e bambino durante l'interazione, piuttosto che in difficoltà proprie e peculiari dell'uno o dell'altra presi singolarmente.

Tabella 1

Statistiche descrittive delle variabili di osservazione dell'interazione madre-bambino calcolate sull'insieme delle 11 sedute.

VARIABILI	MEDIA	DEVIAZIONE STD.
Disponibilità emotiva	3,218	0,756
Co-costruzione Genitore-Bambino	2,889	0,856
Regolazione bambino	3,228	0,685
Qualità relazionale Genitore	2,818	1,097
Qualità relazionale Bambino	2,974	1,044

Infine, le scale mostrano buona affidabilità nel corso delle sedute: l'analisi delle correlazioni di Pearson evidenzia l'esistenza di molteplici associazioni tra le variabili osservate tra le diverse sedute (Tabella 2).

Questo dato, se vogliamo di minore impatto clinico, ha comunque un importante rilievo metodologico per ciò che concerne l'utilizzo di metodi osservativi empirici applicati al contesto terapeutico: infatti, le correlazioni emerse evidenziano la stabilità delle osservazioni effettuate con le scale di valutazione scelte, deponendo a vantaggio di un loro utilizzo in questo tipo di ricerca proprio in virtù del fatto che sembrano misurare stabilmente nel tempo i costrutti da esse definiti e identificati.

Tabella 2
Correlazioni tra le variabili di osservazione dell'interazione madre-bambino nel corso delle 11 sedute (Correlazioni di Pearson)

Sed. (a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	-	.412(*) p=.024	.316 p=.089	.611(**) p=.000	.156 p=.411	.462(*) p=.010	.235 p=.210	.046 p=.811	.638(**) p=.000	.331 p=.074	.095 p=.617
2		-	.588(**) p=.001	.417(*) p=.022	.059 p=.758	.402(*) p=.028	.120 p=.527	.441(**) p=.015	.203 p=.281	-.209 p=.267	-.085 p=.655
3			-	.671(**) p=.000	.056 p=.769	.333 p=.072	.115 p=.546	.467(**) p=.009	.296 p=.112	.094 p=.621	.162 p=.392
4				-	.324 p=.081	.512(**) p=.004	.323 p=.081	.358 p=.052	.509(**) p=.004	.230 p=.221	.144 p=.447
5					-	.129 p=.497	.183 p=.333	.391(*) p=.032	.310 p=.096	.290 p=.119	-.302 p=.105
6						-	.484(**) p=.007	.179 p=.344	.388(*) p=.034	.149 p=.432	.093 p=.624
7							-	.080 p=.675	.245 p=.192	.307 p=.098	0 p=1
8								-	.064 p=.737	.178 p=.347	.141 p=.457
9									-	.589(**) p=.001	0 p=1
10										-	.326 p=.079
11											-

* La correlazione è significativa al livello 0,05 (2-code)

** La correlazione è significativa al livello 0,01 (2-code)

(a) Numero di seduta osservata

Risultati. La qualità dell'interazione nel corso del trattamento

Il primo obiettivo dello studio è stato quello di valutare l'andamento della qualità dell'interazione adulto-bambino nel succedersi delle sedute; a tale scopo è stato utilizzato un disegno di Analisi della Varianza (ANOVA) a misure ripetute del tipo 11 x 5, costituito da: (a) variabile dipendente: i punteggi ricevuti su ogni sottoscala in ogni seduta; (b) fattore within: le 11 sedute, ovvero il tempo di svolgimento del processo terapeutico a cui sono state applicate le scale di valutazione; (c) fattore between: le 5 scale che compongono il sistema di codifica.

Emerge un effetto significativo del fattore “tempo” ($F_{10, 250}=18.887$, $p<.01$), che evidenzia una differenza significativa tra almeno uno dei punteggi medi ottenuti dalla diade nelle diverse sedute. Non sono invece stati rilevati effetti significativi del fattore “scale” ($F_{40, 25}=.790$; $p=.543$) né dell’interazione tra i fattori “tempo x scale” ($F_{40, 250}=1.329$; $p=.101$). Per comprendere in che modo si espliciti l’effetto significativo del fattore “tempo” sono stati utilizzati confronti a coppie con il metodo Bonferroni, sui diversi livelli del fattore significativo, che hanno evidenziato diverse differenze significative (Tabella 3; Grafico 1).

Tabella 3

Differenze significative tra le medie marginali stimate delle variabili di osservazione dell’interazione madre-bambino nelle diverse sedute dell’intervento terapeutico.

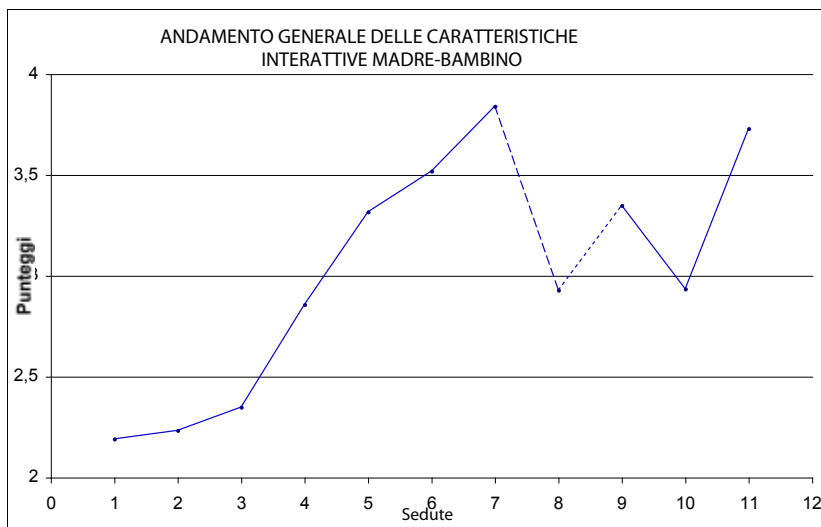
Numero di Seduta	Numero di Seduta	Differenza tra medie	P
1	4	-0,667	.047
	5	-1,126	.002
	6	-1,328	<.01
	7	-1,650	<.01
	9	-1,158	<.01
	11	-1,539	<.01
2	5	-1,083	.002
	6	-1,285	<.01
	7	-1,607	<.01
	8	-0,695	.043
	9	-1,115	<.01
	11	-1,496	<.01
3	5	-0,968	.005
	6	-1,170	.001
	7	-1,493	<.01
	9	-1,000	.002
	11	-1,381	<.01

cont...

4	7	-0,983	.004
	11	-0,872	.015
5	7	-0,524	.033
7	8	0,912	.007
	10	0,907	<.01
8	11	-0,800	.015
9	10	0,414	.036
10	11	0,795	.001

Grafico 1

Andamento nel corso delle 11 sedute terapeutiche dei punteggi ottenuti sull'insieme delle variabili di osservazione della qualità dell'interazione madre-bambino.



In particolare, nelle prime 7 sedute nel corso di 7 mesi, si evidenzia un progressivo miglioramento delle caratteristiche dell'interazione madre-bambino, mentre all'ottava seduta si verifica un calo significativo rispetto alla precedente: occorre sottolineare tuttavia che quest'ultima si verifica dopo un considerevole intervallo di tempo (2 anni) e in seguito ad una sospensione della prima parte del trattamento ed è motivata da un'ulteriore richiesta da parte della famiglia a causa dell'emergere di nuove difficoltà nello sviluppo del bambino e nell'interazione con i genitori. In tal senso, l'ottava seduta segna un nuovo momento di disagio nonché l'inizio di un rinnovato momento di presa in carico. Diversamente, nell'intervallo tra l'ottava e l'undicesima seduta si assiste ad un andamento non lineare delle caratteristiche dell'interazione madre-bambino osservate, che conducono tuttavia ad un incremento statisticamente significativo nell'ultima seduta rispetto alle precedenti.

Successivamente, l'andamento di ognuna delle caratteristiche dell'interazione madre-bambino osservate è stato ulteriormente studiato tramite un disegno di Analisi della Varianza (ANOVA) a misure ripetute di tipo 11 x 1, dove i punteggi medi delle sottoscale che compongono ogni scala costituiscono la variabile dipendente, mentre le 11 sedute a cui è stata applicata ogni singola scala rappresenta il fattore within² (Tabelle 4 e 5).

Tabella 4

Statistiche descrittive di ognuna delle variabili di osservazione dell'interazione madre-bambino per ognuna delle sedute terapeutiche.

Media e Dev Standard di ogni variabile	Sed.	Sed.	Sed.	Sed.	Sed.	Sed.	Sed.	Sed.	Sed.	Sed.	Sed.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Disponibilità Emotiva	2,20	2,40	2,60	3,40	3,60	3,80	4,00	3,40	3,60	2,80	3,60
	0,837	0,548	0,548	0,548	0,548	0,447	0	0,548	0,548	0,447	0,548

cont...

2 Per quanto riguarda la Scala di Regolazione del bambino, non è stato possibile applicare il modello di analisi della varianza a misure ripetute, a causa del fatto che è composto solo da 2 sottoscale.

Co-costruzione Genitore-Bambino	2,11	2,56	2,00	2,89	3,56	3,22	3,78	2,89	3,00	2,44	3,33
	1,054	0,726	0,866	0,782	0,527	0,441	0,441	0,782	0,707	0,527	0,500
Regolazione Bambino	2,50	2,50	3,00	3,00	3,00	4,00	4,00	2,50	4,00	3,00	4,00
	0,707	0,707	0	0	0	0	0	0,707	0	0	0
Qualità Relazionale Genitore	1,57	2,00	2,29	2,43	3,14	3,29	3,71	3,00	2,71	3,00	3,86
	0,976	1,000	0,951	1,272	0,690	0,951	0,488	1,414	0,756	0,816	0,378
Qualità Relazionale Bambino	2,57	1,71	1,86	2,57	3,29	3,29	3,71	2,86	3,43	3,43	3,86
	1,134	0,951	1,069	1,272	0,488	1,113	0,488	0,378	0,787	0,535	0,378

Tabella 5

Analisi della Varianza a misure ripetute applicata a ognuna delle variabili di osservazione dell'interazione madre-bambino.

Variabili	Fattore "Tempo";	p
Disponibilità Emotiva	F(10, 40)=6,615	; p<.01
Co-costruz. Gen-Bamb.	F(10, 80)=7,144	; p<.01
Regolazione Genitore	X	X
Qualità Relazionale Genitore	F(10, 60)=7,626	; p<.01
Qualità Relazionale Bambino	F(10, 60)=6,961	; p<.01

I risultati, nel loro complesso, evidenziano la presenza di importanti differenze significative tra almeno uno dei punteggi medi ottenuti nelle diverse sedute, per ogni scala presa in considerazione, segnalando importanti modificazioni e progressivi miglioramenti di tutti aspetti interattivi valutati nel processo terapeutico (Grafici 2, 3, 4).

Grafico 2

Andamento nel corso delle 11 sedute terapeutiche dei punteggi ottenuti sulla variabile di osservazione della Disponibilità emotiva.

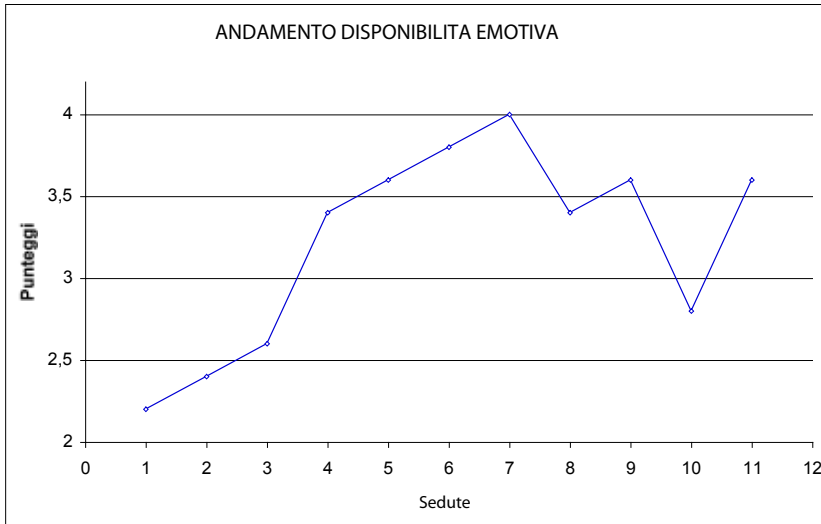


Grafico 3

Andamento nel corso delle 11 sedute terapeutiche dei punteggi ottenuti sulla variabile di osservazione della Co-costruzione genitore-bambino.

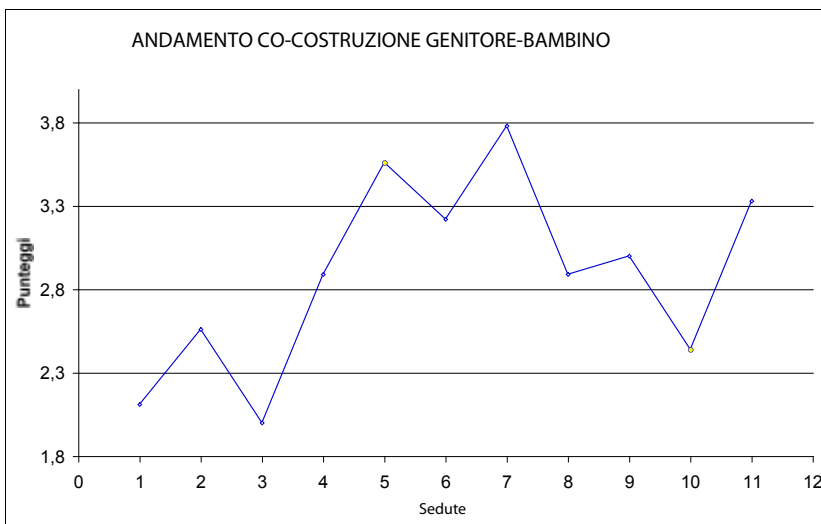


Grafico 4

Andamento nel corso delle 11 sedute terapeutiche dei punteggi ottenuti sulla variabile di osservazione della Qualità relazionale del genitore.

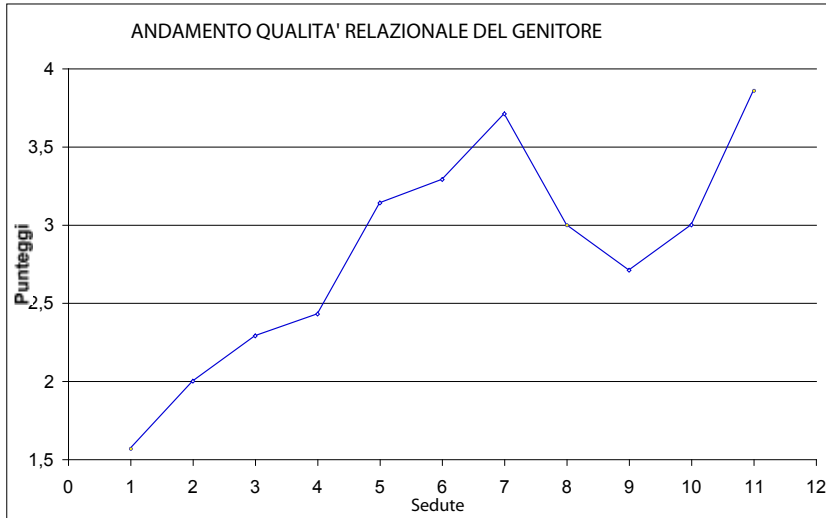
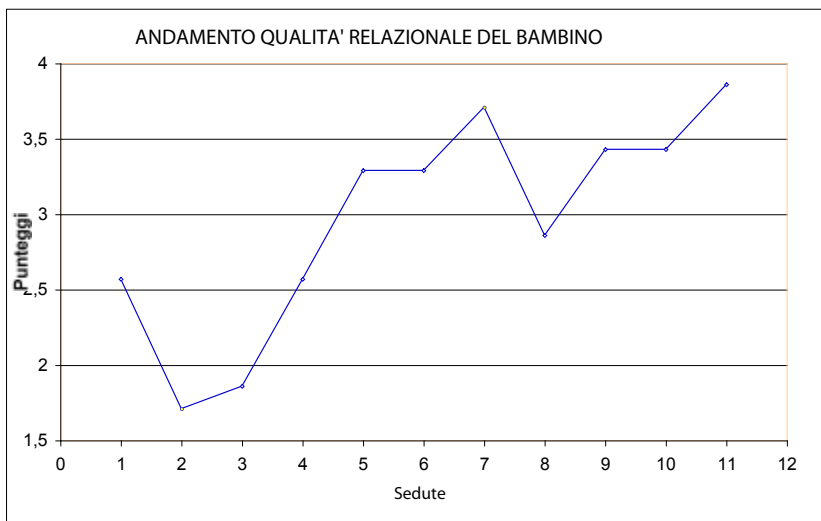


Grafico 5

Andamento nel corso delle 11 sedute terapeutiche dei punteggi ottenuti sulla variabile di osservazione della Qualità relazionale del bambino.



In particolare, per ognuna delle variabili indagate emerge il ruolo del fattore “tempo” come un aspetto che introduce modificazioni significative nel corso delle rilevazioni, esplicando un effetto significativo in tutte le scale considerate. Per capire in che modo si esplichino questi effetti, è stata applicata la correzione per confronti multipli Bonferroni sui diversi livelli del fattore significativo che ha mostrato molteplici differenze significative tra le medie marginali stimate delle variabili oggetto di studio (Tabella 6). Tali dati confermano ed evidenziano come ogni singola variabile analizzata abbia subito importanti modificazioni nel corso del processo terapeutico, che possono essere letti come evoluzioni delle diverse dimensioni della relazione madre-bambino nel tempo.

Tabella 6

Differenze significative tra le medie marginali stimate all'interno delle singole variabili di osservazione dell'interazione madre-bambino nelle diverse sedute dell'intervento terapeutico.

Scala	Numero di Seduta	Numero di Seduta	Differenza tra medie	p
Disponibilità emotiva	/	/	/	/
Co-costruzione	5	10	1,111	< 0,05
Genitore-Bambino	7	10	1,333	< 0,05
Regolazione bambino	/	/	/	/
Qualità Relazionale genitore	1	7	-2,143	< 0,05
	1	11	-2,286	< 0,05
Qualità Relazionale bambino	2	7	-2,001	< 0,05

Risultati. Qualcosa “determina” qualcosa nei cambiamenti terapeutici?

I risultati fin qui ottenuti hanno posto l'accento sul fatto che nel complesso, così come per ogni singolo aspetto dell'interazione osservata, si osservano modificazioni significative nella qualità dell'interazione madre-bambino nel corso della terapia e che queste hanno un andamento specifico legato al susseguirsi delle sedute e al trascorrere del tempo del trattamento. Sulla scorta di tali evidenze, una ulteriore verifica ha riguardato la variabilità *vs.* la stazionarietà nel tempo dei diversi punteggi attribuiti sulle Scale di osservazione nel corso delle 11 sedute di trattamento: il Test C in R (Cottini, 1996) applicato ai dati ha confermato non stazionarietà della sequenza dei punteggi ottenuti dai soggetti su ogni scala osservativa (Tabella 7), confermando la presenza di modificazioni nella qualità di ogni singolo aspetto interattivo valutato lungo il processo terapeutico. Questa caratteristica ha condotto alla necessità di verificare il ruolo della variabile del tempo inteso, non come numero di sedute, ma nella sua scansione “reale” in mesi e giorni di sviluppo del bambino e della relazione (Tabella 8), possa avere una influenza sulle modificazioni osservate nel corso delle sedute stesse.

Tabella 7

Test C in R applicato ad ognuna delle di osservazione dell'interazione madre-bambino nell'insieme delle sedute dell'intervento terapeutico.

Test C	Z	P
Disponibilità Emotiva	2,4138	0,0079
Co-costruzione Genitore-Bambino	1,3762	0,0843
Regolazione Bambino	0,2679	0,0394
Qualità Relazionale Genitore	2,7619	0,0028
Qualità Relazionale bambino	2,6348	0,0042

Tabella 8
Distribuzione temporale “reale” delle sedute del processo terapeutico

Numero di Seduta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Δt (mesi)	0	1	2	3	4	5	6	13	38	39	40

Un modello di regressione lineare “per blocchi” applicato ai punteggi di ogni singola scala di valutazione dell’interazione ha riscontrato il ruolo significativo del trascorrere reale del tempo “cronologico” (se vogliamo, “evolutivo”) nel corso del trattamento nel determinare le modificazioni evidenziate nelle capacità relazionali del bambino (Tabella 9).

Tabella 9
Modello di Regressione lineare “per blocchi” applicato ad ognuna delle variabili di osservazione dell’interazione madre-bambino nell’insieme delle sedute dell’intervento terapeutico.

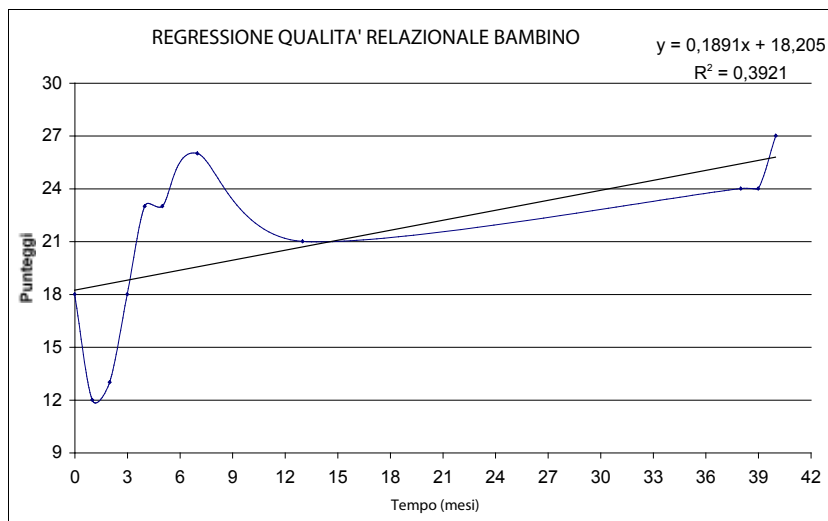
Regressione “per blocchi”	Test statistico F	probabilità
Disponibilità Emotiva	0,551	0,477
Co-costruzione Genitore-Bambino	0,177	0,684
Regolazione Bambino	2,322	0,162
Qualità Relazionale Genitore	2,463	0,151
Qualità Relazionale bambino	5,804	0,039

Questo risultato, in linea con l’ipotesi sostenuta da Stern (1985) relativa alla naturale spinta evolutiva del bambino e, di conseguenza, del sistema madre-bambino, sembra evidenziare il ruolo delle caratteristiche della relazione del bambino con la madre ad una seduta del trattamento come predittore

della qualità della stessa durante la seduta successiva, secondo un modello prevedibile³ (Grafico 6).

Grafico 6

Analisi di Regressione sui punteggi ottenuti nel corso della 11 sedute terapeutiche sulla variabile di osservazione della Qualità relazionale del bambino.



In altre parole, si può ipotizzare come il fattore “tempo” abbia favorito l’estrinsecarsi dei processi evolutivi del bambino, i quali, costituendo fattori protettivi e risorse sia per la crescita sia per il rinforzo della funzione genitoriale materna, sembra aver influenzato e contribuito al processo di cambiamento avvenuto durante la psicoterapia.

3 Il modello di previsione è espresso dall’equazione $Y = .1891x + 18.205$, dove “Y” rappresenta la variabile dipendente (ovvero la scala indagata) e “x” sta per la variabile indipendente (il tempo).

Riflettendo sul cambiamento...

I dati hanno evidenziato come le modificazioni di maggiore significato clinico si verificano tra la prima e la settima seduta, tra le quali intercorre un intervallo di tempo di 7 mesi e che rappresentano il momento iniziale e più intenso dell'intervento. All'inizio della terapia, le difficoltà di interazione tra madre e bambino si estrinsecano su tutti i livelli osservati e si manifestano nell'impossibilità del piccolo nel comunicare bisogni e intenzioni risultando "incomprensibile" all'adulto: questo schema interattivo per cui i segnali del bambino non trovano "lettura" da parte dell'adulto e, conseguentemente, risposte adeguate, genera momenti di difficoltà relazionale caratterizzati da rotture e da comportamenti reciproci disorganizzati. Da parte sua, la madre, non essendo in grado di cogliere le intenzioni del figlio e di prevedere i suoi comportamenti, si distacca, pensandolo come un bambino non comprensibile, con un temperamento difficile, aggressivo e oppositivo, soprattutto nei suoi confronti.

Per questi motivi, le sequenze interattive tra madre e bambino osservate nelle sedute iniziali dell'intervento sono caratterizzate da fallimenti e scarsa sintonizzazione del timing, con continue sfasature nel ritmo interattivo, che sfociano in maldestri tentativi di aggancio e di costruzione di una narrazione interattiva, ma che si risolvono nella maggior parte dei casi in momenti di rottura e di frustrazione reciproca, che vede il partner allontanarsi. Ciò che appare evidente è la carente capacità della madre di "mettersi nei panni" del figlio e di entrare in contatto affettivo con lui: queste difficoltà vengono riportate esplicitamente dalla signora che esprime la propria incapacità a concepire il bambino come un essere dotato di un "apparato per pensare i pensieri", una logica, delle esigenze e delle intenzioni, se non per ciò che concerne i comportamenti "negativi" ed oppositivi verso di lei, che ricevono invece particolare attenzione, colpendo gli investimenti materni e frustrando i suoi tentativi relazionali. Quest'insieme di rappresentazioni, presenti nel mondo mentale materno, sembra riverberarsi nell'interazione reale, dando luogo ad un circolo vizioso continuamente alimentato da risposte poco stimolanti, di basso livello e poco modulate che la madre fornisce alle richieste del bambino. In questo senso, la scarsa capacità rappresentazionale del bambino, alla base delle sue basse competenze linguistiche e delle sue difficoltà relazionali, sembra essere

espressione di una rappresentazione materna svilente, in quanto incapace di gestire e di intraprendere una relazione con il figlio sufficientemente modulata, sincronizzata e ben regolata.

Nella prima fase dell'intervento, quindi, due sono stati gli obiettivi principali focalizzati rispettivamente su due piani differenziati, ma complementari: da un lato, l'elaborazione del piano rappresentativo materno, legato al "sé come madre", così carente rispetto alle capacità di contenimento del bambino, di comprensione delle sue comunicazioni e di disponibilità rispetto ad uno spazio affettivo e mentale per pensarlo; dall'altro, l'aiuto all'interazione reale nel qui ed ora delle sedute, come possibilità di madre e bambino di sperimentare nuovi e più funzionali modelli di interazione e di percepire se stessi e l'altro come attori competenti ed efficaci nella costruzione di uno scambio relazionale condiviso.

La madre, riuscendo a sentirsi maggiormente partecipe nella relazione con il figlio e a comprendere, intuire e prevedere i suoi gesti ed intenti comunicativi, ha iniziato a percepire il proprio bambino come "essere pensante", bisognoso e dipendente dalle sue cure, in grado di provare emozioni, dotato di caratteristiche e competenze peculiari e personali e capace di sviluppare previsioni ed intenzioni comportamentali.

Le modificazioni nel corso della prima fase del trattamento conducono la famiglia a sentirsi pronta a riprendere autonomamente il proprio percorso evolutivo con il bambino: viene fissata quindi una seduta di controllo a distanza di sei mesi per monitorare l'andamento complessivo del bambino, della relazione con la madre e dell'equilibrio complessivo del nucleo familiare. Le osservazioni relative a quest'ultima seduta evidenziano tuttavia un significativo decremento della qualità dell'interazione madre-bambino e complessivamente di tutte le caratteristiche relazionali e individuali oggetto di osservazione: questa "flessione", che potrebbe anche essere considerata come una sorta di adattamento reciproco nella relazione reale e quotidiana a casa, tuttavia non implica una regressione alle difficoltà interattive presenti prima del trattamento; in altre parole, nella 6° seduta si osservano caratteristiche dell'interazione madre bambino comunque maggiormente adattive e funzionali rispetto alle prime sedute dell'intervento, anche se con un lieve decremento.

Il secondo momento terapeutico avviene a distanza di 2 anni, in coincidenza con la nascita di un fratellino, che ha portato ad un'inevitabile riduzio-

ne di attenzione e di tempo da parte della madre nei confronti del bambino e l'emergere di una rinnovata sintomatologia: il piccolo presenta episodi di enuresi notturna, legati ad ansia e stress da separazione. Anche in questo secondo momento un dato appare di rilievo clinico: la richiesta di un nuovo intervento sulla relazione madre-bambino vede comunque la diade funzionare ad un livello relazionale maggiormente adattivo rispetto all'inizio della terapia. Questo aspetto per cui la rinnovata richiesta si innesta entro un livello interattivo ed evolutivo più maturo per il bambino e per l'adulto sembra testimoniare l'impatto, anche a lungo termine, del precedente intervento terapeutico nel circuito che manteneva il sistema disfunzionale, conducendo ad un riassetto complessivo e mantenuto nel tempo delle dinamiche interattive tra madre e figlio. Inoltre, in questa seconda fase, aspetti di rilievo riguardano la durata dell'intervento e i miglioramenti relazionali osservati: infatti, la ripresa dell'aiuto all'interazione conduce ad un incremento della stessa nell'arco di 3 sedute, un tempo assai breve nel corso del quale madre e bambino ritornano a livelli elevati di sintonia e "funzionamento" affettivo-relazionale. Tale aspetto sembra deporre a vantaggio del fatto che il precedente intervento abbia continuato a "lavorare" nel favorire lo sviluppo del bambino e delle sue relazioni consentendo alla famiglia: da una parte, di chiedere nuovamente aiuto in una situazione critica per l'intero nucleo, oltre che per il piccolo; dall'altra, di potersi ingaggiare entro una nuova presa in carico assai breve, ma la cui efficacia è possibile in virtù delle basi poste in precedenza. La tecnica presentata e le osservazioni tratte depongono quindi a vantaggio di un supporto focale, breve e intermodale alla relazione precoce adulto-bambino che sembra favorire la messa in circolo delle potenzialità evolutive del piccolo e delle sue figure di riferimento, supportando anche a lungo termine nuovi modelli interattivi, accanto alla possibilità di attingere a successive forme di aiuto nel momento di crisi.

Sia i risultati raggiunti che la brevità dell'intervento hanno avuto un ruolo determinante nel dare fiducia ad una madre "sofferente" che si è sentita, da una parte accompagnata e protetta dal setting, dall'altra promotrice autonoma dei progressivi miglioramenti delle condizioni del bambino. A questo scopo, è stato utile l'utilizzo di un setting intermodale; infatti, grazie all'ausilio di un co-terapeuta impegnato in scambi comunicativi positivi con il bambino, la madre ha potuto osservare e successivamente utilizzare nella

relazione le competenze e le potenzialità del figlio. In questo modo, l'intervento ripetuto nel tempo ha permesso che la diade continuasse nel tempo da sola, raggiungendo i massimi livelli ma con la consapevolezza di avere la possibilità di ricevere supporto nel caso in cui si verificassero crisi evolutive che potrebbero richiedere una repentina ristabilizzazione degli equilibri interattivi e relazionali.

In questo tipo di psicoterapia impostata verticalmente nel tempo, il mantenimento e l' "utilizzo" del transfert è stato parte integrante; ciò potrebbe spiegare il motivo per cui, alla fine della prima fase di trattamento, non si è cercato di ridurre o di risolvere il transfert, ma lo si è volutamente lasciato in *stand-by*, pronto ad essere ripreso qualora si ripresentasse un'ulteriore crisi evolutiva.

Come mostrato dalle analisi di regressione, il fattore "tempo", nella sua scansione naturale, sembra aver influenzato e contribuito al processo di cambiamento avvenuto durante la psicoterapia. Infatti, esso risulta influenzare significativamente la qualità relazionale madre-bambino, confermando l'ipotesi di Stern (1992), secondo la quale nel bambino e parallelamente nel sistema madre-bambino, esiste un "motore", una spinta naturale ed intrinseca allo sviluppo e alla maturazione, che costituisce una risorsa straordinaria per il processo di guarigione; in alcuni casi, come in questo, è necessario invece intervenire, per indirizzarla nella giusta direzione. Da un punto di vista clinico, il fattore tempo sembra favorire l'estrinsecarsi dei processi evolutivi del bambino, i quali possono costituire fattori protettivi e risorse utilizzabili nel corso dell'intervento, sia per il sostegno alla crescita del bambino, sia al rinforzo della funzione genitoriale materna.

Alla fine del presente lavoro e alla luce dei risultati ottenuti sembra possibile concludere che le scale di valutazione della relazione genitore-figlio, utilizzate usualmente come procedura osservativa in ambiente naturale ed applicate nel presente lavoro alle interazioni madre-bambino del processo terapeutico, sembrano costituire uno strumento valido per rilevare i cambiamenti della qualità relazionale genitore-bambino anche in un contesto clinico. Lungo questa prospettiva è quindi possibile affermare come la relazione madre-bambino possa essere ritenuta un valido indice del cambiamento terapeutico che può avvenire in una psicoterapia breve genitore-bambino.

Bibliografia

- AMMANITI, M (2001), *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*, Raffaello Cortina, Milano.
- ANDERS, T.F. (1989), *Clinical syndromes, relationship disturbances and their assessment*. In SAMEROFF A.J., EMDE, R.N. (1989), *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*, Torino, Bollati Boringhieri, 1991.
- ROSENBLUM, K.L. (2004), *Definire la salute mentale infantile: una prospettiva evolutiva e relazionale sulla valutazione e la diagnosi*, in SAMEROFF, A.J., McDONOUGH, S.C., ROSENBLUM K.L. (2004), *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*, Il Mulino, Bologna 2006.
- BEEBE, B., LACHMANN, F. M. (2003), *Infant research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni*, Raffaello Cortina, Milano.
- BIRINGEN, Z., ROBINSON, J.L., EMDE, R.N. (1993), *Emotional Availability Scales*, Boulder, CO, University Colorado.
- BRUNET, O., LÈZINE, I. (1967), *Scala di sviluppo psicomotorio della prima infanzia*, Giunti Organizzazioni Speciali, Firenze.
- CONDOR, W.S., SANDER, L. (1974), *Neonate movement in synchronized with adult speech: Interactional participation and language acquisition*. In *Scienze*, 183, pp. 99-101.
- COTTINI, L. (1996), *Quando N = 1*, Editrice Tecno Scuola, Gorizia.
- CRAMER, B., PALACIO-ESPASA, F. (1993), *Le psicoterapie madre-bambino*. Tr.it. Masson, Milano 1995.
- CRITTENDEN, P.M. (2001), *Child-Adult Relationship Experimental Index Scale*, University of Miami School of Medicine.
- DAZZI, N., LINGIARDI, V., COLLI, A. (2006), *La ricerca in psicoterapia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- FIVAZ-DEPEURSINGE E., CORBOZ-WARNERY, A. (1999), *Il triangolo primario. Le prime interazioni triadiche tra padre, madre e bambino*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- FOGEL, A., (1993), *Two principles of communication: Co-regulation and framing*. In NADEL, J., CAMAIONI, L. (a cura di), *New Perspectives in Early Communicative Development*. Routledge, London, pp. 9-22.
- FONAGY P., GERGELY, G., JURIST, E.L., TARGET, M. (2002), *Regolazio-*

- ne affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé.* Raffaello Cortina Editore, Milano (2004).
- LAVELLI, M. (2007), *Intersoggettività. Origini e primi sviluppi*, Raffaello Cortina, Milano.
- LIEBERMAN, A.F., BARNARD, K.E., WIEDER, S. (2004), *Handbook of infant and toddler mental health assessment*, New York, Oxford University Press.
- MURRAY, L., KARPf (2000), manoscritto non pubblicato.
- OPPENHEIM, D., RENOUEF, G. (1991), *Rating Scales for parent child co-construction of a frog story*. Unpublished manual, Denver University.
- ROSENBLUM, K.L. (2004), *Definire la salute mentale infantile: una prospettiva evolutiva e relazionale sulla valutazione e la diagnosi*, in SAMEROFF, A.J., McDONOUGH, S.C., ROSENBLUM K.L. (2004), *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*. Il Mulino, Bologna 2006.
- SAMEROFF, A.J., EMDE, R.N. (1991), *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*, Bollati Boringhieri, Torino.
- SAMEROFF, A.J., McDONOUGH, S.C., ROSENBLUM K.L. (2004), *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*. Il Mulino, Bologna 2006.
- SANDER, L., (1977), *The regulation of exchange in the infant-caretaker system and some aspects of the context-content relationship*. In LEWIS, M., ROSENBLUM, L. (a cura di), *Interaction, Conversation, and the Development of Language*. Wiley, New York.
- SANDER, L. (1985), *Toward a logic of organization in psycho-biological development*. In KLAR, K., SIEVER, L. (a cura di), *Biologic Response Styles: Clinical Implications*. Monograph Series American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 20-36.
- SANDER, L. (1995), *Identity and the experience of specificity in a process of recognition*. In *Psychoanalytic Dialogues*, 5, pp. 579-593.
- SANDER, L. (2007), *Sistemi viventi: l'emergere della persona attraverso l'evoluzione della consapevolezza*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- STERN, D.N., FAVA VIZZIELLO G.M. (1992), *Dalle cure materne all'interpretazione. Nuove terapie per il bambino e le sue relazioni: i clinici raccontano*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- STERN, D. N. (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*. tr. it. Bollati

- Boringhieri, Torino 1987.
- STERN, N.D. (1995), *La costellazione materna: il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino*. Bollati Boringhieri, Torino.
- STERN, N.D. (2004), *La costellazione materna: approcci terapeutici ai problemi relazionali precoci*. In SAMEROFF, A., McDONOUGH, S., ROSENBLUM, K.L. (2004), trad. it. *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*, Il Mulino, Bologna.
- STERN, D. N. (2005), *Il momento presente. In psicoterapia e nella vita quotidiana*. Raffaello Cortina, Milano.
- TRONICK, E. (1980), *The primacy of social skills in infancy*. In Sawin, D., Hawkins, R., Walker, L., Penticuff, J. (a cura di), *Exceptional Infant*, vol.4. Bruner/Mazel, New York, pp. 144-158.
- TRONICK, E. (1982), *Affectivity and sharing*. In Tronick, E. (a cura di), *Social Interchange in Infancy*. University Park Press, Baltimore, MD, pp. 1-8.
- TRONICK, E. (1989), *Le emozioni e la comunicazione affettiva nel bambino*. Tr. it. In RIVA CRUGNOLA, C. (a cura di), *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Raffaello Cortina, Milano, 1999.
- TRONICK, E. (1996), *Dyadically expanded states o consciousness and the process of normal and abnormal development*. Presentato al Colloque International de Psychiatrie Perinatal. Monaco, gennaio 1996.
- TRONICK, E. (1998), *Dyadically expanded states o conscious and the process of therapeutic change*. In *Infant Mental Health Journal*, 19, pp. 290-299.
- TRONICK, E. (2005), *Why is connection with other so crucial? The formation of dyadic states of consciousness and the expansion of individuals'state of consciousness: Cohrence governed selection and co-creation of meaning out of messy meaning*. In NADEL J., MUIR D. (a cura di), *Emotional Developmental*, Oxford University Press, New York, pp. 293-316.

ANALISI EMPIRICA DELL'INFLUENZAMENTO RECIPROCO TRA PAZIENTE E TERAPEUTA. IL LINGUAGGIO DEI CONTENUTI ED IL LINGUAGGIO DELLE EMOZIONI

*Diego Rocco**

Riassunto

Obiettivi: Scopo di questo lavoro é di analizzare i processi presenti nella relazione paziente / terapeuta, considerandone gli aspetti verbali e non verbali. L'obiettivo generale è di verificare quanto gli aspetti non verbali della comunicazione siano in relazione con la presenza di un clima relazionale favorevole al processo terapeutico.

Metodi: Sono state analizzate tre sedute appartenenti a due psicoterapie dinamiche brevi. Per valutare l'esito delle psicoterapie è stata considerata la remissione del sintomo ed applicata la metodologia di rilevazione del CCRT. Per valutare l'alleanza terapeutica si è utilizzato l'IVAT, mentre per rilevare l'andamento del processo terapeutico si è utilizzata l'Attività Referenziale proposta dalla Bucci e l'analisi di un aspetto paraverbale (velocità di eloquio) di paziente e terapeuta.

I dati ottenuti, oltre ad una valutazione qualitativa, sono stati sottoposti ad una correlazione di Spearman.

Risultati: Si è rilevata la presenza di correlazioni statisticamente significative tra le velocità di eloquio di paziente e terapeuta. Si è riscontrato che la correlazione varia in corrispondenza al clima relazionale presente nelle sedute.

Conclusioni: I risultati permettono di sviluppare quanto suggerito dalle ricerche dell'Infant Research, evidenziando che la sintonizzazione degli aspetti non verbali potrebbe avere un ruolo importante nella creazione di un clima empatico.

* Università di Padova. Dipartimento di Psicologia Generale

Parole chiave: Processo psicoterapeutico, Attività Referenziale, Comunicazione Non Verbale, Empatia, Sintonizzazione affettiva.

Summary

Aim: The aim of this work is to analyze the processes in the patient/therapist relationship, considering their verbal and nonverbal aspects. The general objective is to verify how much the nonverbal aspects of communication are connected to a relational climate that is favourable to the therapeutic process.

Method: Three sessions belonging to two brief dynamic psychotherapy interventions were analyzed. In order to assess the result of the psychotherapy, symptom remission was considered and the CCRT observation method was applied. The therapeutic alliance was evaluated using IVAT, while the course of the therapeutic process was observed using Bucci's Referential Activity and the analysis of a paraverbal aspect (speech rate) of patient and therapist. Apart from a qualitative evaluation, the data obtained were subjected to Spearman's correlation.

Results: Statistically significant correlations were detected between the patient's and therapist's speech rates. The correlation was found to vary in correspondence to the relational climate of the sessions.

Conclusion: The results enable developing that suggested by Infant Research, highlighting that the tuning of nonverbal aspects could play an important role in the creation of an empathetic climate.

Key words: Psychotherapy process, Referential Activity, Nonverbal communication, Empathy, Affect attunement.

Introduzione

Questo lavoro intende esplorare quegli aspetti del processo psicoterapeutico, e dei microprocessi che lo compongono, che sono riconducibili sia allo scambio verbale che alla comunicazione non verbale (più precisamente

paraverbale, ovvero quegli aspetti strettamente connessi alla verbalizzazione, quali il tono di voce, la velocità di eloquio etc.).

La scelta di approfondire questo ambito della relazione clinica nasce dall'esigenza di disporre di uno strumento di valutazione del processo che sia in grado di cogliere non solo i contenuti degli scambi verbali, ma anche il *come* questi scambi si realizzano, avendo come ipotesi sottostante che è il *modo* in cui determinati contenuti vengono espressi, ad esempio dal terapeuta, che determina almeno in parte la ricaduta clinica di un intervento.

Già Ferenczi sottolineava l'importanza di questo tipo di comunicazione, evidenziando come i pazienti "..... riconoscono questa simpatia – dal suono della voce, dalle parole che scegliamo o da cos'altro ancora – non potrei dirlo. Certo è che dimostrano di possedere una curiosa conoscenza, direi quasi una forma di chiaroveggenza, per ciò che riguarda i pensieri e le emozioni dell'analista" (Ferenczi, 1933, trad. it. 2002, p. 95).

Queste intuizioni furono successivamente riprese in modo più organico e contestualizzate all'interno di modelli teorici di matrice psicoanalitica ad indirizzo relazionale, nei quali l'attenzione si è via via spostata sulle caratteristiche relazionali dell'incontro clinico, privilegiandole rispetto a quelle più "tecniche" (Orange *et al.*, 1997).

Concetti clinici quali la sintonizzazione affettivo / emotiva (Stern, 1985; Orange, 1995), l'empatia (Kohut, 1971) ed il controtransfert concordante (Racker, 1957), sono unanimemente definiti centrali ed imprescindibili nella clinica psicodinamica, e vengono ritenuti fondamentali in un approccio che individua nell'interazione delle soggettività di paziente e terapeuta il principale focus clinico.

Anche se l'importanza degli aspetti relazionali è pressoché condivisa in tutta la comunità psicodinamica, non sono presenti nella ricerca empirica studi che indaghino approfonditamente la presenza di processi (o microprocessi) terapeutici riconducibili a questi costrutti.

Ad esempio per quanto riguarda l'empatia, Williams e Dazzi (2006) sottolineano come ad oggi la ricerca si sia prevalentemente focalizzata su tre ambiti:

- l'analisi dei fattori della personalità del paziente e del terapeuta che facilitano o ostacolano lo stabilirsi di un rapporto di fiducia e di empatia;

- l'analisi di quale sia la misura più valida e attendibile del fattore facilitante l'empatia;
- l'analisi del rapporto tra empatia ed altre dimensioni della relazione terapeutica.

Non vengono tuttavia individuati uno o più parametri alla cui variazione possa essere ricondotta la sensazione soggettiva del clinico, e del paziente, di essere immersi in una situazione relazionale nella quale sia presente un clima empatico.

Dal momento che in letteratura si rilevano molteplici definizioni di questi costrutti, riteniamo utile riportarne alcune ampiamente condivise.

Per controtransfert concordante Bateman e Holmes intendono la “risposta empatica, basata sulla ‘risonanza’ dell’analista verso il paziente, e non risulta esclusivamente dall’identificazione proiettiva” (Bateman, Holmes, 1995, trad. it. 1998, pp. 132-133). Gli autori sottolineano come questo concetto sia in relazione con la sintonizzazione affettiva, con l’empatia e con il rispecchiamento.

Per quanto riguarda l’empatia riprendiamo la definizione che ne dà Kohut: “Il modo migliore di definire l’empatia [...] consiste nell’identificarla con la capacità di pensare e sentire sé stessi nella vita interiore di un’altra persona. E’ la nostra capacità quotidiana di provare ciò che un’altra persona prova, anche se di solito, e giustamente, in misura attenuata” (Kohut, 1984, trad. it. 1986, p. 113-114).

Riguardo al rapporto tra empatia e sintonizzazione, Orange (1995, tr. it. 2001, p. 35) afferma che “... la risposta empatica viene dalla sintonizzazione con questa realtà condivisa e deve prendere forma a una frequenza o in una modalità (per esempio uditiva, o visiva) che il ricevente possa comprendere”.

Il controtransfert concordante, la sintonizzazione e l’empatia che si creano tra i due attori della scena clinica vengono veicolati, oltre che dai contenuti, da un serbatoio comunicativo implicito, trasmesso ad esempio dallo sguardo, dall’espressione del volto, *dal ritmo vocale*, dalla postura etc.

Un importante ambito di ricerca nel quale il ruolo della comunicazione implicita è stato indagato empiricamente in modo rigoroso è quello dell’Infant Research.

Stern ha sottolineato le capacità attive ed interattive (e quindi influenzanti l'adulto) di cui il bambino dispone anche in tenerissima età, quindi ben prima che disponga del medium verbale. Secondo Stern il bambino è co-costruttore della realtà relazionale con il caregiver, all'interno di una visione del loro rapporto che definisce intersoggettiva. Con questo termine egli intende anche: "... l'essere in grado di 'leggere' le intenzioni degli altri e di sentire nel nostro corpo le loro stesse sensazioni ed emozioni. E ciò non in qualche forma mistica, ma osservandone il volto, i movimenti e la postura, ascoltandone il tono della voce, e rilevando il contesto presente del loro comportamento" (Stern, 2004, trad. it 2005, p. 63).

Stern, Hofer, Hoft e Dore concettualizzano la sintonizzazione come la capacità del caregiver "di 'leggere' lo stato mentale del bambino e coglierne l'esperienza interna a partire dal comportamento (...) il bambino deve essere in grado di 'leggere' questa risposta manifesta del genitore e rendersi conto che essa 'riflette' la sua esperienza affettiva originaria" (Stern *et al.*, 1984, trad. it. 1998, p. 161).

In questo contesto il termine sintonizzazione descrive la reciproca modulazione affettiva che avviene tra caregiver e bambino, che può assumere, all'interno di un ipotetico continuum, tutti i possibili valori, andando da un estremo nel quale la coppia può essere assolutamente non sintonizzata, all'altro nel quale è presente un'ottima sintonizzazione, nella quale entrambi gli attori hanno la capacità / disponibilità di riconoscere l'esperienza emotiva interna dell'altro.

Un concetto trasversalmente presente all'interno di questo approccio alla relazione diadica è quello di *sistema bidirezionale*. Beebe e Lachmann sottolineano come "soprattutto a livello non verbale, madre e bambino (...) coordineranno continuamente i loro ritmi comportamentali. E' questa l'essenza del comportamento sociale. Ciascun partner possiede i propri ritmi comportamentali (...) I ritmi comportamentali dei due partner sono sempre coordinati in qualche modo, solitamente al di fuori della consapevolezza" (Beebe, Lachmann, 2002, trad. it. 2003, p. 23).

Al coordinamento dei ritmi comportamentali viene fatto corrispondere, anche grazie al fenomeno della percezione trasmodale delle corrispondenze (Meltzoff, 1985, 1990), una risonanza emotiva in chi ascolta che si traduce, dal punto di vista fenomenologico, nel sentire in se stessi ciò che viene visto

in un altro. Un ulteriore passo in avanti in questa direzione è stato fatto da Davidson e Fox (1982), che hanno sottolineato come nel bambino la semplice osservazione di una emozione espressa da un partner crei uno stato di risonanza emotiva nel bambino stesso.

Si tratta quindi di un sistema complesso di interazione attivato alternativamente, o parallelamente, nella madre e nel bambino, che origina processi sia di autoregolazione che di regolazione interattiva.

Ancora secondo Beebe e Lachmann: "...I processi fondamentali che regolano l'interazione a livello non verbale rimangono gli stessi per tutta la vita" (Beebe & Lachmann, 2002, trad. it. 2003, p. 20), ed il sistema di autoregolazione e regolazione interattiva è "un aspetto essenziale dell'azione terapeutica" (p. 57).

Con questa ultima affermazione gli autori gettano le basi per un ponte tra Infant Research e trattamento degli adulti che, a nostro avviso, può essere sviluppato anche dal punto di vista della ricerca empirica.

Nell'analisi dei processi interpersonali nella diade adulto-infante, viene data particolare attenzione al *Timing*, ovvero alla capacità di percepire il tempo del proprio e dell'altrui comportamento, individuando contingenze e sviluppando aspettative. A partire da questa attitudine relazionale gli studiosi hanno osservato la presenza di corrispondenze, nelle espressioni facciali tra madre e bambino, correlate sulla base di frazioni di secondo (Cohn, Beebe, 1990; Beebe, Jaffe, 1992), al punto che si può dire siano reciprocamente prevedibili. L'attenzione agli schemi temporali viene ritenuta fondamentale in quanto "veicola messaggi interpersonali fondamentali per lo svolgimento della relazione tra i partner, indipendentemente da contenuti o modalità" (Beebe, Lachmann, 2002, trad. it. 2003, p. 92). Questo contenuto implicito sembra accompagnare anche i messaggi verbali, ad esempio le velocità con la quale due parlanti comunicano tra loro. Tra adulti che conversavano su argomenti neutri la sintonizzazione dei ritmi dialogici è risultata essere in relazione al grado di empatia percepito dai parlanti (Jaffe, Feldstein, 1970; Feldstein, Welkowitz, 1978; Feldstein, 1998).

Sempre nella coppia adulto-bambino gli studi si sono quindi concentrati sui diversi tipi di coordinazione dei *timing* interpersonali; l'ipotesi sottostante è che potesse essere presente una relazione tra il tipo di coordinazione prevalente, lo stile di attaccamento e le capacità cognitive.

Ciò che è emerso (Jaffe *et al.*, 2001) è che un alto grado di coordinazione bidirezionale tra madre e bambino poteva essere considerato un indice di rischio, in quanto predittivo di un tipo di attaccamento insicuro–disorganizzato, così come l'assenza di una minima coordinazione tra i *timing* delle due produzioni verbali è indicativa di un disagio relazionale che può dare origine ad un attaccamento di tipo evitante. Infine un livello di coordinazione bidirezionale medio (ovvero a volte la coordinazione tra i tempi delle rispettive produzioni verbali é presente mentre altre volte non lo é) risulta predittivo di uno stile di attaccamento sicuro. L'interpretazione che viene data a questi risultati è che nel caso sia presente un alto grado di coordinazione, viene implicato nel bambino un elevato sforzo di previsione del *timing* altrui (privilegiando quindi la regolazione interattiva) al punto che viene compromesso il necessario processo di autoregolazione; in altri termini il legame con la figura di riferimento risulta troppo costrittivo e condizionante.

All'interno di una relazione risulta utile potersi muoversi lungo l'intera gamma delle possibili coordinazioni temporali, mentre sembra essere dannoso sia il collocarsi sull'estremo della totale coordinazione che su quello di una coordinazione assente. E' la capacità di fluttuare dagli estremi della scala di coordinazione che sembra favorire la possibilità di sintonizzarsi affettivamente con l'interlocutore.

Precedenti analisi degli aspetti paraverbali - metodologie impiegate

In precedenti lavori (Rocco *et al.*, 2004; Rocco, 2005), a partire dall'analisi del processo terapeutico per mezzo dell'attività referenziale (di seguito A.R.) messo a punto da Wilma Bucci, è stata sviluppata una metodologia che permette di analizzare i processi paraverbali concomitanti alla produzione verbale.

Come noto Wilma Bucci ha gettato un ponte di integrazione concettuale tra le scienze cognitive e la psicoanalisi (Bucci, 1985, 1997, 1999), a partire dalle ricerche sulle teorie del codice multiplo. Il metodo che ha messo a punto permette di cogliere le fluttuazioni nella produzione verbale del paziente, consentendo di valutare il suo accesso ad aspetti dell'esperienza emozionale dissociati dall'elaborazione cognitiva, e quindi difficilmente simbolizzabili utilizzando il canale verbale in quanto presenti solo a livello subsimbolico.

Le modalità di processamento delle informazioni che l'autrice individua sono di tre tipi: subsimbolico, simbolico non verbale e simbolico verbale ma, in molti passi del suo lavoro, sottolinea come siano presenti, nel processo di attivazione sub-simbolica, aspetti di quello che lei chiama "codice verbale subsimbolico". Quest'ultimo fa riferimento ad aspetti paralinguistici quali il tono della voce, la sua intensità, l'altezza e le pause.

La Bucci stessa afferma che "il ruolo di tale elaborazione subsimbolica verbale, che potrebbe costituire un quarto formato di elaborazione (...) ha bisogno di essere indagato ulteriormente" (Bucci, 1997, trad. it. p.170).

Partendo da questi riferimenti si è voluto verificare se, in corrispondenza ad un maggior livello di espressione della rappresentazione mentale sensoriale presente nel linguaggio (che con la metodologia dell'A.R. vengono rilevati dall'aumento della scala CONIM, media dei valori delle scale di Concretezza ed Immaginazione), fosse presente un livello di processamento delle emozioni più complesso, che si traduce in un maggior tempo di elaborazione.

Per fare ciò è stato calcolato, per ciascuna delle Unità Ideative nelle quali la metodologia dell'A.R. prevede sia suddivisa la seduta, la velocità dell'eloquio (Speech Rate, di seguito S.R.) del paziente, considerata come il numero delle sillabe pronunciate in ogni secondo. La correlazione di Spearman è risultata significativa: all'aumentare dei valori della scala CONIM corrispondeva una diminuzione della S.R. ($p < .01$). I dati ricavati in ulteriori sedute, alle quali la metodologia è stata applicata, hanno mostrato che può essere presente anche una correlazione, questa volta diretta, tra i valori della scala CLASP (media dei punteggi delle scale di Chiarezza e Specificità, che può fornire un indicatore delle qualità organizzative del discorso) ed S.R.. Le sedute considerate erano caratterizzate da valori della scala CLASP sempre significativamente superiori a quelli della scala CONIM. A partire da queste osservazioni viene ipotizzata la seguente interpretazione del dato ottenuto: nel caso il livello di valori della scala CLASP sia troppo elevato rispetto a quello della scala CONIM, ciò potrebbe "denunciare la necessità di distanziarsi dall'esperienza emotiva tramite l'uso eccessivo di astrazione e generalizzazione" (Buonarrivo *et al.*, 2000, p. 173), meccanismi che, nel caso il paziente vi ricorra abitualmente, richiederebbero minore tempo di elaborazione cognitiva.

Una più dettagliata descrizione degli aspetti metodologici concernenti la metodologia dell'A.R. è presente in Bucci e Kabasakalian-McKay (2000), Buc-

ci, (1999) e in Buonarrivo *et al.* (2000), mentre per quanto riguarda la metodologia di rilevazione della S.R. può essere fatto riferimento a Rocco (2005).

Obiettivi della ricerca

In questo lavoro si vogliono verificare le seguenti ipotesi:

- 1) Se sia presente, in diverse sedute di psicoterapia dinamica, un coordinamento significativo tra la S.R. del paziente e quella del terapeuta. Questa ipotesi vuole verificare quanto sostenuto da Beebe e Lachmann, i quali affermano che questa sensibilità al *timing* dell'interlocutore si mantiene presente anche in età adulta, costituendo un processo fondamentale che regola l'interazione diadica;
- 2) Qualora il coordinamento fosse presente, verificare se sia di qualità diversa a seconda che la situazione clinica in oggetto abbia le caratteristiche di un "buon incontro" (ovvero caratterizzato da un buon clima relazionale, che ad esempio può trovare espressione in un limitato numero di rotture dell'alleanza) piuttosto che un "incontro difficile" (con caratteristiche opposte, ad esempio un elevato numero di rotture).
- 3) Se in momenti nei quali sia presente un accesso particolarmente significativo ai propri nuclei subsimbolici (ad esempio all'interno di un "ciclo referenziale", la cui rappresentazione a campana ricostruita con la metodologia dell'A.R. rende conto della "buona ora analitica" di cui parla Kris 1956), si riscontri un particolare coordinamento delle S.R. di paziente e terapeuta rispetto a quanto accade in altre fasi del colloquio.

Materiale e metodi

Il materiale clinico considerato in questa ricerca consiste in due prime sedute di due psicoterapie brevi, rivolte a studenti universitari, svoltesi presso il SAP (Servizio di Assistenza Psicologica) dell'Università di Padova.

Si è trattato in entrambi i casi di interventi strutturati in 4 sedute di consultazione, cui è seguita una presa in carico per 10 incontri a cadenza set-

timanale. Le terapie sono state condotte da un terapeuta uomo con oltre 10 anni di esperienza clinica, secondo un modello di psicoterapia dinamica breve che si rifà alle indicazioni teorico / tecniche proposte da H. Davanloo (1990), che sottolinea l'importanza di un intervento attivo, confrontativo ed interpretativo del terapeuta rispetto all'emergere delle difese, integrandolo con quanto suggerito da D. Fosha (2000), che mantiene, pur attenendosi alla tecnica attiva proposta da Davanloo, una grande attenzione al clima relazionale ed agli aspetti empatici.

In entrambe le situazioni cliniche le sedute sono state audioregistrate con il consenso informato dei pazienti, e quindi trascritte verbatim.

Entrambi i pazienti ("A" e "B") sono giovani uomini celibi (rispettivamente di 22 e 23 anni) di livello socioeconomico medio, frequentanti una facoltà scientifica dell'ateneo padovano dove ottengono eccellenti risultati accademici. Il paziente "A" si rivolge al servizio a causa di sintomi propri di un "Disturbo di panico senza agorafobia" (F 41.0; DSM-IV-TR) che si protrae da circa due anni, oltre ad avere difficoltà relazionali delle quali, tuttavia, non sembra essere pienamente consapevole.

Il paziente "B" invece lamenta un disturbo sessuale che si protrae da tre anni inquadrabile come "Disturbo maschile dell'erezione" (F 52.2; DSM-IV-TR), ed alcune difficoltà nelle relazioni.

Entrambe le terapie sono state valutate, per quanto riguarda l'esito, sia considerando la remissione del sintomo che applicando la metodologia di Luborsky per la rilevazione delle variazioni del Tema Relazionale Conflittuale Centrale (utilizzando il metodo "per cluster"), alle prime due sedute di consultazione e alle ultime due del percorso di psicoterapia (Luborsky, Crits-Christoph, 1990). Alle sedute di entrambi i percorsi è stata inoltre applicata la metodologia di rilevazione della qualità dell'Alleanza Terapeutica secondo la metodologia dell'IVAT (versione 1) sviluppata da Colli e Lingiardi (Colli e Lingiardi, 2001, 2004).

Per entrambi gli strumenti sono state seguite le metodologie previste dai manuali di riferimento, e la validità dei risultati ottenuti dai giudici, adeguatamente addestrati, è stata confermata con le opportune analisi statistiche.

Sulla base dei dati così ottenuti è possibile affermare che le due psicoterapie hanno avuto esito diverso sostanzialmente diverso. Per il paziente "A" la terapia, pur avendo portato ad una leggera remissione del disturbo d'ansia, non

può essere considerata positiva. Il suo tema relazionale conflittuale centrale iniziale, riportato di seguito con, tra parentesi, le pervasività calcolate per le diverse componenti, era “Desidero essere amato e capito (57%) ed essere bravo e riuscire a migliorare (36%), gli altri sono rifiutanti e contrastanti (43%) e dominatori (29%), ed io mi sento deluso e depresso (43%)”. Nella fase finale della terapia il CCRT è diventato “Desidero essere amato e capito (30%) ed essere indipendente e sicuro di me (30%), gli altri sono rifiutanti e contrastanti (60%), ed io mi sento impotente (30%), e voglio dominare (30%)”.

Si può notare come alcune delle componenti più pervasive nella fase iniziale siano cambiate, anche se le nuove componenti conservano un valore in parte disadattativo (ad esempio la Risposta dagli Altri continua ad essere “Rifiutanti e contrastanti”).

Diverso è l'esito della psicoterapia per il paziente “B”. Egli infatti ha avuto una piena remissione del sintomo, oltre ad una significativa modificazione delle componenti del CCRT. Infatti mentre nella fase iniziale era riassumibile in “Desidero essere amato e capito (41%), gli altri sono rifiutanti contrastanti (54%) e sconvolti (43%), ed io mi sento deluso e depresso (46%) e pieno di vergogna (27%)”, nella fase finale diventa “Desidero impormi ed essere indipendente (40%), e riuscire ad aiutare gli altri (36%), ai quali piaccio (55%) anche se sono rifiutanti e contrastanti (50%) e sconvolti (40%), ed io sono dotato di autocontrollo e sicuro di me (55%), rispettato ed accettato (40%) ma anche deluso e depresso (36%)”. Si può notare come per le tre componenti (W, RO ed RS) compaiano dei cluster maggiormente adattivi, che sembrano mitigare in modo sostanziale la disfunzionalità del CCRT iniziale.

Per quanto riguarda la valutazione della qualità dell'Alleanza terapeutica per mezzo dell'IVAT, ci limitiamo qui a riportare il numero di rotture messe in atto dal paziente ed il numero di riparazioni realizzate dal terapeuta nelle prime sedute di entrambe le terapie in quanto, conformemente a quanto evidenziato in letteratura, la qualità dell'alleanza iniziale può essere prognostica sia del tipo di processo terapeutico (collaborativo o non collaborativo) che dell'esito (Luborsky, 1992).

Come si può notare mentre per il paziente “A” sono presenti un elevato numero di rotture, a cui segue un alto numero di processi riparativi del terapeuta, per il paziente “B” la situazione è radicalmente diversa. Ci si trova infatti in presenza di un numero di rotture limitato, alle quali il terapeuta

risponde con un altrettanto limitato numero di riparazioni, senza che il clima relazionale complessivo abbia a risentirne. Anche dal punto di vista clinico infatti si tratta di due sedute molto diverse: il paziente "A" si può descrivere come altamente resistente e non collaborativo rispetto al processo di esplorazione delle sue difficoltà messo in atto dal terapeuta; viceversa il paziente "B" si presta a fornire, anche se con difficoltà, informazioni rilevanti sul suo disagio, ed il terapeuta non è necessariamente impegnato a superare le difese potendo quindi approfondire il processo di conoscenza e definizione del problema.

Tabella 1
Valori di IVAT del paziente e del terapeuta nella
prima seduta per il paziente "A" e per il paziente "B"

	Numero rotture	Numero riparazioni
Paziente "A"	48	50
Paziente "B"	10	5

Come anticipato entrambe le sedute sono state analizzate con la metodologia dell'A.R. (sulla produzione verbale del paziente), la cui siglatura è stata eseguita, sulla trascrizione verbatim, da un gruppo di 4 giudici addestrati ed indipendenti. La procedura di misurazione è stata condotta attenendosi alle indicazioni contenute nei manuali della Bucci (Bucci, 1997; Bucci e Kabasakalian-McKay, 2000).

Nella prima seduta del paziente "A" le valutazioni dei giudici correlano in modo significativo sia per quanto riguarda i punteggi dell'A.R. nel complesso che per quanto riguarda le scale CONIM e CLASP (correlazioni di Spearman $p < .01$). I valori dell'Alpha di Cronbach per l'A.R. è risultato pari a 0,92, mentre rispettivamente per CONIM e CLASP è risultato pari a 0,96 e 0,88.

Anche per la prima seduta del paziente "B" i valori delle correlazioni di Spearman tra i giudici risultano tutte significative ($p < .01$) sia per le due sottoscale CONIM e CLASP sia per i punteggi dell'A.R.. I valori dell'Alpha di Cronbach per l'A.R. è risultato pari a 0,92, mentre rispettivamente per CONIM e CLASP è risultato pari a 0,90 e 0,88.

Su ogni Unità Ideativa è stata calcolata la velocità di eloquio sia nella produzione verbale del paziente che in quella del terapeuta, con una pre-

cisione di due cifre decimali. Il procedimento prevedeva che in ogni Unità Ideativa, dopo la trascrizione, si conteggiasse il numero di sillabe procedendo al calcolo del rapporto tra durata complessiva delle catene foniche (sequenza articolata comprese le pause tra le parole) e numero di sillabe rilevate.

Riassumendo, per ognuna delle due sedute si sono ottenute delle stringhe di dati, relativi ad ogni Unità Ideativa, contenenti:

- Il valore di Attività Referenziale (A.R.);
- Il valore della scala CONIM (media delle scale Concretezza più Immaginazione);
- Il valore della scala CLASP (media delle scale Chiarezza e Specificità);
- Il valore della S.R. del paziente (SRP);
- Il valore della S.R. del terapeuta (SRT).

Sono state inoltre aggiunte due colonne, la prima con le differenze, per ogni Unità Ideativa, tra i valori di CONIM e CLASP (ΔCC), e la seconda con le differenze, sempre entro l'Unità Ideativa, tra i valori delle due S.R. (ΔSR). Si è ritenuto importante ricavare anche questi dati in quanto si è supposto che all'interno del campo intersoggettivo i due attori fossero reciprocamente sensibili anche alle differenze, se consistenti, della produzione verbale e paraverbale, al punto da poterne influenzare reciprocamente la produzione linguistica.

Riportiamo, quale esempio, la stringa di dati relativa alla prima seduta del paziente "B".

Tabella 2

Valori di A.R. Conim e Clasp del paziente, valori di S.R. di paziente e terapeuta, differenze tra Conim e Clasp e tra le S.R. nella prima seduta del paziente "B".

1	3,75	3,25	4,25	2,81	2,41	1	0,4
2	2,63	1,75	3,5	3,26	3,3	1,75	-0,04
3	2,25	1,25	3,25	3,94	2,82	2	1,12
4	3,38	2,25	4,5	4,11	3,99	2,25	0,12
5	4,25	2,75	5,75	5,18	3,61	3	1,57

cont...

6	2,5	1,5	3,5	4,25	4,66	2	-0,41
7	4,88	3,75	6	4,44	5,66	2,25	-1,22
8	3	1,5	4,5	5,02	4,25	3	0,77
9	3,25	2,75	3,75	4	4,26	1	-0,26
10	5,38	4,25	6,5	4,24	3,18	2,25	1,06
11	4	2,75	5,25	3,91	3,8	2,5	0,11
12	4,13	3,75	4,5	4,84	5,3	0,75	-0,46
13	4	3,75	4,25	4,89	5,85	0,5	-0,96
14	3,75	2	5,5	5,69	5,34	3,5	0,35
15	4	2,75	5,25	4,84	5,47	2,5	-0,63
16	3,25	1,5	5	5	5,09	3,5	-0,09
17	2,63	1,25	4	4,72	5,44	2,75	-0,72
18	3,25	1,75	4,75	5,47	5,54	3	-0,07
19	3,88	3,25	4,5	4,7	4,99	1,25	-0,29

Alle stringhe di dati sono state applicate delle correlazioni di Spearman.

Di seguito vengono riportati i grafici delle due sedute considerate, con i valori di A.R. del paziente e delle S.R. di paziente e terapeuta.

Figura 1
Valori di A.R. del paziente, S.R. del paziente e del terapeuta
per la prima seduta del paziente "A".

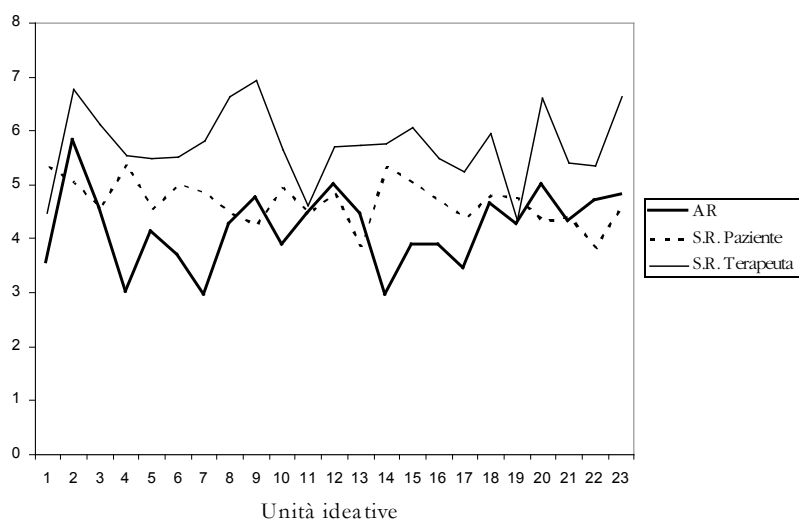
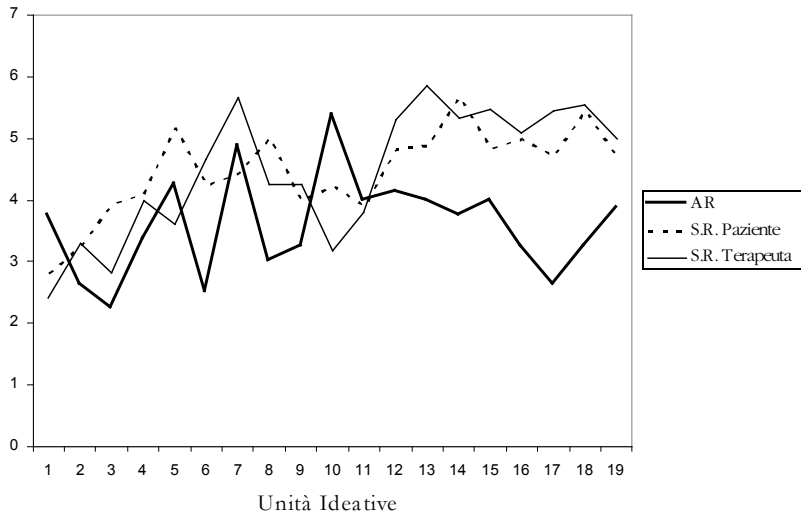


Figura 2
Valori di A.R. del paziente, S.R. del paziente e del terapeuta per la prima seduta del paziente "B".



Oltre alle due sedute sino a qui considerate, è stata presa in considerazione una terza seduta, appartenente alla fase finale della terapia del paziente "B", che sembra avere le caratteristiche della "buona ora analitica", come descritta da Kris (1956). Una seduta di questo tipo, nella quale il clinico ha la sensazione soggettiva che si sia svolto un buon lavoro terapeutico, è articolata in una fase iniziale, nella quale il paziente inizia in modo non necessariamente favorevole evidenziando dei nuclei problematici, una fase centrale nella quale l'atmosfera si alleggerisce a seguito delle interazioni con il terapeuta e che risulta caratterizzata dall'emergere di materiale clinico significativo e da insight, ed una fase finale nella quale quanto emerso viene elaborato.

Ai tre momenti descritti possono essere ricondotte tre fasi che la Bucci riscontra qualora l'A.R. assuma il tipico andamento di "Ciclo Referenziale". Questo sarebbe caratterizzato all'inizio dal contatto con uno schema emozionale (subsimbolico) che solo in parte può essere espresso a parole, successivamente inizia una fase di "Connessione", accompagnata da un aumento della

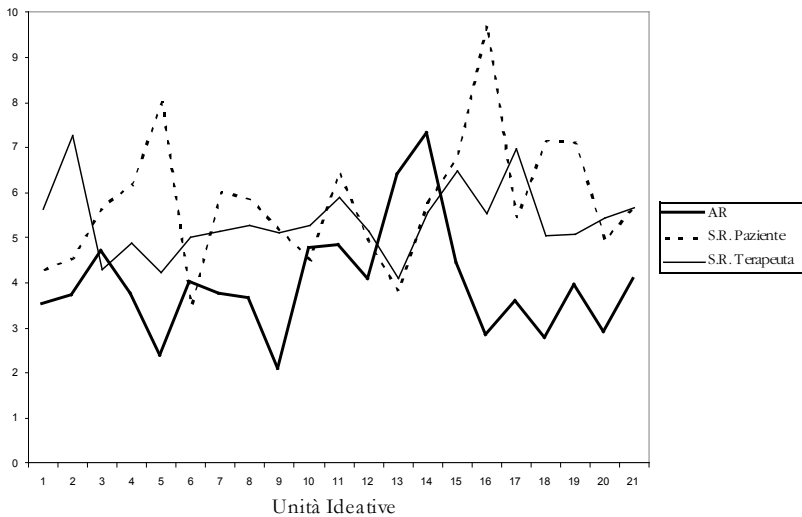
simbolizzazione che permette di descrivere gli schemi emozionali a parole (connessione referenziale), e quindi ad un aumento dei valori di A.R.

Infine nella terza fase vi è la “Riflessione ed elaborazione verbale”, momento in cui i valori tornano ad essere bassi, ma dove è presente anche minore dissociazione tra aspetti formali del discorso (CLASP) e quelli emotivi (CONIM).

Viene riportata quindi anche questa seduta in quanto rappresentativa di una situazione clinica nella quale l’accesso privilegiato agli aspetti emotivi, accompagnato da una loro elaborazione cognitiva, potrebbe particolarmente risentire del clima sintonizzato ed empatico presente nel setting.

Figura 3

Valori di A.R. del paziente, S.R. del paziente e del terapeuta in una seduta della fase finale per il paziente “B”.



Risultati

Vengono presentate di seguito le tabelle con i valori delle correlazioni di Spearman per le prime sedute relative ai pazienti “A” e “B”.

Tabella 3
Valori delle correlazioni tra i parametri considerati per la
prima seduta del paziente "A"

		CONIM	CLASP	AR	SRP	SRT	ΔSR	ΔCC
CONIM	Coeff. Correl Sig.	1.000 .	.043 .847	.864(**) .000	-.543(**) .007	.390 .066	.678(**) .000	-.770(**) .000
CLASP	Coeff. Correl Sig.	.043 .847	1.000 .	-.493(*) .017	.058 .792	.093 .674	.078 .722	.538(**) .008
AR	Coeff. Correl Sig.	.864(**) .000	.493(*) .017	1.000 .	-.458(*) .028	.420(*) .046	.649(*) .001	-.379 .074
SRP	Coeff. Correl Sig.	-.543(**) .007	.058 .792	-.458(*) .028	1.000 .	-0.10 .964	-.567(**) .005	.427(*) .042
SRT	Coeff. Correl Sig.	.390 .066	.093 .674	.420(*) .046	-0.10 .964	1.000 .	.782(**) .000	-.306 .156
ΔSR	Coeff. Correl Sig.	.678(**) .000	.078 .722	.649(**) .001	-.567(**) .005	.782(**) .000	1.000 .	-.532(**) .009
ΔCC	Coeff. Correl Sig.	-.770(**) .000	.538(**) .008	-.379 .074	.427(*) .042	-.306 .156	-.532(**) .009	1.000 .

* La correlazione è significativa al livello 0,05

** La correlazione è significativa al livello 0,01

Tabella 4
Valori delle correlazioni tra i parametri considerati
per la prima seduta del paziente "B".

		CONIM	CLASP	AR	SRP	SRT	Δ SR	Δ CC
CONIM	Coeff. Correl N.	1.000 19	.468(*) 19	.884(*) 19	-.103 19	.092 19	-.189 19	-.486(*) 19
CLASP	Coeff. Correl Sig.	.468(*) .043	1.000 .	.782(**) .000	.461(*) .047	.207 .394	.114 .643	.534(*) .019
AR	Coeff. Correl Sig.	.884(**) .000	.782(**) .000	1.000 .	.163 .505	.167 .493	-.089 .717	-.075 .759
SRP	Coeff. Correl Sig.	-.103 .674	.461(*) .047	.163 .505	1.000 .	.620(**) .005	-.101 .681	.573(*) .010
SRT	Coeff. Correl Sig.	.092 .708	.207 .394	.167 .493	.620(**) .005	1.000 .	-.798(**) .000	.132 .589
Δ SR	Coeff. Correl Sig.	-.189 .439	.114 .643	-.089 .717	-.101 .681	-.798(**) .000	1.000 .	.302 .210
Δ CC	Coeff. Correl Sig.	-.486(*) .035	.534(*) .019	-.075 .759	.573(*) .010	.132 .589	.302 .210	1.000 .

* La correlazione è significativa al livello 0,05

** La correlazione è significativa al livello 0,01

Ciò che si può notare nella tabella 3, relativa alla prima seduta con il paziente "A" descritta come una seduta "difficile", con un alto numero di rotture (IVAT-P= 48) e scarsa collaboratività, è che sono presenti delle correlazioni tra le scale dell'A.R., tra la S.R. del paziente la scala CONIM e l'A.R., tra la S.R. del terapeuta ed i valori di A.R. del paziente, ma non è presente alcuna correlazione tra le due S.R.

E' presente invece una correlazione negativa significativa tra la differenza delle S.R. e la differenza tra CONIM e CLASP. Questo dato potrebbe essere indicativo della presenza di una relazione terapeutica caratterizzata da "pressione relazionale" esercitata dal terapeuta per mezzo dell'adozione di una tecnica attiva che prevede frequenti chiarificazioni e confronti; in altri termini ogniquale volta aumentano i valori delle sottoscale rappresentative di aspetti sensoriali ed evocativi (CONIM) sembra esservi una de-sintonizzazione a livello paraverbale, che si esprime attraverso un distanziamento delle due Speech Rate (aumento del Delta SR). Parallelamente accade che, nel caso di una aumentata dissociazione tra CONIM e CLASP (con la sottoscala CLASP, rappresentativa di aspetti più formali del discorso, che ha sempre valori più elevati), terapeuta e paziente diminuiscono il divario tra le loro Speech Rate; a questa diminuzione il paziente fa seguire un ulteriore aumento della verbalizzazione degli aspetti che maggiormente evocano le emozioni (ulteriore aumento del valore di CONIM). Questa dinamica, espressione di un reciproco influenzamento intersoggettivo, sembra indicare che il terapeuta adotti un livello di coordinazione temporale variabile, attraverso il quale esercita una pressione sulle emozioni quando il paziente ha accesso alle stesse, sintonizzandosi maggiormente in presenza di aspetti difensivi. Traducendo queste rilevazioni in termini clinici, possiamo immaginare che tra terapeuta e paziente si crei un circolo relazionale disfunzionale costituito da ciclici "avvicinamenti" cui seguono repentini "allontanamenti"; se perpetuati questi cicli di sintonizzazione / desintonizzazione potrebbero condurre la terapia ad uno stallo relazionale e ad una conseguente impasse (Stolorow, Atwood, 1992).

L'analisi delle correlazioni presenti nella tabella 4 relativa al primo incontro con il paziente "B", nel quale era presente una buona alleanza di lavoro, porta a rilevazioni molto diverse. Sono presenti delle correlazioni tra le scale dell'A.R., e tra la S.R. del paziente e la scala CLASP. A differenza della seduta del paziente "A", in questo caso è presente una correlazione positiva

e significativa tra le due S.R., mentre non è presente alcuna relazione tra la differenza tra le due S.R. e la differenza tra CONIM e CLASP.

Ciò ci porta ad ipotizzare che in questa seduta paziente e terapeuta modulino le rispettive S.R. all'interno di un reciproco coordinamento. Notiamo anche che per il paziente "B" le fluttuazioni sono più ampie di quelle del paziente "A" (il paziente "B" varia la sua SR da 2,81 a 5,69, mentre il paziente "A" varia da 3,85 a 5,36).

Nel complesso, dando una lettura di questi dati in termini clinici, sembra che paziente e terapeuta siano ben sintonizzati sugli aspetti paraverbali, e che non vi siano quei repentini aspetti di desintonizzazione notati per il paziente "A".

Ci si potrebbe chiedere se a questa correlazione non corrisponda, a livello clinico, una situazione di "eccessiva coordinazione" non necessariamente positiva, come abbiamo visto negli studi sulla sintonizzazione del *timing* in Infant Research (Jaffe *et al.*, 2001). Per rispondere a questa possibile obiezione è stata analizzata la qualità della correlazione anche all'interno delle singole Unità Ideative, verificando come in alcune di esse, ad esempio l'Unità Ideativa 13 al cui interno erano presenti 14 scambi tra terapeuta e paziente, fosse presente una correlazione significativa e negativa ($p < .038$). Ciò sembra indicare che rimane possibile per il paziente, all'interno delle singole Unità Ideative, operare una autoregolazione, pur in presenza di una regolazione interattiva con il terapeuta nella seduta considerata nel suo complesso.

Rispetto all'elevato numero di scambi presenti nell'unità ideativa riportata quale esempio, ci si può chiedere se, qualora presenti in numero così elevato, gli interventi del terapeuta compromettano in parte la validità dell'attribuzione dei punteggi di attività referenziale da parte dei giudici, o condizionino i valori generali di attività referenziale del paziente. A questo proposito è importante sottolineare che si tratta o di brevi espressioni irrilevanti o di chiarificazioni che hanno lo scopo di approfondire, mantenendolo, il focus della narrazione senza interferire con il flusso di pensiero del paziente.

Nell'attribuzione dei punteggi in questo tipo di unità ideative i giudici hanno ricevuto l'istruzione di valutare il testo come un tutto, attribuendo un unico punteggio globale medio, come indicato da Bucci e Kabasakalian-McKay, 2000 (p. 52-3).

Passiamo a questo punto a valutare la relazione presente tra le due S.R. all'interno della seduta della fase finale del paziente "B", che presenta, considerandone i valori di A.R., un andamento assimilabile alla "buona ora analitica" (figura 3).

Nella fase iniziale della seduta (Unità Ideative dalla 1 alla 7) non sembra esservi alcuna correlazione tra le due S.R., mentre dalla Unità Ideativa 8 alla 15 la situazione appare diversa; anche visivamente le due S.R. sembrano avere un andamento correlato, al punto che dalla Unità Ideativa 11 alla 15 sono sovrapposte. In questo intervallo siamo esattamente sotto la "campana" del ciclo referenziale, ovvero in quel momento del colloquio nel quale l'A.R. del paziente è caratterizzata da alti valori sia della scala CONIM (presenza di aspetti emotivi e viscerali) che della scala CLASP (presenza di aspetti formali del linguaggio). Come si può vedere dal grafico in questo intervallo entrambe le S.R. si abbassano.

Nella tabella 5 riportiamo le correlazioni tra le S.R. considerando sia la seduta nel suo complesso che le Unità Ideative dalla 8 alla 15 (ovvero in quella parte della seduta nella quale si attiva in ciclo referenziale, sino al suo completamento).

Tabella 5

Valori delle correlazioni tra le S.R. nella seduta della fase finale della terapia del paziente "B", per tutta la seduta e per le U.I. del ciclo referenziale.

Tutte le Unità Ideative				Unità Ideative dalla 8 alla 15			
		SRP	SRT			SRP	SRT
SRP	Coeff. Correl.	1.000	-.018	SRP	Coeff. Correl.	1.000	.809(*)
	Sig		.938		SRT	Sig	
SRT	Coeff. Correl.	-.018	1.000	SRT		Coeff. Correl.	.809(*)
	Sig	.938			Sig	.005	

* La corelazione è significativa al livello 0,05

** La corelazione è significativa al livello 0,01

Considerando la seduta nel suo complesso la correlazione delle due S.R. è assente, invece considerando la relazione presente all'interno del ciclo referenziale i valori della correlazione, come risulta peraltro già evidente nel grafico, assumono valori significativi e positivi.

La coordinazione del *timing* di paziente e terapeuta varia quindi nel corso della seduta, e si assiste ad un suo sostanziale aumento in concomitanza dell'accesso del paziente ai propri nuclei emotivi subsimbolici.

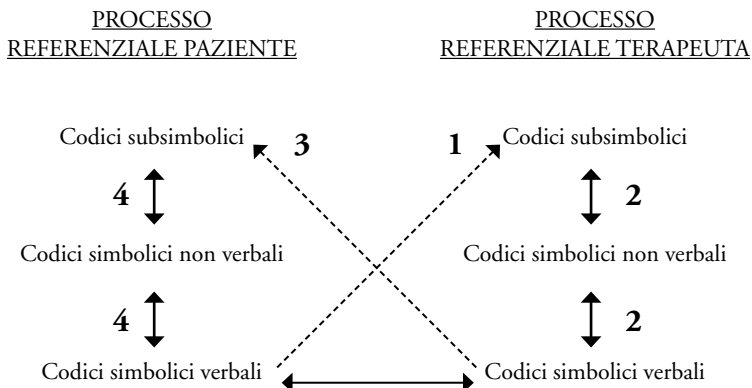
Discussione

Rispetto alle ipotesi che in questo lavoro si intendevano verificare, possiamo dire che:

- 1) E' presente, nelle tre sedute considerate, una forma di coordinazione tra le due S.R. significativa dal punto di vista statistico. Questo risultato sembra quindi supportare quanto sostenuto da Beebe e Lachmann relativamente al ruolo che la sensibilità ai reciproci *timing* interpersonali manterrebbe anche in età adulta. E' quindi possibile che, parallelamente allo scambio fondato sui contenuti verbali, questa coordinazione costituisca un processo fondamentale che regola l'interazione diadica anche nella relazione clinica;
- 2) In sedute caratterizzate da diverso andamento ("buon incontro" vs. "incontro difficile") la qualità del coordinamento delle S.R. di paziente e terapeuta varia significativamente. In particolare mentre in una seduta iniziale caratterizzata da buona alleanza (un numero limitato di rotture, 10, caratterizzate da bassa intensità) si assiste ad una coordinazione diretta delle S.R. (correlazione positiva tra le due S.R. lungo le Unità Ideative), nella seduta difficile si assiste invece ad una serie di fluttuazioni delle S.R. che esprime una sostanziale disarmonia del loro coordinamento;
- 3) Nella seduta nella quale è presente un accesso significativo ai contenuti emotivi, accompagnato da una altrettanto significativa elaborazione cognitiva, si assiste a fluttuazioni della coordinazione tra le S.R., ed in particolare la coordinazione è pressoché totale in corrispondenza al momento in cui il contatto emotivo/cognitivo è maggiore.

A partire dalla rappresentazione grafica del processo referenziale proposta da Caviglia (Caviglia, De Coro, 2000), viene proposto di seguito un modello che integra le diverse modalità di elaborazione previste dalla Bucci con le informazioni ricavate da questo lavoro, al fine di fornire una possibile lettura del ruolo che la S.R. ha nel reciproco influenzamento, e quindi nella produzione verbale, di paziente e terapeuta.

Figura 4
Modello dell'influenzamento dei processi referenziali a partire dalla comunicazione verbale e non verbale (S.R.)



Arbitrariamente iniziamo dalla produzione verbale del paziente la quale, oltre ai contenuti (rappresentati dalla linea continua che va dai “Codici simbolici verbali” del paziente a quelli del terapeuta), trasmette anche le caratteristiche paraverbali (S.R.) che vengono rilevate subsimbolicamente dal terapeuta (linea tratteggiata 1). Dai contenuti subsimbolici ha inizio il processo referenziale del terapeuta che trova espressione nell’influenzamento, per mezzo dei nessi referenziali, dei propri codici simbolici non verbali e quindi di quelli verbali (linee continue 2).

I contenuti del terapeuta, giunti ad un’espressione verbale, vengono accompagnati a loro volta da una produzione paraverbale (S.R.) che verrà recepita subsimbolicamente dal paziente (linea tratteggiata 3), e che contribuisce

ad originarne il processo referenziale (linee continue 4). Ad integrazione degli influenzamenti rappresentati in figura 4, si può ipotizzare ve ne sia uno ulteriore tra i livelli simbolico non verbale e subsimbolico di paziente e terapeuta.

Si crea quindi un sistema di influenzamento reciproco complesso simile a quello postulato da Beebe e Lachmann (2001, p. 31) che può andare a buon fine, nel momento in cui il livello implicito della comunicazione si integri con quello esplicito, o a cattivo fine nel caso di un assente, o erronea, integrazione.

Conclusioni

Questo lavoro ha indagato i processi e microprocessi terapeutici in alcune sedute di psicoterapia breve dinamica. Due di queste sedute erano caratterizzate da un buon clima relazionale, all'interno del quale il clinico ha avvertito essere presenti quegli aspetti positivi per lo sviluppo del lavoro terapeutico che richiamano ai concetti di "sintonizzazione" o "empatia".

Per cercare di cogliere gli accadimenti clinici che si accompagnano a questa sensazione di "buon incontro" sono stati analizzati non soltanto i contenuti espressi durante i colloqui (ad esempio rilevando il CCRT di Luborsky o la qualità dell'alleanza tramite l'IVAT) ma anche uno specifico aspetto paraverbale (Speech Rate) che è risultato significativamente correlato con la qualità della produzione linguistica misurata con l'attività referenziale. L'analisi di questo parametro sia nella produzione verbale del paziente che in quella del terapeuta ha mostrato come in presenza di un buon clima relazionale fosse presente una particolare (buona) coordinazione delle S.R.. Nella seduta dove erano presenti una limitata sintonizzazione ed empatia cambiava radicalmente il tipo di coordinazione.

Ciò ci porta a ipotizzare che la sensazione di comprensione empatica o di sintonizzazione con gli affetti dell'altro sia riconducibile anche alla percezione inconsapevole dei *timing* interni, che sarebbero espressione di sottostanti processi (referenziali) dei quali i due attori non sono necessariamente consapevoli.

I risultati di questo lavoro non permettono di affermare che la qualità del clima relazionale nasca dal coordinamento riscontrato, ma suggerisce che

microprocessi come quelli analizzati possano essere significativamente coinvolti nella sua formazione.

Bibliografia

- BATEMAN A., HOLMES J. (1995), *Introduction to Psychoanalysis. Contemporary Theory and Practice*, Routledge, London-New York; trad. it. (1998) *La psicoanalisi contemporanea. Teoria e ricerca*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- BEEBE B., JAFFE J. (1992), *The contribution of infant responsivity to the prediction of infant attachment*, in «Infant Behavior and Development», 15, p. 113.
- BEEBE B., LACHMANN F.M. (2002), *Infant Research and Adult Treatment: Co-constructing interactions*, The Analytic Press Inc.; trad. it. (2003) *Infant Research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- BUCCI W. (1985), *Dual coding: A cognitive model for psychoanalytic research*, in «Journal of the American Psychoanalytic Association», 33, pp. 571-607.
- BUCCI W. (1997), *Psychoanalysis and Cognitive Science*, The Guilford Press, New York; trad. it. (1999) *Psicoanalisi e Scienza Cognitiva*, Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- BUCCI W. (1999), *Schemi di discorso nelle ore "buone e in quelle problematiche". Un'interpretazione tramite il codice multiplo*, in «Psicoterapia», 14/15, pp. 30-47.
- 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*, Edizioni Kappa, Roma.
- 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*, in «Ricerca in Psicoterapia», 3 (2-3) pp. 169-189.
- 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 Refe-*

- renziale, Edizioni Kappa, Roma.
- COLLI A., LINGIARDI V. (2001), *Una proposta di valutazione dell'alleanza terapeutica a partire dai manoscritti delle sedute: il sistema IVAT*, Relazione al Convegno nazionale della Society for Psychotherapy Research, sezione italiana, Palermo, 18-21 ottobre, Abstract Book, pp.87-88.
- COLLI A., LINGIARDI V. (2004), *Manuale IVAT: Indice di valutazione dell'Alleanza Terapeutica*. Manoscritto non pubblicato.
- COHN J., BEEBE B. (1990), *Sampling interval affects time-series regression estimates of mother-infant influence*, in «Infant Behaviour and Development», 13, p. 317.
- DAVANLOO, H. (1990), *Unlocking the Unconscious*, John Wiley & Sons Ltd., Chichester, England; trad. it. (1998) *Il terapeuta instancabile, la tecnica di psicoterapia dinamica breve*, Franco Angeli, Milano.
- DAVIDSON R., FOX N. (1982), *Asymmetrical brain activity discriminates between positive versus negative affective stimuli in human infants*, in «Science», 218, pp. 1235-7.
- FELDSTEIN S., WELKOWITZ J. (1978), *A chronography of conversation: In defence of an objective approach*, in A.W. SIEGMAN, S. FELDSTEIN (a cura di), *Non-verbal Behaviour and Communication*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale.
- FELDSTEIN S. (1998), *Some nonobvious consequences of monitoring time in conversation*, in M. PALMER, G. BARNETT (a cura di), *Mutual influence in interpersonal communications: Theory and Research in Cognition, Affect and Behavior. Progress in Communication Sciences*, vol. 14. Ablex, Norwood, pp. 163-190.
- FERENCZI, S. (1933), *Confusione di lingue tra gli adulti e il bambino*; trad. it. (2002), Raffaello Cortina Editore, Milano
- FOSHA, D. (2000). *The transforming power of affect*. Basic Book, New York.
- JAFFE J., BEEBE B., FELDSTEIN S., CROWN C., JASNOW M., (2001), *Rhythms of dialogue in early infancy*, in «Monographs of the Society for Research in Child development», 66, pp. 1-132.
- JAFFE J., FELDSTEIN S. (1970), *Rhythms of Dialogue*, Academic Press, New York.
- KOHUT, H. (1971). *The analysis of the Self*, Hogart Press, London; trad. it. (1976) *Narcisismo e analisi del sé*, Bollati Boringhieri, Torino.

- KOHUT, H. (1984), *How does analysis cure?*, The University Press of Chicago, Chicago; trad. it. (1986) *La cura psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Torino.
- KRIS E. (1956), *On some vicissitudes of insight in psychoanalysis*, in «International Journal of Psycho-Analysis», 37, pp. 445-455.
- LUBORSKY L., (1992), *Teoria e tecnica nella psicoterapia dinamica; i fattori curativi e la formazione per incrementarli*, in «Psicoterapia e scienze umane», XXVI, 3, 43-56.
- LUBORSKY L., CRITS-CHRISTOPH P. (a cura di) (1990), *Understanding Transference*, Basics Book, New York; trad. it. (1992) *Capire il Transfert*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- MELTZOFF A. (1985), *The roots of social and cognitive development: Model of man's original nature*, in T. FIELD, N. FOX (a cura di), *Social perception in Infants*, Ablex, Norwood.
- MELTZOFF A. (1990), *Foundations for developing a concept of self: The role of imitation in relating self to other and the value of social mirroring, social modelling, and self practice in infancy*, in D. CICHETTI, M. BEEGLY (a cura di), *The Self in Transition: Infancy to Childhood*, University of Chicago Press, Chicago, pp. 139-164.
- ORANGE M.D., ATWOOD G.E., STOLOROW R.D. (1997), *Working Intersubjectively*, The Analytic Press Inc; trad. it. (1999) *Intersoggettività e lavoro clinico*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- ORANGE M. D. (1995), *Emotional Understanding*, The Guilford Press, New York; trad. it. (2001) *La comprensione emotiva*, Astrolabio, Roma.
- RACKER H. (1957), *The meanings and uses of countertransference*, in «Psychoanal. Quart.»”, 26, pp. 303-357.
- ROCCO D., BENELLI E., KINIGER K. (2004), *Relazioni tra aspetti paraverbali e attivazione dell'Attività Referenziale in sedute di psicoterapia*, in Atti del VI° Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia Clinica, Aosta, 23-24 ottobre.
- ROCCO D. (2005), *Analisi degli aspetti paraverbali in una psicoterapia dinamica breve: il metodo dell'Attività Referenziale e l'analisi della Speech Rate*, in «Ricerca in Psicoterapia», vol. 8, n. 1, pp. 127-147.
- STERN, D.N. (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*; trad. it. (1987) Bollati Boringhieri, Torino.

- STERN, D.N. (2004), *The present moment in psychotherapy and everyday life*, trad. it. (2005) *Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- STERN D.N., HOFER L, HAFT W., DORE J. (1984), *Affect attunement: The sharing of feelings states between mother and infant by means of inter-modal fluency*, in T. FIELD, N. FOX (a cura di), *Social perception in Infants*, Ablex, Norwood, trad. it. (1998) *La sintonizzazione affettiva*, in D.N. STERN (a cura di) , *Le interazioni madre-bambino*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. 161-187.
- STOLOROW R.D., ATWOOD G.E. (1992), *Context of Being. The intersubjective Foundations of Psychological Life*, The Analytic Press, Inc. Hillsdale, New Jersey, USA; trad. it. (1995) *I contesti dell'essere*, Bollati Boringhieri, Torino.
- WILLIAMS R., DAZZI N. (2006), *Il concetto di empatia tra clinica e ricerca empirica*, in N. DAZZI, V. LINGIARDI, A. COLLI (a cura di), *La ricerca in psicoterapia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

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

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

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

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

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

Norme generali

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

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

Vengono presi in considerazione solamente manoscritti originali. Tutti i lavori devono essere prodotti con una stampante di qualità adeguata, a interlinea

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

Al manoscritto deve essere accluso un floppy disk PC o Macintosh (in formato Word o Rich Text Format) contenente un file con il testo, uno con le tabelle (composte in Excel) e uno con tutti i grafici in bianco e nero o sfumature di grigio. Indicare chiaramente nel testo dove vanno inseriti tabelle, figure e grafici. Limitare il numero di tabelle all'essenziale (non più di cinque per articolo).

Formato della pagina

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

- Le illustrazioni (fotografie, disegni, diagrammi e grafici) devono essere numerate con numeri arabi consecutivi.
 - Le fotografie, in bianco e nero, devono essere stampate su carta patinata con forte contrasto.
 - I disegni devono essere preparati con inchiostro di china e sono accettabili sia i disegni originali che fotocopie laser. Sul retro della figura deve essere riportato il nome dell'autore e il numero dell'illustrazione.
 - Le tabelle devono essere numerate e citate con il loro numero nel testo
- Tabelle, grafici e immagini, incluse intestazione e legenda, devono essere stampate su fogli separati; la loro dimensione non deve mai superare quella della maschera (cm 12 x 18,5).

Norme specifiche per gli articoli di ricerca empiricamente fondata

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

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

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

Riferimenti bibliografici

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

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

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

La denominazione delle riviste va riportata per esteso in carattere normale tra virgolette basse. Nel caso di citazioni di traduzioni italiane l'espressione «traduzione italiana» va sempre contratta in "trad. it".

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

Esempio di citazione di un libro

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

Esempio di citazione di un capitolo di un libro con più autori

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

Esempio di citazione di un articolo pubblicato su una rivista:

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

Aspetti etici, deontologici e legali

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

