



n.1
aprile 2023

Psicologia, Psicoterapia e Benessere

Gestalt
Analisi Transazionale
Analisi Esistenziale



Quadrimestrale pubblicato dalla
IRPIR Istituto di Ricerca sui Processi Intrapsichici e Relazionali

Psicologia *Psicoterapia* *e Benessere*

Gestalt

Analisi Transazionale

Analisi Esistenziale

Volume 2 No 1 Aprile 2023

Rivista quadrimestrale pubblicato da

**ISTITUTO DI RICERCA SUI PROCESSI INTRAPSICHICI E
RELAZIONALI - I.R.P.I.R.**

Sede legale: Piazza Antonio Mancini, 4 – 00196 Roma

Stampa: Piazza dell'Ateneo Salesiano, 1 – 00139 Roma

e-mail: info@psicologiapsicoterapiaebenessere.it

Registrazione presso il Tribunale di Roma n. 242/21 del 02/12/2021



I contenuti di PPB sono distribuiti con Licenza [Creative Commons Attribuzione - Non commerciale 4.0 Internazionale](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

Direttore responsabile:

Maria Luisa De Luca

Condirezione:

Susanna Bianchini, Carla de Nitto, Raffaele Mastromarino

Comitato di Redazione:

Laura Bastianelli
Davide Ceridono
Massimo Gubinelli
Cinzia Messina
Maria Teresa Tosi
Lucio D'Alessandris
Silvia Tauriello
Roberta Sanseverino
Massimo Vasale

Massimo Grasso
Mario Llanos
Camillo Lorioed
Francesco Marucci
John McNeel
Paolo Meazzini
Michele Novellino
Sabino Palumbieri
Michele Pellerey
Paolo Renzi
Albino Ronco
Vezio Ruggeri
Carmine Saccu

Comitato scientifico:

Maurizio Andolfi
Antonio Arto
Ellyn Bader
William Cornell
Bruce Ecker
Richard G. Erskine
Donata Francescato
Paolo Gambini

Coordinamento:

Elzbieta Baca

Redazione:

Antonio Palummieri
Simone Forzan

Codice etico

La rivista aderisce a COPE's Best Practice Guidelines for Journal Editors

<http://publicationethics.org/resources/guidelines>.

Norme per gli autori

Per proporre un contributo visitare il sito:

<https://www.psicologiapsicoterapiaebenessere.it/index.php/ppb/about/submissions#authorGuidelines>

Le proposte di articoli saranno sottoposti a una procedura di referaggio in doppio cieco.

INDICE

Studi e Ricerche

A preliminary study for Espero-II: a new items analysis of the Espero questionnaire on the injunctions and counterinjunctions

*Massimo Vasale, Elzbieta Baca, Lucio D'Alessandris,
Francesca Focà, Natalia L. Perotto, Davide Ceridono* 05

Uno studio preliminare verso l'Espero-II: nuova analisi degli item del questionario Espero sulle ingiunzioni e controingiunzioni

*Massimo Vasale, Elzbieta Baca, Lucio D'Alessandris,
Francesca Focà, Natalia L. Perotto, Davide Ceridono* 33

Prevenzione e gestione delle ricadute in ottica analitico-transazionale: un esempio clinico

Massimo Vasale 59

I processi di cambiamento delle memorie emotive alla luce della Coherence Therapy e dell'Emotion-Focused Therapy

Marco Menegazzi, Carla de Nitto 99

IN DUE PER APPRENDERE

Il valore nella formazione della coppia terapeuta-osservatore nei Centri Clinici: un sondaggio

Cinzia Messana, Rosanna Giacometto, Daniele Guglielmi 141

A preliminary study for Espero-II: a new items analysis of the Espero questionnaire on the injunctions and counterinjunctions.

*Massimo Vasale*¹, *Elzbieta Baca*², *Lucio D'Alessandris*³,
*Francesca Focà*⁴, *Natalia L.Perotto*⁵, *Davide Ceridono*⁶

¹ Psicologo, psicoterapeuta, CTA, docente della Scuola Superiore di Specializzazione in Psicologia Clinica dell'Università Pontificia Salesiana di Roma, membro del Laboratorio di Ricerca sul Sé e sull'Identità (LaRSI) dell'Istituto di Formazione e Ricerca sui Processi Intrapсихici e Relazionali (IRPIR). E-mail: massimo.vasale@libero.it

² Psicologa, psicoterapeuta, P-TSTA, Docente della Scuola Superiore di Specializzazione in Psicologia Clinica dell'Università Pontificia Salesiana di Roma, membro del Laboratorio di Ricerca sul Sé e sull'Identità (LaRSI) dell'Istituto di Formazione e Ricerca sui Processi Intrapсихici e Relazionali (IRPIR). E-mail: elabaca75@gmail.com

³ Psicologo, psicoterapeuta, CTA, docente della Scuola di Specializzazione I.F.R.E.P. di Roma e della SSPT-SAPA di Latina, membro del Laboratorio di Ricerca sul Sé e sull'Identità (LaRSI) dell'Istituto di Formazione e Ricerca sui Processi Intrapсихici e Relazionali (IRPIR).

E-mail: luciodalessandris@gmail.com

⁴ Psicologa psicoterapeuta, CTA, svolge attività clinica e di ricerca. Si occupa in particolar modo di Disturbi dell'Alimentazione, obesità e aspetti psicologici del trattamento chirurgico dell'obesità

⁵ Psicologa, psicoterapeuta, lavora come libero professionista e collabora con il Centro per la Ricerca in Psicoterapia. Cura il sito nataliaperotto.it e la pagina FB: Parliamo di emozioni, relazioni e salute mentale.

E-mail: perotto.natalia@gmail.com

⁶ Psicologo, psicoterapeuta, CTA Trainer, docente della SSPC-IFREP, della SSSPC-UPS di Roma e della SSPT-SAPA di Latina, direttore del Laboratorio di Ricerca sul Sé e sull'Identità (LaRSI) dell'Istituto di Formazione e Ricerca sui Processi Intrapсихici e Relazionali (IRPIR).

Uno studio preliminare verso l'Espero-II: nuova analisi degli item del questionario Espero sulle ingiunzioni e controingiunzioni

Abstract

The article outlines the results obtained from the items analysis of the Espero, carried out on a sample of subjects, more numerous and heterogeneous than that used in the study of the validity of the questionnaire (Scilligo et al., 1999). The research was conducted in the framework of the project "Espero II" which aims to review the validity and reliability of the Espero questionnaire through a new normative sample with a view to the creation of a revised version of this instrument.

The items analysis showed that 13 items out of 120 (11%) show low correlations with the scale to which they belong. The information which can be obtained from this first analysis of the questionnaire suggests that a review of some scales may be necessary: among those that reveal injunctions, the "Don't" scale and the "Don't be a child" scale, in line with what emerged from the analysis made by Scilligo and colleagues in 1999; among those that reveal counterinjunctions, the "Please (people)" scale and "Be strong" scale.

Further data for a review of the items of the test could emerge from the factorial analysis which is in progress and which will be the subject of a future publication.

Keywords:

Espero, injunctions, counterinjunctions, item analysis.

Introduction

In Transactional Analysis (AT), injunctions and counterinjunctions are two basic concepts, in that they are a central part of the life-script. Various authors have dealt with these concepts and have given different definitions.

The injunctions, according to Gouldings (1983), are restrictive script messages, of a non-verbal nature, sent by the Child of the parents and accepted by the Child of the child.

Focà and others (2005) trace a link between the concepts deriving from attachment theory and the AT injunction construct: at a behavioural level, to obey the injunction means to put into play actions which increase the probability of maintaining a relationship with the

interiorized attachment figure; at the cognitive level, connected declarative memories will be formed, evident in the self-description that people produce by communicating with themselves and others. According to Gouldings (1983), counterinjunctions are “messages issued from the Parent ego state of the parents, which, if believed, could impede growth and flexibility” (p.45).

Bastianelli, D’Aversa and Scilligo (2004) argue that counterinjunctions are normative strategies of a protective nature, created by the person who has will and is an active subject in creating meaning and direction in his own life’s reality.

Scilligo and colleagues, in 1999, drew up the Espero questionnaire to measure the injunctions and counterinjunctions, using the categories proposed by Gouldings (1983) for the injunctions and those of the five drivers proposals of Kahler (1974) for the counterinjunctions.

The questionnaire is made up of 120 items, self-descriptions of how the person behaves or of how he perceives the situations in which he finds himself in the present or has in the past. The subject evaluates each item on a Likert scale with four choices, shown 1 (being definitely false), 2 (partly false), 3 (fairly true), 4 (very true). The items are composed of 20 scales (15 relating to injunctions and 5 to counterinjunctions). The scales of the injunctions include 12 injunctions described by Gouldings (1983): “Don’t belong”, “Don’t grow up”, “Don’t exist”, “Don’t make it”, “Don’t be important”, “Don’t”, “Don’t be sane”, “Don’t think”, “Don’t feel”, “Don’t be you (the sex you are)”, “Don’t be a child”, “Don’t be close”, which Scilligo has divided into “Don’t be close physically” and “Don’t be close psychologically”; to these he has added “Don’t trust protectively” and “Don’t trust defensively”. The counterinjunctions scales are: “Please (people)”, “Hurry up”, “Be strong”, “Try hard”, and “Be perfect”. Each scale is composed of 6 items, apart from the scale “Don’t” which is composed of 9 items, 6 specific ones and 3 which are each in common with another scale.

The validation of the questionnaire was carried out on a sample of 210 subjects aged between 20 and 30 years, 97 men and 113 women (Scilligo et al., 1999) and, subsequently, a factorial analysis was performed on the test (Scilligo & Bastianelli, 1999), which led to the identification of the second-order factorial dimensions of the injunc-

tions (Existence, Relationship and Creativity). The Espero is one of the most frequently used psychometric instruments in TA practice over the years, and in a recent systematic review evaluating the psychometric quality of instruments developed in Transactional Analysis (Vos & van Rijn, 2021), its good interpretability, factorial structure, and content and criterion validity were highlighted, based on studies of multiple populations. By allowing some of the central constructs of the script to be operationalized, the Espero has finally stimulated various empirical research (Bastianelli & Ceridono, 2013; Crea, 2014): it has been used, for example, in numerous studies (Caizzi et al., 2003; Bastianelli et al., 2004; Bove et al., 2004; D'Aversa et al., 2004; de Nitto et al., 2008; Guglielmotti et al., 2004; Ceridono et al., 2005; Bastianelli et al., 2006; Giacometto et al., 2006; Ceridono et al., 2008; Fava, 2012; Scilligo, 1999) who explored the relationship between injunctions, counterinjunctions and ego-self state profiles, showing a significant relationship between Rebellious and Critical ego-self states, high injunctive levels and excessively high or low counterinjunctive levels.

The article aims to describe the results obtained from the items analysis of Espero, carried out on a sample of subjects more numerous and heterogeneous than that used in the study of the validation of the Questionnaire (Scilligo et al., 1999). The research was conducted in the framework of the “Espero II” project, the aim of which is to review the validity and the reliability of the Espero questionnaire through a new normative sample with a view to the creation of a revised version of this tool⁷.

Methods and measures

Sample

The sample was made up of 970 subjects (391 males and 579 females), aged between 18 and 70, taken from two different sources: the patients (340) of the Clinical Centers attached to the I.F.R.E.P. Specialization Schools in Italy (Rome, Venice and Cagliari) and other subjects (630), students and workers, who were not patients of the Clinical Centres.

⁷ The research has been funded by the Società Italiana di Analisi Transazionale (SIAT, the Italian Transactional Analysis Association).

Participation in the study was voluntary and all the subjects gave their written consent to the participation in the research.

Analysis of the data and discussion

Items analysis

The items analysis was done on the entire sample (N=970), calculating the fidelity indexes for each scale (Cronbach's alpha) and the correlation between each item and the total for the scale to which it belonged (Tot. Corr.).

Specifically, for each scale the following information is given: the number of the item in the questionnaire ("Inv" written after the number indicates that for the calculation of the total raw value of the scale, the score should be inverted), the content of the item, the correlation between the item and the whole of the scale (Tot. Corr.), the "alpha if" (or Cronbach's alpha calculated without the item) and, at the foot of the table, the average, standard deviation from the scale and the Cronbach's alpha coefficient, as a reliability index of the scale.

None of the items are repeated in more than one scale, except for the scale "Don't", as has already been mentioned, which contains items also to be found in other scales (specifically it shares item 59 with the scale "Be perfect", item 104 with the scale "Try hard" and item 49 with the scale "Don't trust defensively").

In general, the values of Cronbach's alpha go from .62 ("Don't be a child") to .89 ("Don't be close physically"). Following the statistical convention by which a scale with a Cronbach's alpha around .70 indicates a good fidelity, all the scales show an adequate index of fidelity.

The scale which comes out as most heterogenous is "Don't be a child", while "Don't be close physically" comes out as the most homogenous.

Hereunder we present the items analysis with the values obtained in each of the 20 scales of the questionnaire.

Don't belong

<i>Item</i>		<i>Tot. Corr.</i>	<i>Alpha if</i>
1	Sometimes the others step forward and I am left behind	0,38	0,76
21	I feel lonely and disorientated.	0,62	0,70
41	I am a burden for others.	0,57	0,72
61	People who love me always leave	0,46	0,74
81	Others have a place where they feel at home, I don't	0,48	0,74
101	I believe that others don't accept me.	0,59	0,71

Average of the scale: 9.30. Standard Deviation: 3.20. Cronbach's alpha: .76

The correlations item-total go from .38 to .62, or rather all the items from the scale "Don't belong" have correlations above .30. Following the statistical convention according to which an item is valid when it has a correlation with the total score of the scale $> .30$, this indicates a good validity of the items of the scale. No item, if eliminated (alpha se), has shown itself able to increase the value of the coefficient of Cronbach's alpha (.76).

Compared to the analysis carried out by Scilligo, D'Aversa and Livrerano (1999), no important differences in the indices can be seen.

Don't grow up

<i>Item</i>		<i>Tot. Corr.</i>	<i>Alpha if</i>
3	Adults who still have their covers tucked in by their mothers are fortunate.	0,30	0,68
23	Often I would like to be small again	0,47	0,62

43	I would like to be called “my little boy” or “my little girl” again.	0,41	0,64
63	I would like to live in a small, comfortable room	0,40	0,65
83	It would be nice to remain always aged 10	0,54	0,61
103	Other people should look after me	0,37	0,66

Average of the scale: 9,71. Standard Deviation: 3.18. Cronbach’s alpha: .68

The items of the scale “Don’t grow up” show correlations which go from .37 to .54, except for item 3 (“Adults who still have their covers tucked in by their mothers are fortunate”) which has a score at the limit (Tot. Corr.= .30). No item, if eliminated (alpha se), showed itself able to increase the value of the coefficient of Cronbach’s alpha. Compared to the analysis carried out by Scilligo, D’Aversa and Liverano, no significant differences can be seen, apart from the value of the correlation between item 3 and the total score of the scale which passes from .49 to .30.

Don’t be

<i>Item</i>		<i>Tot. Corr..</i>	<i>Alpha if</i>
5	It would have been better if I had not been born.	0,65	0,79
25	Sometimes life seems so hard that it would be better to die.	0,62	0,80
45	It would be best if life could be very short.	0,60	0,80
65	People will realise my worth only after I am dead	0,47	0,83

85	I believe that there is no sense to life.	0,60	0,80
105	I don't know what I am doing in this world	0,71	0,77

Average of the scale: 8.03 Standard Deviation: 3.09 Cronbach's alpha: .83

The items in the scale "Don't be" show correlations which go from .47 to .71, greatly over the limit conventionally acceptable. No item, if eliminated, shows itself able to increase the value of the coefficient of Cronbach's alpha (.83).

Compared to the analysis carried out in 1999, it is interesting to note a general increase in the item-scale correlations and in the reliability coefficient (Cronbach's alpha).

Don't trust (protective)

<i>Item</i>		<i>Tot. Corr.</i>	<i>Alpha if</i>
6	For me the phrase "to trust is good, not to trust is better" is valid.	0,62	0,82
26 Inv	Usually, one can trust other people.	0,59	0,83
46	It is dangerous to confide in people.	0,65	0,81
66	I don't trust other people.	0,68	0,81
86	It is dangerous to trust people.	0,73	0,80
106 Inv	It is easy to find people one can trust	0,49	0,84

Average for the scale: 13.05 Standard Deviation: 3.75 Cronbach's alpha: .84

The items of the scale “Don’t trust (protective)” obtain correlations which go from .49 to .73, greatly above the limit acceptable conventionally. No item, if eliminated, shows itself able to increase the value of the coefficient Cronbach’s alpha.

Compared to the analysis carried out by Scilliga, DAversa and Livrano (1999), no significant differences are to be noted.

Don’t trust (defensive)

<i>Item</i>		<i>Tot. Corr.</i>	<i>Alpha if</i>
9	People are always ready to deceive you	0,50	0,75
29	People hide important thoughts concerning me.	0,52	0,75
49	It is useless to explain oneself and ask questions, in any case you never know what people think of you.	0,57	0,74
69	People don’t tell me sincerely what they think of me.	0,63	0,72
89	I think everyone is against me.	0,53	0,75
109	It is difficult to know what people think of you.	0,46	0,77

Average for the scale: 10.71 Standard Deviation: 3.22 Cronbach’s alpha: .78

The items of the scale “Don’t trust (defensive)” have correlations which go from .46 to .63, above the limit acceptable conventionally. No item, if eliminated, shows itself able to increase the value of the coefficient Cronbach’s alpha (.78).

Compared to the analysis carried out by Scilligo and colleagues (1999), no significant differences are to be noted.

Don't make it

<i>Item</i>		<i>Tot. Corr.</i>	<i>Alpha if</i>
7	I have difficulty learning things	0,48	0,61
27	I find it difficult to finish things I have started.	0,46	0,61
47 Inv	I know how to do well the work I perform.	0,28	0,67
67	The protection of others is essential for me.	0,27	0,69
87	There are many things I give up doing because I feel I would not be able to do them.	0,54	0,58
107	When there are innovations, I feel faint.	0,42	0,63

Average for the scale: 10.89. Standard Deviation: 2.98. Cronbach's alpha: .68

Two items of the scale "Don't make it" obtain unsatisfactory correlations (item 47: Tot. Corr. = .28; item 67: Tot. Corr. = .27). Also in the analysis carried out by Scilligo and colleagues in 1999, item 47 obtained a low correlation ($r=.25$). Eliminating item 67, Cronbach's alpha increases slightly, passing from .68 to .69.

Don't be important

<i>Item</i>		<i>Tot. Corr.</i>	<i>Alpha if</i>
8	I can't obtain the things I want.	0,47	0,74
28	I don't ask for the things I want.	0,41	0,76

48	I prefer to remain silent rather than take up a position.	0,42	0,75
68	I am less important than the others.	0,59	0,71
88	I think that whatever I do, it does not have much importance.	0,65	0,69
108	I prefer it when others make decisions for me	0,55	0,72

Average for the scale: 10.85. Standard Deviation: 3.44. Cronbach's alpha: .77

The items of the scale "Don't be important" obtain correlations which go from .41 to .65, definitely above the conventionally acceptable limit. No item, if eliminated (alpha if), showed itself able to increase the value of the coefficient Cronbach's alpha (.77).

Compared to the analysis carried out in 1999, no significant differences are to be noted.

Don't be close Physically

<i>Item</i>		<i>Tot. Corr.</i>	<i>Alpha if</i>
10	I feel uncomfortable if people touch me.	0,71	0,87
30	If someone stands close to me, I become rigid.	0,64	0,88
50	When people come very close to me, I want to run away.	0,62	0,88
70	I feel uncomfortable if somebody touches me or if I touch somebody.	0,78	0,85
90	I become rigid if somebody touches me.	0,79	0,85

110	I avoid coming into contact with another person.	0,69	0,87
------------	--	------	------

Average for the scale: 8.95. Standard Deviation: 3.58. Cronbach's alpha: .89

The items of the scale "Don't be close physically" have correlations which go from .62 to .79, greatly over the conventionally acceptable limit. No item, if eliminated, has shown itself able to increase the value of the coefficient Cronbach's alpha (.89).

Compared to the analysis carried out in 1999, there are no significant differences.

Don't be close psychologically

<i>Item</i>		<i>Tot. Corr.</i>	<i>Alpha if</i>
14	I hide my feelings.	0,50	0,68
34	Personal things should not be confided to anyone.	0,49	0,69
54	I stop myself from expressing the affection I feel.	0,49	0,69
74 Inv	I like confiding in somebody.	0,47	0,69
94 Inv	I try to find occasions when I can confide in somebody.	0,46	0,69
114	People who confide in other people are imprudent.	0,39	0,71

Average for the scale: 11.10. Standard Deviation: 3.21. Cronbach's alpha: .73

The items of the scale "Don't be close psychologically" have correlations which go from .39 to .50, above the conventionally acceptable

limit. No item, if eliminated, has shown itself able to increase the value of the coefficient Cronbach's alpha.

Also with respect to this injunction, comparing the data with that of the analysis conducted in 1999, no significant differences are found.

Don't

<i>Item</i>		<i>Tot. Corr.</i>	<i>Alpha if</i>
11	One should not annoy those who love you.	0,34	0,61
31	One should never write on walls.	0,26	0,64
51	One should not make proposals to people one doesn't know.	0,31	0,62
49	It is useless to explain yourself and ask questions, in any case you never know what people think of you.	0,39	0,60
59	One of my good qualities is that I am very precise.	0,11	0,66
71	Beautiful things should not be touched.	0,37	0,61
91	Even as adults one should not disobey one's parents.	0,41	0,60
104	One should never leave a thing half done.	0,41	0,60
111	It is better to clench one's teeth and not feel much.	0,36	0,61

Average for the scale: 20.62. Standard Deviation: 4.10.
Cronbach's alpha: .64

Two items of the scale “Don’t” obtain low correlations (item 31: Tot. Corr.=.26; item 59: Tot. Corr.=.11). Taking out item 59, the alpha is raised, even if by very little (passing from .64 to .66).

In the analysis carried out in 1999, there were a good 7 out of 9 (11, 31, 51, 59, 71, 79, 111) items which obtained low correlations (from .17 to .28.).

Don’t be sane

<i>Item</i>		<i>Tot. Corr.</i>	<i>Alpha if</i>
12	When I hear someone say jokingly “you’re crazy” I have a reaction of fear.	0,44	0,73
32	I am worried in case I become ill.	0,44	0,74
52	Sometimes I am afraid of going crazy.	0,61	0,68
72	Some worries almost drive me insane.	0,59	0,69
92	I often talk about illnesses and indispositions.	0,53	0,71
112	Sometimes I think I see things which turn out to be just in my imagination.	0,37	0,75

Average for the scale: 10.10. Standard Deviation: 3.46. Cronbach’s alpha: .75

The items of the scale “Don’t be sane” have correlations which go from .37 to .61, well over the conventionally acceptable limit. No item, if eliminated, showed itself able to increase the value of the coefficient Cronbach’s alpha (.75).

Compared to the analysis carried out in 1999, there are no significant differences.

Don't think

<i>Item</i>		<i>Tot. Corr.</i>	<i>Alpha if</i>
15	Sometimes I have the impression that I am not capable of thinking.	0,69	0,85
35	I get confused.	0,59	0,87
55 Inv	I am able to think clearly.	0,58	0,87
75	Often I feel as if I am not able to think.	0,74	0,84
95	Often I tell myself that I don't know how to think.	0,73	0,84
115	I am unable to put my thoughts together.	0,73	0,84

Average for the scale: 9.89. Standard Deviation: 3.46. Cronbach's alpha: .75

The items of the scale "Don't think" have correlations which go from .58 to .74, greatly over the conventionally acceptable limit. The alpha increases in all the cases in which it is eliminated from the calculation one item at a time, arriving at .75 to .87. Probably, this indicates that every item contributes to a good heterogeneity of the scale (considering that, taking it out, the scale would become more homogeneous).

Compared to the analysis carried out in 1999, there are no significant differences.

Don't feel

<i>Item</i>		<i>Tot. Corr.</i>	<i>Alpha if</i>
17 Inv	I feel many emotions and feelings.	0,49	0,66

37	I find it difficult to feel my emotions completely.	0,33	0,71
57 Inv	If I relax completely, I feel many emotions.	0,49	0,66
77 Inv	When I relax, I feel many emotions flowing through me.	0,52	0,64
97	Sometimes I think I am not capable of feeling emotions.	0,45	0,67
117 Inv	I let myself be carried away by my emotions.	0,41	0,68

Average of the scale: 11.35 Standard Deviation: 3.27. Cronbach's alpha: .72

The items of the scale "Don't feel" have correlations which go from .33 to .52, above the conventionally acceptable limit. No item, if eliminated, showed itself able to increase the value of the coefficient Cronbach's alpha (.72).

It is interesting to note that, compared to the analysis carried out in 1999, the correlations of the following items improve: item 17 (which passes from .19 to .49), item 37 (which passes from .06 to .33) and item 97 (which passes from .17 to .45), correlations which showed up as not good.

Don't be you (the sex you are)

<i>Item</i>		<i>Tot. Corr.</i>	<i>Alpha if</i>
20	Maybe I was born with the wrong sex	0,69	0,81
40	I don't like being of the sex I am.	0,68	0,82
60	At times I would like to be in the body of a person of a different sex	0,54	0,85

	from mine.		
80	Often I wish that I was a different sex from the one I am	0,59	0,83
100	Everything considered, for me it would be better not to be the sex I am.	0,69	0,82
120	If I could have chosen, I would have been born a different sex from what I am.	0,72	0,81

Average for the scale: 7.15. Standard Deviation: 2.54. Cronbach's alpha: .85

The items of the scale "Don't be you (the sex you are)" have correlations which go from .54 to .72, very much above the conventionally acceptable limit. No item, if eliminated, showed itself able to increase the value of the coefficient Cronbach's alpha (.85.).

Compared to the analysis carried out in 1999, there are no significant differences.

Don't be a child

<i>Item</i>		<i>Tot. Corr.</i>	<i>Alpha if</i>
13 Inv	I like playing with children as if I were one of them.	0,47	0,53
33 Inv	I would enjoy the activity of building a tent or a little hut just as children do.	0,42	0,55
53 Inv	When I have time I like to revisit or imagine the places where I used to play when I was little.	0,30	0,60
73	I would like to relax, at least in my	0,36	0,58

Inv	imagination, running through the fields and doing somersaults.		
93	I don't like the type of behaviour which is like that of children	0,23	0,63
113	It is ridiculous that adults play like children play.	0,35	0,58

Average for the scale: 13.54. Standard Deviation: 3.50. Cronbach's alpha: .62

The version of this scale (Don't be a child) differs from the original one in the study by Scilligo and colleagues (1999). In fact, Scilligo, after the psychometric limits revealed in that study, substituted the items 33, 53, 73, and 93 with those in the table above (P. Scilligo, personal communication, January 2000).

In the version of the present scale, Cronbach's alpha is .62, while in the version of 1999 it was .52. Two items in the present scale "Don't be a child" obtain low correlations (item 53: Tot. Corr.=.30; item 93: Tot. Corr. =.23. If we take out item 93, Cronbach's alpha increases slightly (passing from .62 to .63). The two items in the version of 1999 which have been kept in the present version (13, 113) both have good correlations (.47, .35). In the analysis carried out in 1999 by Scilligo and colleagues 4 items out of 6 (13, 53, 73, 93) obtained low correlations (from .20 to .30).

Please (people)

<i>Item</i>		<i>Tot. Corr.</i>	<i>Alpha if</i>
2 Inv	I can do things well even without the approval of the others.	0,35	0,59
22 Inv	It doesn't matter to me to know from others if I am doing well or not.	0,29	0,61
42 Inv	It doesn't matter if my clothes are	0,22	0,65

	out of date, the important thing is that I like them.		
62	So as not to seem different I follow faithfully what the others say.	0,50	0,55
82	I do things well more to win approval than for pleasure in the work itself.	0,35	0,59
102	Before doing anything I worry about what people will think	0,52	0,52

Average for the scale: 12.43. Standard Deviation: 2.93. Cronbach's alpha: .63.

Two items in the scale "Please (people)" obtain low correlations (item 22: Tot. Corr. = .29; item 42: Tot. Corr. = .22). Taking out item 42, Cronbach's alpha is raised by just a little (from .63 to .65). Also, in the analysis carried out on 1999, one of the two items mentioned above (item 42) obtained a correlation right at the limit (.30).

Hurry up

<i>Item</i>		<i>Tot .Corr.</i>	<i>Alpha if</i>
18	I feel uncomfortable when I do things slowly.	0,38	0,70
38 Inv	When doing things, for me it's true that "slow and steady wins the race".	0,33	0,71
58	I usually do things hurriedly and immediately.	0,48	0,67
78 Inv	I eat slowly and calmly.	0,33	0,72
98	When I am working, I proceed	0,56	0,65

Inv	slowly and calmly.		
118 Inv	I do everything slowly and calmly.	0,67	0,61

Average for the scale: 14.86. Standard Deviation: 3.35. Cronbach's alpha: .72

The items in the scale "Hurry up" have correlations which go from .33 to .67, above the conventionally acceptable limit. No item, if eliminated, showed itself able to increase the coefficient Cronbach's alpha (.72).

Compared to the analysis carried out in 1999, there are no significant differences.

Be strong

<i>Item</i>		<i>Tot.Corr.</i>	<i>Alpha if</i>
16	It is better to choke back your tears than to let them come out.	0,28	0,64
36 Inv	One should let oneself go and be sweet.	0,16	0,67
56 Inv	At difficult moments I let myself be moved.	0,55	0,54
76 Inv	Sometimes I cry if I come across difficulties or troubles.	0,48	0,56
96 Inv	At delicate moments one should also be able to let oneself cry.	0,45	0,58
116	In delicate and painful situations I remain composed and strong.	0,37	0,61

Average for the scale: 11.99. Standard Deviation: 3.12. Cronbach's alpha: .65

Two items in the scale “Be strong” obtain low correlations (item 16: Tot. Corr. = .28; item 36: Tot. Corr. =.16). Taking off this last one, Cronbach’s alpha goes up slightly (passing from.65 to .67). Also in the analysis carried out in 1999, item 36 obtained a low correlation (.24.)

Try hard.

<i>Item</i>		<i>Tot. Corr.</i>	<i>Alpha if</i>
4	When I am working, I finish whatever I am doing even if it gets late.	0,58	0,68
24	When I come across a difficulty in the work, I double my efforts.	0,42	0,73
44 Inv	If I am tired, I put aside my work even if it isn’t finished.	0,46	0,72
64	If I start working on something, I go right to the end even out of hours.	0,65	0,66
84	When I start an activity there is nothing which can distract me.	0,45	0,72
104	One should never leave a thing half done	0,37	0,74

Average for the scale: 16.65. Standard Deviation: 3.28. Cronbach’s alpha: .75

The items of the scale “Try hard” have correlations which go from .37 to .65, well above the conventionally acceptable limit. No item, if eliminated, showed itself to be able to increase the value of the coefficient Cronbach’s alpha (.75).

Compared to the analysis carried out in 1999, there are no significant differences.

Be perfect

<i>Item</i>		<i>Tot.Corr.</i>	<i>Alpha if</i>
19	Things should either be done well or not done at all.	0,34	0,62
39 Inv	I feel comfortable in an untidy room.	0,28	0,65
59	One of my good qualities is that I am precise.	0,56	0,54
79 Inv	I prefer to do things in a slapdash manner rather than carefully.	0,45	0,58
99 Inv	I do things without paying attention to the details.	0,44	0,59
119	When I go out, I take particular care to have my clothes perfectly in order.	0,26	0,65

Average for the scale: 17.82. Standard Deviation: 3.06. Cronbach's alpha: .65.

Lastly, two items of the scale "Be perfect" obtain low correlations (item 39: Tot. Corr. = .28; item 119: Tot. Corr. = .26); however, no item, if eliminated, showed itself to be able to increase the value of the coefficient Cronbach's alpha.

Compared to the analysis carried out in 1999, there are no significant differences.

Conclusions

In general, the analysis of the internal coherence of the test gave good results and confirmed the good psychometric qualities which came out in the study done by Scilligo and colleagues (1999); the values of Cronbach's alpha go from .62 ("Don't be a child") to .89 ("Don't be close physically"). Following the statistical convention by which a scale with a Cronbach's alpha of about .70 indicates a good accuracy, all the scales show an adequate index of accuracy.

The scale which comes out as most heterogeneous is “Don’t be a child”, while “Don’t be close Physically” comes out as the most homogeneous.

From the items analysis subdivided by scale it emerges that on the whole 13 scales out of 20 (“Don’t belong”, “Don’t be”, “Don’t trust protective”, “Don’t trust Defensive”, “Don’t be important”, “Don’t be close physically”, “Don’t be close psychologically”, “Don’t be sane”, “Don’t think”, “Don’t feel”, “Don’t be you”, “Hurry up”, “Try hard”) show themselves to be formed by items with good psychometric properties, or rather which obtain correlations item – total of the scale above .30. In these scales no item, if eliminated, increases the value of the index of accuracy of the scale (Cronbach’s alpha).

The items analysis in these 13 scales does not present any particular differences compared to that carried out by Scilligo, D’Aversa e Liverano in 1999, if one excludes a general increase of the correlations item – scale and of the alpha coefficient for the scale “Don’t be” and the improvement in the correlations of three items (17, 37, 97) of the scale “Don’t feel” which, among other things, in 1999 came out with correlations which were not good. To sum up, for these 13 scales we do not see any necessity to make improvements nor substantial modifications.

Some scales, on the other hand, present one item (“Don’t grow up”) or two (“Don’t make it”, “Don’t”, “Don’t be a child”, “Please (people)”, “Be strong”, “Be perfect”) with low correlations.

In the case of the injunction “Don’t grow up”, item 3 (“Adults who still have their covers tucked in by their mothers are fortunate”) obtains a score at the limit (Tot. Corr. = .30) but, even eliminating this item, the value of the coefficient Cronbach’s alpha would remain the same, and therefore, in a conservative viewpoint, there would not be much sense in changing the scale in an effort to modify the item (we think it might be useful to remember that in the analysis carried out in 1999 by Scilligo, D’Aversa and Liverano, the r tot for item 3 was greatly above (.49) the conventionally accepted limit.)

We can apply the same considerations to the two items of the scale “Don’t succeed” (item 47: “I know how to do well the work I perform” and item 67: “The protection of others is essential for me”) which, since they do not have good correlations with the total of the

scale, could be subject to change: in this case eliminating only item 67, Cronbach's alpha would increase only slightly (from .68 to .69), not improving however in a consistent manner the coherence of the scale which in any case seems good. Scilligo and colleagues (1999) had also obtained a low correlation for item 47.

The scale "Don't", the only one which contains 9 items, came out as a problem in 1999, since as many as 7 of its items (11, 31, 51, 59, 71, 91, 111) had obtained low correlations. In our sample, there are only two items which obtain low correlations (item 31 "One should not ever write on walls" and item 59 "One of my good qualities is that I am precise", in common with the scale "Be perfect"). Since eliminating item 59 Cronbach's alpha rises, even though only slightly (passing from .64 to .66), this item could be taken out of the calculation of the scale (leaving it in the scale "Be perfect", where it shows a good correlation item-total and with which it has a more evident link with the content).

Regarding the scale "Don't be a child", Scilligo and colleagues (1999) had found low correlations in four items out of six (13, 53, 73, 93). Scilligo (in a personal communication) had reformulated four items of this scale to make it more coherent, considering that the coefficient Cronbach's alpha came out fairly low (.52).

In our sample, with the new version of the scale, there are two items which obtain low correlations (item 53: "When I have time I like to revisit or imagine the places where I used to play when I was little" and item 93 "I don't like behaviour which is like that of children"). If we eliminate item 93, Cronbach's alpha would rise slightly (passing from .62 to .63). The fact that the scale still presents problems in spite of the greater number and heterogeneity of the sample and the modification of 4 items makes us reflect on the validity of its content and on the possibility of modifying it substantially. We can see, however, an improvement compared to the original version.

The last three scales in which two items have obtained low item - total correlations are "Please me", "Be strong", and "Be perfect".

In the scale "Please me" the items 22 ("It doesn't matter to me to know from others if I am doing well or not") and 42 ("It doesn't matter if my clothes are out of date, the important thing is that I like them") obtain low correlations and if we eliminate item 42 which, also in the analysis carried out in 1999, obtained a correlation right at

the limit (.30), Cronbach's alpha would be raised from .63 to .65. Probably this is an item whose content could take on a different meaning according to the age of the subject.

In the scale "Be strong" item 16 ("It is better to choke back your tears than to let them come out") and item 36 ("One should let oneself go and become good-natured"), which obtained a low correlation also in 1999 (.24), obtain low correlations. Eliminating item 36, Cronbach's alpha would be raised from .65 to .67.

Lastly, regarding the scale "Be perfect", item 39 ("I feel comfortable in an untidy room") and item 119 ("When I go out I take particular care to have my clothes perfectly in order") obtain low correlations, but Cronbach's alpha does not increase eliminating one or the other of these and comes out as good in any case (.65).

In conclusion, from the items analysis it can be seen that there are in all 13 items (11%)⁸ with low correlations (up to .30) with the scale to which they belong which could be reformulated, modified or eliminated. However, in a conservative type of prospective, only part of these items (4 out of 13)⁹ deserves to be completely revised with a view to an improvement of the psychometric characteristics of the test.

The indications that can be taken from this first analysis of the questionnaire suggest that some scales should be revised: from those which reveal the injunctions, the scale "Don't" and the scale "Don't be a child", in line with what already emerges from the analysis carried out by Scilligo and colleagues in 1999; from those which reveal the counterinjunctions the scales "Please (people)" and "Be strong". Further data for a revision of the items of the test could emerge from the factorial analysis which is in progress and which will be the subject of a future publication.

⁸ The 13 items are as follows: item 3 of the "Don't grow" scale, items 47 and 67 of the "Don't make it" scale, items 31 and 59 of the "Don't" scale, items 53 and 93 of the "Don't be a child" scale, items 22 and 42 of the "Please (people)" scale, items 16 and 36 of the "Be strong" scale, items 39 and 119 of the "Be perfect" scale.

⁹ Item 59 (to be assigned only to the "Be perfect" scale), item 93, item 42, and item 36.

Bibliography

- Bastianelli, L., Centofanti, S. & Scilligo, P. (2004). La controingiunzione Spicciati e Stati dell'Io Sé. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 10(1), 37-48.
- Bastianelli, L., D'Aversa, C. & Scilligo, P. (2004). Le controingiunzioni come strategie protettive. *Psicologia, Psicoterapia e Salute*, Vol. 10(1), 21-27.
- Bastianelli, L., Bianchini, S., Di Luigi, M., Montixi, C., Sanseverino, R. & Scilligo, P. (2006). Le ingiunzioni "Non fidarsi protettivo" e "Non fidarsi difensivo, e gli Stati dell'Io Sé. *Psicologia, Psicoterapia e Salute*, 12(2), 201-227.
- Bastianelli, L. & Ceridono, D. (2013). Drivers and Self Ego States in Social Cognitive TA: a research on drivers as protective strategies. *International Journal of Transactional Analysis Research*, 4(1), 30-38.
- Bove, S., D'Aversa, C., Scilligo, P. & Carpineto, L. (2004). La controingiunzione Sii Forte e gli Stati dell'Io Sé. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 10(1), 75-84.
- Caizzi, C., Bove, S. & Scilligo, P. (2003). La controingiunzione Sii Perfetto e gli Stati dell'Io Sé. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 9(1), 85-94.
- Ceridono, D., Scilligo, P., Angelucci, I., Viale, D. & Pulvirenti, A. (2005). Le ingiunzioni "Non Esistere" e "Non Essere Te Stesso" e gli Stati dell'Io Sé. *Psicologia, Psicoterapia e Salute*, 11(3), 361-394.
- Ceridono, D., Scilligo, P., Caizzi, C., Liverano, A. & Fruttero L. (2008). Le ingiunzioni "Non Crescere" e "Non Essere Piccolo" e gli Stati dell'Io Sé. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 14(1), 51- 114.
- Crea, G. (2014). Predictive effect of injunctions on personality disorders in dysfunctional Catholic priests and religious sisters: a study using Millon's model and Transactional Analysis. *Mental Health Religion & Culture* 17(8), 832-846.
- D'Aversa, C., Caizzi, C. & Scilligo, P. (2004). La controingiunzione Dacci Dentro e gli Stati dell'Io Sé. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 10(1), 63-76.
- de Nitto, C., Messana, C., De Luca, M.L. & Rosa, V. (2008). Le ingiunzioni "Non Essere Intimo Fisicamente" e "Non Essere In-

- timo Psicologicamente” e gli Stati dell’Io Sé. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 14(1), 115-166.
- Fava, F. (2012). Relazioni interpersonali e schemi mentali: una ricerca sperimentale sull’ingiunzione “non essere intimo fisicamente”. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 17(1), 79-121.
- Focà, F., de Nitto, C., Fruttero, L., Tauriello, S. & Scilligo, P. (2005). Le ingiunzioni “non appartenere” e “non farcela” e gli Stati dell’Io Sé. *Psicologia, Psicoterapia e Salute*, Vol. 11(3), 341-360.
- Giacometto, R., Vasale, M., Focà, F., Scilligo, P., Tauriello, S. & Rosa, V. (2006). Le ingiunzioni “Non Pensare” e “Non Essere Sano” e gli Stati dell’Io Sé. *Psicologia, Psicoterapia e Salute*, 12(1), 31-53.
- Goulding, R.L & Goulding, M.M. (1983). *Il cambiamento di vita nella terapia ridecisionale*. Astrolabio (1979 edizione originale).
- Guglielmotti, F., D’Aversa, C., Scilligo, P. & Schietroma, S. (2004). La controingiunzione Compiaci e gli Stati dell’Io Sé. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 10(1), 49-60.
- Kahler, T. & Capers, H. (1974). The miniscript. *Transactional Analysis Journal*, 4(1), 26-42.
- Scilligo, P., D’Aversa, C. & Liverano, A. (1999). Il questionario ESPERO: la misurazione delle ingiunzioni e delle controingiunzioni. *Psicologia, Psicoterapia e Salute*, 5(2), 137-166.
- Scilligo, P. & Bastianelli, L. (1999). Le dimensioni fattoriali di secondo ordine delle ingiunzioni. *Psicologia, Psicoterapia e Salute*, 5(1), 1-10.
- Scilligo, P. (1999). Gli Stati dell’Io Sé e le dimensioni ingiuntive. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 5(3), 277-305.
- Vos, J. & van Rijn, B. (2021). A systematic review of psychometric transactional analysis instruments. *Transactional Analysis Journal*, 51(2), 127-159.

Uno studio preliminare verso l'Espero-II: nuova analisi degli item del questionario Espero sulle ingiunzioni e controingiunzioni

*Massimo Vasale¹ Elzbieta Baca², Lucio D'Alessandris³,
Francesca Focà⁴, Natalia L. Perotto⁵, Davide Ceridono⁶*

¹ Psicologo, psicoterapeuta, CTA, docente della Scuola Superiore di Specializzazione in Psicologia Clinica dell'Università Pontificia Salesiana di Roma, membro del Laboratorio di Ricerca sul Sé e sull'Identità (LaRSI) dell'Istituto di Formazione e Ricerca sui Processi Intrapсихici e Relazionali (IRPIR). E-mail: massimo.vasale@libero.it

² Psicologa, psicoterapeuta, P-TSTA, Docente della Scuola Superiore di Specializzazione in Psicologia Clinica dell'Università Pontificia Salesiana di Roma, membro del Laboratorio di Ricerca sul Sé e sull'Identità (LaRSI) dell'Istituto di Formazione e Ricerca sui Processi Intrapсихici e Relazionali (IRPIR). E-mail: elabaca75@gmail.com.

³ Psicologo, psicoterapeuta, CTA, docente della Scuola di Specializzazione I.F.R.E.P. di Roma e della SSPT-SAPA di Latina, membro del Laboratorio di Ricerca sul Sé e sull'Identità (LaRSI) dell'Istituto di Formazione e Ricerca sui Processi Intrapсихici e Relazionali (IRPIR).

E-mail: luciodalessandris@gmail.com

⁴ Psicologa psicoterapeuta, CTA, svolge attività clinica e di ricerca. Si occupa in particolar modo di Disturbi dell'Alimentazione, obesità e aspetti psicologici del trattamento chirurgico dell'obesità.

⁵ Psicologa, psicoterapeuta, lavora come libero professionista e collabora con il Centro per la Ricerca in Psicoterapia. Cura il sito: nataliaperotto.it e la pagina FB: Parliamo di emozioni, relazioni e salute mentale.

E-mail: perotto.natalia@gmail.com

⁶ Psicologo, psicoterapeuta, CTA Trainer, docente della SSPC-IFREP, della SSSPC-UPS di Roma e della SSPT-SAPA di Latina, direttore del Laboratorio di Ricerca sul Sé e sull'Identità (LaRSI) dell'Istituto di Formazione e Ricerca sui Processi Intrapсихici e Relazionali (IRPIR).

A preliminary study for Espero-II: a new items analysis of the Espero questionnaire on the injunctions and counterinjunctions.

Abstract

L'articolo riporta i risultati ottenuti dall'analisi degli item dell'Espero, effettuata su un campione di soggetti più numeroso ed eterogeneo rispetto a quello utilizzato nello studio di validazione del questionario (Scilligo et al., 1999). La ricerca è stata condotta all'interno del progetto "Espero II" che ha l'obiettivo di revisionare la validità e l'attendibilità del questionario Espero attraverso un nuovo campione normativo in vista della creazione di una versione rivista di tale strumento.

L'analisi degli item ha evidenziato che 13 item su 120 (11%) presentano correlazioni basse con la scala di appartenenza. Le indicazioni che si possono trarre da questa prima analisi del questionario suggeriscono la revisione di alcune scale: tra quelle che rilevano le ingiunzioni, la scala Non e la scala Non Essere Piccolo, in linea con quanto emergeva già dall'analisi effettuata da Scilligo e colleghi nel 1999; tra quelle che rilevano le controingiunzioni, la scala Compiacimi e Sii forte.

Ulteriori dati per una revisione degli item del test potrebbero derivare dall'analisi fattoriale che è in corso e che sarà oggetto di una prossima pubblicazione.

Parole chiave:

Espero, ingiunzioni, controingiunzioni, analisi degli item.

Introduzione

In Analisi Transazionale (AT), ingiunzioni e controingiunzioni sono due costrutti di base in quanto parte centrale del copione di vita. Diversi autori si sono occupati di questi costrutti e ne hanno fornito varie definizioni.

Le ingiunzioni, secondo i Goulding (1983), sono messaggi di copione restrittivi di natura non verbale, inviati dal Bambino dei genitori e accettati dal Bambino del bambino.

Focà et al. (2005) tracciano un collegamento tra i concetti derivanti dalla teoria dell'attaccamento e il costrutto dell'ingiunzione in AT: a livello comportamentale, obbedire all'ingiunzione significa mettere in atto operazioni che ampliano la probabilità di mantenere la relazione con la figura di attaccamento interiorizzata; a livello cognitivo, si formeranno memorie dichiarative collegate, evidenti nell'auto-

descrizione che le persone producono comunicando con sé stesse e con gli altri.

Le controingiunzioni, secondo i Goulding (1983), sono “*messaggi provenienti dallo stato dell’Io Genitore dei genitori che, se vengono creduti, possono impedire la crescita e la flessibilità*” (p. 45). Bastianelli, D’Aversa e Scilligo (2004) sostengono che le controingiunzioni sono strategie normative di natura protettiva, generate dalla persona che ha volontà ed è soggetto attivo nel creare significato e direzione nella propria realtà di vita.

Scilligo e colleghi, nel 1999, hanno costruito il questionario ESPERO per misurare le ingiunzioni e le controingiunzioni, adottando le categorie proposte dai Goulding (1983) per le ingiunzioni e quelle delle cinque spinte proposte da Kahler (1974) per le controingiunzioni.

Il questionario è costituito da 120 item, che sono autodescrizioni di come la persona si comporta o di come percepisce le situazioni in cui si trova o si è trovata. Il soggetto valuta ogni item su una scala Likert a quattro alternative indicate con 1 (senza dubbio falso), 2 (un po’ falso), 3 (abbastanza vero), 4 (molto vero). Gli item compongono 20 scale (15 relative alle ingiunzioni e 5 alle controingiunzioni). Le scale delle ingiunzioni comprendono 12 ingiunzioni descritte dai Goulding (1983): *Non Appartenere, Non Crescere, Non Esistere, Non Farcela, Non essere Importante, Non, Non essere Sano di Mente, Non Pensare, Non Sentire, Non essere Te Stesso (del sesso che sei), Non essere Piccolo, Non essere Intimo*, che Scilligo ha distinto in *Non essere Intimo Fisicamente* e *Non essere Intimo Psicologicamente*; a queste, Scilligo ha aggiunto *Non Fidarti Protettivo* e *Non Fidarti Difensivo*. Le scale delle controingiunzioni sono: *Compiacimi, Sbrigati, Sii Forte, Dacci Dentro* e *Sii Perfetto*. Tutte le scale sono composte da 6 item, tranne la scala *Non* che è composta di 9 item, 6 specifici e 3 che sono ciascuno in comune con un’altra scala.

La validazione del questionario è stata effettuata su un campione di 210 soggetti di età compresa tra i 20 ed i 30 anni, 97 uomini e 113 donne (Scilligo et al., 1999) e, successivamente, è stata effettuata un’analisi fattoriale sul test (Scilligo & Bastianelli, 1999), che ha portato all’individuazione delle dimensioni fattoriali di secondo ordine delle ingiunzioni (Esistenza, Relazione e Creatività). L’Espero è

uno degli strumenti psicometrici più frequentemente utilizzati nella pratica dell'AT nel corso degli anni e in una recente revisione sistematica che ha valutato la qualità psicometrica degli strumenti sviluppati in Analisi Transazionale (Vos & van Rijn, 2021), è stata evidenziata la sua buona interpretabilità, struttura fattoriale e validità di contenuto e di criterio, sulla base di studi effettuati su più popolazioni. Consentendo di operazionalizzare alcuni dei costrutti centrali del copione, l'Espero ha stimolato, infine, varie ricerche empiriche (Bastianelli & Ceridono, 2013; Crea, 2014): è stato utilizzato, ad esempio, in numerosi studi (Caizzi et al., 2003; Bastianelli et al., 2004; Bove et al., 2004; D'Aversa et al., 2004; de Nitto et al., 2008; Guglielmotti et al., 2004; Ceridono et al., 2005; Bastianelli et al., 2006; Giacometto et al., 2006; Ceridono et al., 2008; Fava, 2012; Scilligo, 1999) che hanno esplorato la relazione tra ingiunzioni, controingiunzioni e profili degli Stati dell'Io Sé, evidenziando una relazione significativa tra Stati dell'Io Sé Ribelli e Critici, livelli ingiuntivi elevati e livelli controingiuntivi eccessivamente alti o bassi.

L'articolo si propone di descrivere i risultati ottenuti dall'analisi degli item dell'Espero, effettuata su un campione di soggetti più numeroso ed eterogeneo rispetto a quello utilizzato nello studio di validazione del Questionario (Scilligo et al., 1999). La ricerca è stata condotta all'interno del progetto "Espero II" che ha l'obiettivo di revisionare la validità e l'attendibilità del questionario Espero attraverso un nuovo campione normativo in vista della creazione di una versione rivista di tale strumento⁷.

Metodi e strumenti

Campione

Il campione utilizzato è di 970 soggetti (391 maschi e 579 femmine), di età compresa tra i 18 ed i 70 anni, reclutati all'interno di due diversi bacini: gli utenti dei Centri Clinici afferenti alle Scuole di specializzazione dell'I.F.R.E.P. presenti sul territorio italiano (Roma, Venezia e Cagliari) (N=340) e soggetti (N=630), studenti e lavoratori, non in carico presso i Centri Clinici.

⁷ La ricerca ha ricevuto un finanziamento dalla Società Italiana di Analisi Transazionale (SIAT).

La partecipazione allo studio è stata volontaria e tutti i soggetti hanno dato il loro consenso informato scritto a partecipare alla ricerca.

Analisi dei dati e discussione

Analisi degli item

L’analisi degli item è stata fatta sul campione totale (N=970), calcolando gli indici di fedeltà per ogni scala (*alfa* di Cronbach) e la correlazione di ogni item con il totale della scala di appartenenza (*Corr. Tot.*).

Nello specifico, per ogni scala sono riportate le seguenti informazioni: il numero dell’item nel questionario (la scritta “Inv” dopo il numero dell’item indica che, per il computo del valore grezzo totale della scala, il punteggio deve essere invertito), il contenuto dell’item, la correlazione dell’item con il totale della scala (*Corr. Tot*), l’*Alfa se* (ovvero l’*alfa* di Cronbach calcolato senza l’item) e, in calce alla tabella, media, deviazione standard della scala e coefficiente *alfa* di Cronbach, come indice di fedeltà della scala.

Nessun item è riportato in più di una scala, fatta eccezione per la scala *Non*, come sopra accennato, che contiene item che si trovano anche in altre scale (nello specifico, condivide l’item 59 con la scala *Sii Perfetto*, l’item 104 con la scala *Dacci Dentro* e l’item 49 con la scala *Non Fidarsi Difensivo*).

In generale, i valori dell’*alfa* di Cronbach vanno da .62 (*Non essere Piccolo*) a .89 (*Non essere intimo fisicamente*). Seguendo la convenzione statistica per cui una scala con un *alfa* di Cronbach intorno a .70 indica una buona fedeltà, tutte le scale mostrano un indice di fedeltà adeguato.

La scala che risulta più eterogenea è *Non essere Piccolo*, mentre *Non essere Intimo Fisicamente* risulta quella più omogenea.

Di seguito, presentiamo l’analisi degli item con i valori ottenuti in ciascuna delle 20 scale del questionario.

NON APPARTENERE

<i>Item</i>		<i>Corr. Tot</i>	<i>Alfa se</i>
1	Talora le persone si fanno avanti e io	0,38	0,76

	vengo lasciato da parte.		
21	Mi sento solo e spaesato.	0,62	0,70
41	Sono di peso agli altri.	0,57	0,72
61	Quelli che mi amano se ne vanno sempre.	0,46	0,74
81	Gli altri hanno un posto dove si sentono a casa propria, io no.	0,48	0,74
101	Credo che gli altri non mi accettino.	0,59	0,71

Media della scala: 9.30 Dev. Stand.: 3.20 Alfa di Cronbach: .76

Le correlazioni item-totale vanno da .38 a .62, ovvero gli item della scala *Non Appartenere* hanno tutti correlazioni superiori a .30. Seguendo la convenzione statistica per cui un item è valido quando ha una correlazione con il punteggio totale della scala $>.30$, tale dato indica una buona validità degli item della Scala. Nessun item, se eliminato (*Alfa se*), si è dimostrato in grado di aumentare il valore del coefficiente *alfa* di Cronbach (.76).

Rispetto all'analisi effettuata da Scilligo, D'Aversa e Liverano (1999) non si rilevano differenze importanti negli indici.

NON CRESCERE

<i>Item</i>		<i>Corr. Tot</i>	<i>Alfa se</i>
3	Sono fortunati gli adulti ai quali la mamma rimbecca ancora le coperte.	0,30	0,68
23	Tante volte vorrei essere nuovamente piccolo.	0,47	0,62
43	Mi piacerebbe essere chiamato "mio bambino" o "mia bambina".	0,41	0,64
63	Mi piacerebbe abitare dentro una	0,40	0,65

	stanzetta piccola e morbida.		
83	Sarebbe bello rimanere sempre all’età di dieci anni.	0,54	0,61
103	Gli altri dovrebbero prendersi cura di me.	0,37	0,66

Media della scala: 9.71 Dev. Stand.: 3.18 Alfa di Cronbach: .68

Gli item della scala *Non Crescere* hanno correlazioni che vanno da .37 a .54, eccetto l’item 3 (“*Sono fortunati gli adulti ai quali la mamma rimbecca ancora le coperte*”) che ha un punteggio al limite (Corr. Tot.=.30). Nessun item, se eliminato (*Alfa se*), si è dimostrato in grado di aumentare il valore del coefficiente *alfa* di Cronbach (.68).

Rispetto all’analisi effettuata nel 1999 da Scilligo, D’Aversa e Liverano non si rilevano differenze significative, escluso il valore della correlazione tra l’item 3 e il punteggio totale della scala che passa da .49 a .30.

NON ESISTERE

<i>Item</i>		<i>Corr. Tot</i>	<i>Alfa se</i>
5	Sarebbe stato meglio per me non nascere.	0,65	0,79
25	Alle volte la vita sembra così dura che sarebbe meglio morire.	0,62	0,80
45	Sarebbe meglio che la vita fosse molto breve.	0,60	0,80
65	La gente si accorgerà quanto valgo solo dopo che sarò scomparso.	0,47	0,83
85	Credo che la vita non abbia nessun senso.	0,60	0,80

105	Non so cosa ci sto a fare in questo mondo.	0,71	0,77
------------	--	------	------

Media della scala: 8.03 Dev. Stand.: 3.09 Alfa di Cronbach: .83

Gli item della scala *Non Esistere* ottengono correlazioni che vanno da .47 a .71, ampiamente sopra il limite accettabile per convenzione. Nessun item, se eliminato, si è dimostrato in grado di aumentare il valore del coefficiente *alfa* di Cronbach (.83).

Rispetto all'analisi effettuata nel 1999 è interessante rilevare un aumento generale delle correlazioni item-scala e dell'indice di fedeltà della scala (α di Cronbach).

NON FIDARSI PROTETTIVO

<i>Item</i>		<i>Corr. Tot</i>	<i>Alfa se</i>
6	Per me vale il detto "fidarsi è bene, non fidarsi è meglio".	0,62	0,82
26 Inv	Di solito ci si può fidare degli altri.	0,59	0,83
46	È pericoloso confidarsi con le persone.	0,65	0,81
66	Non mi fido degli altri.	0,68	0,81
86	È pericoloso fidarsi.	0,73	0,80
106 Inv	È facile trovare persone di cui ci si può fidare.	0,49	0,84

Media della scala: 13.05 Dev. Stand.: 3.75 Alfa di Cronbach: .84

Gli item della scala *Non Fidarsi Protettivo* ottengono correlazioni che vanno da .49 a .73, ampiamente sopra il limite accettabile per convenzione. Nessun item, se eliminato, si è dimostrato in grado di aumentare il valore del coefficiente *alfa* di Cronbach (.84).

Rispetto all’analisi effettuata da Scilligo, D’Aversa e Liverano (1999) non si rilevano differenze significative.

NON FIDARSI DIFENSIVO

<i>Item</i>		<i>Corr. Tot</i>	<i>Alfa se</i>
9	La gente è sempre pronta ad ingannare.	0,50	0,75
29	Le persone nascondono pensieri importanti che mi riguardano.	0,52	0,75
49	È inutile spiegarsi e chiedere, tanto non si sa mai cosa la gente pensa di te.	0,57	0,74
69	Le persone non mi dicono sinceramente quello che pensano di me.	0,63	0,72
89	Credo che la gente sia contro di me.	0,53	0,75
109	Difficilmente si sa cosa la gente pensa di te.	0,46	0,77

Media della scala: 10.71 Dev. Stand.: 3.22 Alfa di Cronbach: .78

Gli item della scala *Non Fidarsi Difensivo* hanno correlazioni che vanno da .46 a .63, sopra il limite accettabile per convenzione. Nessun item, se eliminato, si è dimostrato in grado di aumentare il valore del coefficiente *alfa* di Cronbach (.78).

Rispetto all’analisi effettuata da Scilligo e colleghi (1999) non si rilevano differenze significative.

NON FARCELA

<i>Item</i>		<i>Corr. Tot</i>	<i>Alfa se</i>
7	Imparo con fatica.	0,48	0,61
27	Trovo difficile finire quello che comincio.	0,46	0,61

47 Inv	So fare bene i lavori che faccio.	0,28	0,67
67	La protezione degli altri è essenziale per me.	0,27	0,69
87	Rinuncio a molte attività perché ritengo di non riuscire a farle.	0,54	0,58
107	Quando ci sono novità mi sento venir meno.	0,42	0,63

Media della scala: 10.89 Dev. Stand.: 2.98 Alfa di Cronbach: .68

Due item della scala *Non Farcela* ottengono correlazioni insoddisfacenti (item 47: Corr. Tot=.28; item 67: Corr. Tot=.27). Anche nell'analisi effettuata nel 1999 da Scilligo e colleghi, l'item 47 otteneva una correlazione bassa ($r = .25$). Eliminando l'item 67, l'*alfa* di Cronbach aumenta di poco, passando da .68 a .69.

NON ESSERE IMPORTANTE

<i>Item</i>		<i>Corr. Tot</i>	<i>Alfa se</i>
8	Non posso ottenere quello che desidero.	0,47	0,74
28	Non chiedo quello che desidero.	0,41	0,76
48	Preferisco stare zitto piuttosto che prendere posizione.	0,42	0,75
68	Sono meno importante degli altri.	0,59	0,71
88	Credo che quello che faccio io non valga molto.	0,65	0,69
108	Preferisco che altri decidano per me.	0,55	0,72

Media della scala: 10.85 Dev. Stand.: 3.44 Alfa di Cronbach: .77

Gli item della scala *Non essere Importante* ottengono correlazioni che vanno da .41 a .65, decisamente sopra il limite accettabile per convenzione. Nessun item, se eliminato (*Alfa se*), si è dimostrato in grado di aumentare il valore del coefficiente *alfa* di Cronbach (.77). Rispetto all’analisi effettuata nel 1999, non si rilevano differenze significative.

NON ESSERE INTIMO FISICAMENTE

<i>Item</i>		<i>Corr. Tot</i>	<i>Alfa se</i>
10	Provo disagio se le persone mi toccano.	0,71	0,87
30	Se qualcuno mi sta vicino mi irrigidisco.	0,64	0,88
50	Quando le persone mi vengono molto vicino ho voglia di scappare.	0,62	0,88
70	Sento disagio se mi toccano o se tocco qualcuno.	0,78	0,85
90	Mi irrigidisco se qualcuno mi tocca.	0,79	0,85
110	Evito di trovarmi vicino a contatto con un’altra persona.	0,69	0,87

Media della scala: 8.95 Dev. Stand.: 3.58 Alfa di Cronbach: .89

Gli item della scala *Non essere Intimo Fisicamente* hanno correlazioni che vanno da .62 a .79, ampiamente sopra il limite accettabile per convenzione. Nessun item, se eliminato, si è dimostrato in grado di aumentare il valore del coefficiente *alfa* di Cronbach (.89). Rispetto all’analisi effettuata nel 1999 non si rilevano differenze significative.

NON ESSERE INTIMO PSICOLOGICAMENTE

<i>Item</i>		<i>Corr. Tot</i>	<i>Alfa se</i>
14	Nascondo i miei sentimenti.	0,50	0,68
34	Le cose personali non si confidano a nessuno.	0,49	0,69
54	Mi trattengo dall'esprimere l'affetto che sento.	0,49	0,69
74 Inv	Mi piace confidarmi con qualcuno.	0,47	0,69
94 Inv	Trovo occasioni per confidarmi con qualcuno.	0,46	0,69
114	Chi si confida con gli altri è incauto.	0,39	0,71

Media della scala: 11.10 Dev. Stand.: 3.21 Alfa di Cronbach: .73

Gli item della scala *Non essere Intimo Psicologicamente* hanno correlazioni che vanno da .39 a .50, sopra il limite accettabile per convenzione. Nessun item, se eliminato, si è dimostrato in grado di aumentare il valore del coefficiente *alfa* di Cronbach (.73).

Anche rispetto a questa ingiunzione, confrontando i dati con quelli dell'analisi effettuata nel 1999, non si rilevano differenze significative.

NON

<i>Item</i>		<i>Corr. Tot</i>	<i>Alfa se</i>
11	Non bisogna infastidire chi ti vuole bene.	0,34	0,61
31	Non si scrive mai sui muri.	0,26	0,64
51	Non si fanno proposte agli sconosciuti.	0,31	0,62

49	È inutile spiegarsi e chiedere, tanto non si sa mai cosa la gente pensa di te.	0,39	0,60
59	Una delle mie qualità è quella di essere preciso.	0,11	0,66
71	Le cose belle non si toccano.	0,37	0,61
91	Anche da grandi non si disubbidisce ai genitori.	0,41	0,60
104	Non si deve mai lasciare una cosa a metà.	0,41	0,60
111	È meglio stringere i denti e sentire poco.	0,36	0,61

Media della scala: 20.62 Dev. Stand.: 4.10 Alfa di Cronbach: .64

Due item della scala *Non* ottengono correlazioni basse (item 31: Corr. Tot.=.26; item 59: Corr. Tot.=.11). Togliendo l’item 59, l’*Alfa* si alza, anche se di poco (passando da .64 a .66).

Nell’analisi effettuata nel 1999, erano ben 7 su 9 (11, 31, 51, 59, 71, 91, 111) gli item che ottenevano correlazioni basse (da .17 a .28).

NON ESSERE SANO DI MENTE

<i>Ite m</i>		<i>Corr. Tot</i>	<i>Alfa se</i>
12	Quando sento dire scherzosamente “sei pazzo” ho una reazione di paura.	0,44	0,73
32	Mi preoccupa che io possa ammalarmi.	0,44	0,74
52	Qualche volta ho paura di impazzire.	0,61	0,68
72	Alcune preoccupazioni mi fanno quasi impazzire.	0,59	0,69

92	Spesso parlo di malattie e malesseri.	0,53	0,71
112	Talora mi sembra di vedere cose che poi sono solo fantasie.	0,37	0,75

Media della scala: 10.10 Dev. Stand.: 3.46 Alfa di Cronbach: .75

Gli item della scala *Non essere Sano di Mente* hanno correlazioni che vanno da .37 a .61, ben sopra il limite accettabile per convenzione. Nessun item, se eliminato, si è dimostrato in grado di aumentare il valore del coefficiente *alfa* di Cronbach (.75).

Rispetto all'analisi effettuata nel 1999, non si rilevano differenze significative

NON PENSARE

<i>Item</i>		<i>Corr. Tot</i>	<i>Alfa se</i>
15	Alle volte ho l'impressione di non essere capace di pensare.	0,69	0,85
35	Mi confondo.	0,59	0,87
55 Inv	So pensare con chiarezza.	0,58	0,87
75	Spesso è come se non riuscissi a pensare.	0,74	0,84
95	Molte volte mi dico che non so pensare.	0,73	0,84
115	Non riesco a mettere insieme i miei pensieri.	0,73	0,84

Media della scala: 9.89 Dev. Stand.: 3.46 Alfa di Cronbach: .75

Gli item della scala *Non Pensare* hanno correlazioni che vanno da .58 a .74, ampiamente sopra il limite accettabile per convenzione.

L’*alfa* aumenta in tutti i casi in cui si elimina dal calcolo un item per volta, arrivando da .75 a .87. Verosimilmente questo indica che ogni item contribuisce ad una buona eterogeneità della scala (dato che, togliendolo, la scala diventerebbe più omogenea).

Rispetto all’analisi effettuata nel 1999 non si rilevano differenze significative.

NON SENTIRE

<i>Item</i>		<i>Corr. Tot</i>	<i>Alfa se</i>
17 Inv	Sento molte emozioni e sentimenti.	0,49	0,66
37	Mi riesce difficile sentire fino in fondo le mie emozioni.	0,33	0,71
57 Inv	Se mi rilasso completamente sento molte emozioni.	0,49	0,66
77 Inv	Quando mi rilasso sento fluire in me molte emozioni.	0,52	0,64
97	Alcune volte penso di essere incapace a provare emozioni.	0,45	0,67
117 Inv	Mi lascio trasportare dalle emozioni.	0,41	0,68

Media della scala: 11.35 Dev. Stand.: 3.27 Alfa di Cronbach: .72

Gli item della scala *Non Sentire* hanno correlazioni che vanno da .33 a .52, sopra il limite accettabile per convenzione. Nessun item, se eliminato, si è dimostrato in grado di aumentare il valore del coefficiente *alfa* di Cronbach (.72).

È interessante osservare che, rispetto all’analisi effettuata nel 1999, migliorano le correlazioni dell’item 17 (che passa da .19 a .49), dell’item 37 (che passa da .06 a .33) e dell’item 97 (che passa da .17 a .45), che risultavano non buone.

NON ESSERE TE STESSO (DEL SESSO CHE SEI)

<i>Item</i>		<i>Corr. Tot</i>	<i>Alfa se</i>
20	Forse sono nato del sesso sbagliato.	0,69	0,81
40	Non amo essere del sesso che sono.	0,68	0,82
60	A volte vorrei essere nel corpo di una persona di sesso diverso dal mio.	0,54	0,85
80	Spesso ho voglia di essere diverso sessualmente da come sono.	0,59	0,83
100	Tutto sommato per me sarebbe meglio non essere del sesso che sono.	0,69	0,82
120	Se avessi potuto scegliere sarei nato di sesso diverso dal mio.	0,72	0,81

Media della scala: 7.15 Dev. Stand.: 2.54 Alfa di Cronbach: .85

Gli item della scala *Non essere Te Stesso* hanno correlazioni che vanno da .54 a .72, ampiamente sopra il limite accettabile per convenzione. Nessun item, se eliminato, si è dimostrato in grado di aumentare il valore del coefficiente *alfa* di Cronbach (.85).

Rispetto all'analisi effettuata nel 1999, non si rilevano differenze significative.

NON ESSERE PICCOLO

<i>Item</i>		<i>Corr. Tot</i>	<i>Alfa se</i>
13 Inv	Mi piace giocare con i bambini come se fossi uno di loro.	0,47	0,53
33 Inv	Mi divertirebbe l'attività di costruire una tenda o una capanna come fanno i bambini.	0,42	0,55

53 Inv	Quando ho tempo mi piace rivedere o immaginare i posti dove giocavo da piccolo.	0,30	0,60
73 Inv	Non mi dispiacerebbe rilassarmi almeno in fantasia, correndo per i prati e facendo capriole.	0,36	0,58
93	Non mi piacciono i comportamenti che rassomigliano a quelli dei bambini.	0,23	0,63
113	È ridicolo che gli adulti giochino come giocavano da piccoli.	0,35	0,58

Media della scala: 13.54 Dev. Stand.: 3.50 Alfa di Cronbach: .62

La versione di questa scala (*Non essere Piccolo*) differisce da quella originaria dello studio di Scilligo e colleghi (1999). Infatti, Scilligo, a seguito dei limiti psicometrici rilevati in tale studio, aveva sostituito gli item 33, 53, 73 e 93 con quelli qui riportati in tabella (P. Scilligo, comunicazione personale, gennaio 2000).

Nella versione del presente studio l’*alfa* di Cronbach è .62, mentre nella versione del 1999 era .52. Due item dell’attuale scala *Non essere Piccolo* ottengono correlazioni basse (item 53: Corr. Tot.=.30; item 93; Corr. Tot.=.23). Togliendo l’item 93, l’*alfa* di Cronbach si alza leggermente (passando da .62 a .63). I due item della versione del 1999 che sono stati mantenuti nella presente versione (13, 113) hanno entrambi correlazioni buone (.47, .35). Nell’analisi effettuata nel 1999 da Scilligo e colleghi 4 item su 6 (13, 53, 73, 93) ottenevano correlazioni basse (da .20 a .30).

COMPIACIMI

<i>Item</i>		<i>Corr. Tot</i>	<i>Alfa se</i>
2 Inv	Posso fare bene le cose anche senza l’approvazione degli altri.	0,35	0,59

22 Inv	Mi è indifferente sapere dagli altri se faccio bene o no.	0,29	0,61
42 Inv	Non importa se i miei vestiti sono fuori moda, basta che mi piacciono.	0,22	0,65
62	Per non apparire diverso seguo fedelmente quello che dicono gli altri.	0,50	0,55
82	Faccio bene un lavoro più per guadagnarmi l'approvazione che per il gusto del lavoro stesso.	0,35	0,59
102	Prima di fare una cosa mi preoccupo di cosa la gente penserà di me.	0,52	0,52

Media della scala: 12.43 Dev. Stand.: 2.93 Alfa di Cronbach: .63

Due item della scala *Compiacimi* ottengono correlazioni basse (item 22: Corr. Tot.=.29; item 42: Corr. Tot.=.22). Togliendo l'item 42, l'*alfa* di Cronbach si alza di poco (da .63 a .65).

Anche nell'analisi effettuata nel 1999, uno dei due item sopra riportati (item 42) otteneva una correlazione al limite (.30).

SBRIGATI

<i>Item</i>		<i>Corr. Tot</i>	<i>Alfa se</i>
18	Sento disagio quando faccio le cose adagio.	0,38	0,70
38 Inv	Nel fare le cose per me è vero che "chi va piano va sano e va lontano".	0,33	0,71
58	Di solito faccio le cose in fretta e subito.	0,48	0,67
78 Inv	Mangio adagio e con calma.	0,33	0,72

98 Inv	Quando lavoro procedo senza fretta e con calma.	0,56	0,65
118 Inv	Faccio le cose adagio e con calma.	0,67	0,61

Media della scala: 14.86 Dev. Stand.: 3.35 Alfa di Cronbach: .72

Gli item della scala *Sbrigati* hanno correlazioni che vanno da .33 a .67, sopra il limite accettabile per convenzione. Nessun item, se eliminato, si è dimostrato in grado di aumentare il valore del coefficiente *alfa* di Cronbach (.72).

Rispetto all’analisi effettuata nel 1999 non si rilevano differenze significative.

SII FORTE

<i>Item</i>		<i>Corr. Tot</i>	<i>Alfa se</i>
16	È meglio inghiottire le lacrime piuttosto che lasciarle uscire.	0,28	0,64
36 Inv	Bisogna saper lasciarsi andare ed essere dolci.	0,16	0,67
56 Inv	Nei momenti difficili mi lascio commuovere.	0,55	0,54
76 Inv	Talora piango se incontro difficoltà o fastidi.	0,48	0,56
96 Inv	Nei momenti delicati bisogna anche saper piangere.	0,45	0,58
116	Nelle situazioni delicate e dolorose rimango composto e forte.	0,37	0,61

Media della scala: 11.99 Dev. Stand.: 3.12 Alfa di Cronbach: .65

Due item della scala *Sii Forte* ottengono correlazioni basse (item 16: Corr. Tot.=.28; item 36: Corr. Tot.=.16). Togliendo quest'ultimo, l'*alfa* di Cronbach si alza di poco (passando da .65 a .67).

Anche nell'analisi effettuata nel 1999, l'item 36 otteneva una correlazione bassa (.24).

DACCI DENTRO

<i>Item</i>		<i>Corr. Tot</i>	<i>Alfa se</i>
4	Quando lavoro finisco quello che sto facendo anche se si fa tardi.	0,58	0,68
24	Quando incontro un punto difficile nel lavoro raddoppio gli sforzi.	0,42	0,73
44 Inv	Se mi stanco metto da parte il lavoro anche se non è finito.	0,46	0,72
64	Se inizio un lavoro lo porto a termine anche fuori orario.	0,65	0,66
84	Quando incomincio un'attività non c'è nulla che mi possa distrarre.	0,45	0,72
104	Non si deve mai lasciare una cosa a metà.	0,37	0,74

Media della scala: 16.65 Dev. Stand.: 3.28 Alfa di Cronbach: .75

Gli item della scala *Dacci Dentro* hanno correlazioni che vanno da .37 a .65, ben al di sopra il limite accettabile per convenzione. Nessun item, se eliminato, si è dimostrato in grado di aumentare il valore del coefficiente *alfa* di Cronbach (.75).

Rispetto all'analisi effettuata nel 1999 non si rilevano differenze significative.

SII PERFETTO

<i>Ite m</i>		<i>Corr. Tot</i>	<i>Alfa se</i>
19	Le cose o si fanno bene o non si fanno.	0,34	0,62
39 Inv	Sto bene in una stanza in disordine.	0,28	0,65
59	Una delle mie qualità è quella di essere preciso.	0,56	0,54
79 Inv	Preferisco fare le cose alla buona piuttosto che in modo preciso.	0,45	0,58
99 Inv	Faccio le cose senza preoccuparmi dei dettagli.	0,44	0,59
119	Quando esco ci tengo che i miei vestiti siano perfettamente a posto.	0,26	0,65

Media della scala: 17.82 Dev. Stand.: 3.06 Alfa di Cronbach: .65

Infine, due item della scala *Sii Perfetto* ottengono correlazioni basse (item 39: Corr. Tot.=.28; item 119: Corr. Tot.=.26); tuttavia nessun item, se eliminato, si è dimostrato in grado di aumentare il valore del coefficiente *alfa* di Cronbach (.65).

Rispetto all’analisi effettuata nel 1999 non si rilevano differenze significative.

Conclusioni

In generale, l’analisi della coerenza interna del test ha dato buoni risultati e confermato le buone proprietà psicometriche emerse nello studio di Scilligo e colleghi (1999): i valori dell’*alfa* di Cronbach vanno da .62 (*Non essere piccolo*) a .89 (*Non essere intimo fisicamente*). Seguendo la convenzione statistica per cui una scala con un *alfa* di Cronbach intorno a .70 indica una buona fedeltà, tutte le scale mostrano un indice di fedeltà adeguato.

La scala che risulta più eterogenea è *Non essere Piccolo*, mentre *Non essere Intimo Fisicamente* risulta quella più omogenea.

Dall'analisi degli item suddivisi per scala emerge che, nel complesso, 13 scale su 20 (*Non Appartenere*; *Non Esistere*; *Non Fidarti Protettivo*; *Non Fidarti Difensivo*; *Non essere Importante*; *Non essere Intimo Fisicamente*; *Non essere Intimo Psicologicamente*; *Non essere Sano di Mente*; *Non Pensare*; *Non Sentire*; *Non essere Te Stesso*; *Sbrigati*; *Dacci dentro*) mostrano di essere formate da item con buone proprietà psicometriche, ovvero che ottengono correlazioni item-totale della scala superiori a .30. In tali scale nessun item, se eliminato, aumenta il valore dell'indice di fedeltà della scala (*alfa* di Cronbach).

L'analisi degli item di queste 13 scale non presenta particolari differenze rispetto a quella effettuata da Scilligo, D'Aversa e Liverano nel 1999, se si esclude un aumento generale delle correlazioni item-scala e del valore *alfa* per la scala *Non Esistere* ed il miglioramento delle correlazioni di tre item (17, 37, 97) della scala *Non Sentire* che, tra l'altro, risultavano avere correlazioni non buone nel 1999.

In sostanza, per queste 13 scale non vediamo la necessità di apportare miglioramenti, né modifiche sostanziali.

Alcune scale, invece, presentano un item (*Non Crescere*) o due item (*Non Farcela*, *Non*, *Non essere Piccolo*, *Compiacimi*, *Sii Forte*, *Sii Perfetto*) con correlazioni basse.

Nel caso dell'ingiunzione *Non Crescere*, l'item 3 (“*Sono fortunati gli adulti ai quali la mamma rimbocca ancora le coperte*”) ottiene un punteggio al limite (Corr. Tot.=.30), ma pur eliminando tale item, il valore del coefficiente *alfa* di Cronbach resterebbe identico, per cui, in un'ottica conservativa, avrebbe poco senso alterare la scala cercando di modificare tale item (ci sembra utile ricordare che, nell'analisi effettuata nel 1999 da Scilligo, D'Aversa e Liverano, la *r* tot per l'item 3 era ampiamente superiore (.49) al limite accettato come convenzionale).

Un discorso simile si applica ai due item della scala *Non Farcela* (l'item 47: “*So fare bene i lavori che faccio*” e l'item 67: “*La protezione degli altri è essenziale per me*”) che, non avendo buone correlazioni con il totale della scala, potrebbero essere soggetti ad un cambiamento: in questo caso, solo eliminando l'item 67, l'*alfa* di

Cronbach aumenterebbe di poco (da .68 a .69), non migliorando però in maniera consistente la coerenza della scala che, peraltro, appare buona. Anche Scilligo e colleghi (1999) avevano ottenuto una bassa correlazione per l’item 47.

La scala *Non*, l’unica che contiene nove item, era emersa come problematica nel 1999, dato che ben sette dei suoi item (11, 31, 51, 59, 71, 91, 111) avevano ottenuto correlazioni basse. Nel nostro campione sono solo due gli item che ottengono correlazioni basse (l’item 31 “*Non si scrive mai sui muri*” e l’item 59 “*Una delle mie qualità è quella di essere preciso*”, in comune con la scala *Sii Perfetto*). Dato che, togliendo l’item 59, l’*alfa* di Cronbach si alza, anche se di poco (passando da .64 a .66), tale item potrebbe essere tolto dal computo della scala (lasciandolo nella scala *Sii Perfetto*, dove riporta una buona correlazione item-totale e con la quale ha un legame di contenuto più evidente).

Per quanto riguarda la scala *Non essere Piccolo* Scilligo e colleghi (1999) avevano trovato correlazioni basse in quattro item su sei (13, 53, 73, 93). Scilligo (comunicazione personale) aveva riformulato 4 item di questa scala per renderla più coerente, considerato che il coefficiente *alfa* di Cronbach risultava abbastanza basso (.52).

Nel nostro campione, con la nuova versione della scala, due sono gli item che ottengono correlazioni basse (l’item 53: “*Quando ho tempo mi piace rivedere o immaginare i posti dove giocavo da piccolo*” e l’item 93 “*Non mi piacciono i comportamenti che rassomigliano a quelli dei bambini*”). Togliendo l’item 93, l’*alfa* di Cronbach si alzerebbe leggermente (passando da .62 a .63). Il fatto che la scala presenti ancora problemi nonostante la maggiore numerosità ed eterogeneità del campione e la modifica di 4 item ci invita a riflettere sulla sua validità di contenuto e sulla possibilità di una sua sostanziale modifica. Osserviamo, comunque, un miglioramento rispetto alla versione originaria.

Le ultime tre scale in cui due item hanno ottenuto basse correlazioni item-totale sono le scale *Compiacimi*, *Sii Forte* e *Sii Perfetto*.

Nella scala *Compiacimi* gli item 22 (“*Mi è indifferente sapere dagli altri se faccio bene o no*”) e 42 (“*Non importa se i miei vestiti sono fuori moda, basta che mi piacciono*”) ottengono correlazioni basse e togliendo l’item 42 che, anche nell’analisi effettuata nel 1999, otte-

neva una correlazione al limite (.30), l'*alfa* di Cronbach si alzerebbe da .63 a .65. Probabilmente, si tratta di un item il cui contenuto potrebbe rivestire un significato diverso sulla base dell'età del soggetto. Nella scala *Sii Forte* ottengono correlazioni basse l'item 16 ("E' meglio inghiottire le lacrime piuttosto che lasciarle uscire") e l'item 36 ("Bisogna saper lasciarsi andare ed essere dolci"), che otteneva una correlazione bassa anche nel 1999 (.24). Togliendo quest'ultimo, l'*alfa* di Cronbach si alzerebbe da .65 a .67.

Infine, per quanto riguarda la scala *Sii Perfetto* ottengono correlazioni basse gli item 39 ("Sto bene in una stanza in disordine") e l'item 119 ("Quando esco ci tengo che i miei vestiti siano perfettamente a posto"), ma l'*alfa* di Cronbach non cresce eliminando né uno, né l'altro e risulta comunque buona (.65).

In conclusione, dall'analisi degli item si evidenziano, nel complesso, 13 item (11%)⁸ con correlazioni basse ($\leq .30$) con la scala di appartenenza che potrebbero essere riformulati, modificati o eliminati. Tuttavia, in una prospettiva di tipo conservativo, solo una parte di questi item (4 su 13)⁹ merita un processo di revisione in vista di un miglioramento delle caratteristiche psicometriche del test.

Le indicazioni che si possono trarre da questa prima analisi del questionario suggeriscono la revisione di alcune scale: tra quelle che rilevano le ingiunzioni, la scala *Non* e la scala *Non Essere Piccolo*, in linea con quanto emergeva già dall'analisi effettuata da Scilligo e colleghi nel 1999; tra quelle che rilevano le controingiunzioni, la scala *Compiacimi* e *Sii forte*.

Ulteriori dati per una revisione degli item del test potrebbero derivare dall'analisi fattoriale che è in corso e che sarà oggetto di una prossima pubblicazione.

⁸ I 13 item sono i seguenti: item 3 della scala *Non Crescere*, item 47 e 67 della scala *Non Farcela*, item 31 e 59 della scala *Non*, item 53 e 93 della scala *Non essere Piccolo*, item 22 e 42 della scala *Compiaci*, item 16 e 36 della scala *Sii Forte*, item 39 e 119 della scala *Sii Perfetto*.

⁹ L'item 59 (da assegnare solo alla scala *Sii perfetto*), l'item 93, l'item 42 e l'item 36.

Bibliografia

- Bastianelli, L., Centofanti, S. & Scilligo, P. (2004). La controingiunzione Spicciati e Stati dell’Io Sé. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 10(1), 37-48.
- Bastianelli, L., D’Aversa, C. & Scilligo, P. (2004). Le controingiunzioni come strategie protettive. *Psicologia, Psicoterapia e Salute*, Vol. 10(1), 21-27.
- Bastianelli, L., Bianchini, S., Di Luigi, M., Montixi, C., Sanseverino, R. & Scilligo, P. (2006). Le ingiunzioni “Non fidarsi protettivo” e “Non fidarsi difensivo, e gli Stati dell’Io Sé. *Psicologia, Psicoterapia e Salute*, 12(2), 201-227.
- Bastianelli, L. & Ceridono, D. (2013). Drivers and Self Ego States in Social Cognitive TA: a research on drivers as protective strategies. *International Journal of Transactional Analysis Research*, 4(1), 30-38.
- Bove, S., D’Aversa, C., Scilligo, P. & Carpineto, L. (2004). La controingiunzione Sii Forte e gli Stati dell’Io Sé. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 10(1), 75-84.
- Caizzi, C., Bove, S. & Scilligo, P. (2003). La controingiunzione Sii Perfetto e gli Stati dell’Io Sé. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 9(1), 85-94.
- Ceridono, D., Scilligo, P., Angelucci, I., Viale, D. & Pulvirenti, A. (2005). Le ingiunzioni “Non Esistere” e “Non Essere Te Stesso” e gli Stati dell’Io Sé. *Psicologia, Psicoterapia e Salute*, 11(3), 361-394.
- Ceridono, D., Scilligo, P., Caizzi, C., Liverano, A. & Fruttero L. (2008). Le ingiunzioni “Non Crescere” e “Non Essere Piccolo” e gli Stati dell’Io Sé. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 14(1), 51- 114.
- Crea, G. (2014). Predictive effect of injunctions on personality disorders in dysfunctional Catholic priests and religious sisters: a study using Millon’s model and Transactional Analysis. *Mental Health Religion & Culture* 17(8), 832-846.
- D’Aversa, C., Caizzi, C. & Scilligo, P. (2004). La controingiunzione Dacci Dentro e gli Stati dell’Io Sé. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 10(1), 63-76.

- de Nitto, C., Messana, C., De Luca, M.L. & Rosa, V. (2008). Le ingiunzioni “Non Essere Intimo Fisicamente” e “Non Essere Intimo Psicologicamente” e gli Stati dell’Io Sé. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 14(1), 115-166.
- Fava, F. (2012). Relazioni interpersonali e schemi mentali: una ricerca sperimentale sull’ingiunzione “non essere intimo fisicamente”. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 17(1), 79-121.
- Focà, F., de Nitto, C., Fruttero, L., Tauriello, S. & Scilligo, P. (2005). Le ingiunzioni “non appartenere” e “non farcela” e gli Stati dell’Io Sé. *Psicologia, Psicoterapia e Salute*, Vol. 11(3), 341-360.
- Giacometto, R., Vasale, M., Focà, F., Scilligo, P., Tauriello, S. & Rosa, V. (2006). Le ingiunzioni “Non Pensare” e “Non Essere Sano” e gli Stati dell’Io Sé. *Psicologia, Psicoterapia e Salute*, 12(1), 31-53.
- Goulding, R.L & Goulding, M.M. (1983). *Il cambiamento di vita nella terapia ridecisionale*. Roma, Astrolabio (1979 edizione originale).
- Guglielmotti, F., D’Aversa, C., Scilligo, P. & Schietroma, S. (2004). La controingiunzione Compiaci e gli Stati dell’Io Sé. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 10(1), 49-60.
- Kahler, T. & Capers, H. (1974). The miniscript. *Transactional Analysis Journal*, 4(1), 26-42.
- Scilligo, P., D’Aversa, C. & Liverano, A. (1999). Il questionario ESPERO: la misurazione delle ingiunzioni e delle controingiunzioni. *Psicologia, Psicoterapia e Salute*, 5(2), 137-166.
- Scilligo, P. & Bastianelli, L. (1999). Le dimensioni fattoriali di secondo ordine delle ingiunzioni. *Psicologia, Psicoterapia e Salute*, 5(1), 1-10.
- Scilligo, P. (1999). Gli Stati dell’Io Sé e le dimensioni ingiuntive. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 5(3), 277-305.
- Vos, J. & van Rijn, B. (2021). A systematic review of psychometric transactional analysis instruments. *Transactional Analysis Journal*, 51(2), 127-159.

Prevenzione e gestione delle ricadute in ottica analitico-transazionale: un esempio clinico

Massimo Vasale¹

Sommario

L'articolo si propone di approfondire il concetto di ricaduta nel disturbo da uso di sostanze e nei disturbi da addiction, passando in rassegna i diversi indicatori di rischio di ricaduta e analizzando la relazione tra fasi del recupero e lavoro sulla ricaduta.

Esso si focalizza, poi, sul contributo dell'Analisi Transazionale al lavoro di prevenzione e gestione della ricaduta, articolandolo in tre punti: a) una sintesi della concettualizzazione di White (2013) sul processo della ricaduta; b) la proposta di alcune linee guida per il lavoro di prevenzione e gestione della ricaduta; c) la presentazione di un caso clinico allo scopo di illustrare tali linee guide.

Abstract

The article aims to deepen the concept of relapse in substance use disorder and addiction disorders, by reviewing the various relapse risk indicators and analyzing the relationship between recovery phases and work on relapse.

Then, it focuses on the contribution of Transactional Analysis to the work of relapse prevention and management, articulating it into three points: a) a summary of White's conceptualization (2013) on the relapse process; b) the

¹ *Docente invitato presso l'Università Pontificia Salesiana di Roma (cattedra di Prevenzione e trattamento delle tossicodipendenze), psicologo, psicoterapeuta, analista transazionale clinico (CTA), docente della Scuola di Specializzazione SSSPC-UPS, membro del Laboratorio di Ricerca sul Sé e sull'Identità (LARSI) dell'Istituto di Formazione e Ricerca sui Processi Intrapersonali e Relazionali (IRPIR). E-mail: massimo.vasale@libero.it*

proposal of some guidelines for relapse prevention and management; c) the presentation of a clinical case in order to illustrate these guidelines.

Parole Chiave

Disturbo da Uso di Sostanze, addiction, ricaduta, prevenzione e gestione della ricaduta, indicatori di rischio di ricaduta, Analisi Transazionale, fasi del recupero.

Key Words

Substance Use Disorder, addiction, relapse, relapse prevention and management, relapse risk indicators, Transactional Analysis, stages of recovery.

Introduzione

Nonostante una parte significativa della teorizzazione classica analitico-transazionale sia nata proprio dall'osservazione e dal trattamento dell'alcolismo, considerato sia come un gioco (Berne, 1998), sia come un copione tragico (Steiner, 1974, 1981), sono pochi gli analisti transazionali, e più in generale gli psicoterapeuti, che si trovano a loro agio nel lavorare con persone che soffrono di disturbi da uso di sostanze (DUS) e disturbi da addiction². Anche se molte persone associano al concetto di dipendenza unicamente l'assunzione di droghe, è oggi ampiamente accettato che anche un certo numero di comportamenti che non comportano l'assunzione di una sostanza (gioco d'azzardo, alimentazione eccessiva, sesso o esercizio fisico compulsivo, per citarne solo alcuni), siano espressione di una dipendenza o addiction (Griffiths, 2005). Questi problemi complessi e multifattoriali rappresentano, in effetti, una sfida clinica per molti

² Nell'articolo, seguendo il DSM-5 (APA, 2014), si farà riferimento, per quanto riguarda i disturbi da addiction, al solo disturbo da gioco d'azzardo, anche se molte delle considerazioni relative al fenomeno della ricaduta e alla prevenzione delle ricadute sono applicabili ad altre forme di addiction individuate in letteratura.

professionisti psicoterapeuti, per i quali non risulta sempre facile applicare al loro trattamento metodologie e tecniche apprese.

Una parte significativa del trattamento dei DUS e delle altre addiction riguarda il raggiungimento e il mantenimento dell'astensione dall'uso o dal gioco d'azzardo, obiettivo che richiede una chiara comprensione del concetto di ricaduta e un lavoro psicoterapeutico specifico finalizzato alla prevenzione e gestione delle ricadute.

In Analisi Transazionale (AT), questo lavoro può essere concepito come un obiettivo che attraversa le varie fasi della sua metodologia: all'inizio del recupero, ad esempio, esso trae beneficio dal rafforzamento e dall'energizzazione dell'Adulto, dal riconoscimento delle contaminazioni (pregiudizi e illusioni relative all'uso) e dal riallineamento dei confini tra gli stati dell'Io; in una fase avanzata del recupero, la prevenzione e gestione delle ricadute trae, invece, maggior beneficio dal lavoro sul Bambino e sul Genitore, finalizzato ad una ridecisione che porta al cambiamento dei messaggi di copione che caratterizzano le dipendenze (tra cui le ingiunzioni Non esistere, Non pensare, Non sentire o avere sensazioni e Non essere intimo).

I contributi recenti della letteratura analitico transazionale relativi alla tematica delle ricadute e al lavoro di prevenzione e gestione della ricaduta sono, tuttavia, scarsi (White, 2013).

In linea con questa lacuna, il presente articolo si propone di approfondire il concetto di ricaduta e il lavoro finalizzato alla prevenzione e gestione delle ricadute nel Disturbo da Uso di Sostanze e nei disturbi da addiction e si focalizza sul contributo dell'Analisi Transazionale a tale lavoro, articolandolo in tre punti: a) una sintesi della concettualizzazione di White (2013) sul processo della ricaduta; b) la proposta di alcune linee guida per il lavoro di prevenzione e gestione delle ricadute; c) la presentazione di un caso clinico allo scopo di illustrare tali linee guida.

Il concetto di ricaduta nei disturbi da uso di sostanze e nei disturbi da addiction

Il concetto di ricaduta accomuna sia i disturbi da uso di sostanze, sia i disturbi da addiction (tra cui il disturbo da gioco d'azzardo) e, anzi,

ne rappresenta uno degli elementi distintivi, come viene messo in evidenza dal modello delle sei componenti proposto da Griffiths (1996, 2005) che, modificando quelle di Brown (1993), ha ipotizzato che tutte le dipendenze siano costituite da sei elementi comuni: 1) salienza: l'attività/droga domina i pensieri, i sentimenti e il comportamento della persona; 2) modificazione dell'umore: l'attività/droga permette alla persona di ricercare effetti diversi di modificazione dell'umore in momenti differenti; 3) tolleranza: processo per cui, per ottenere gli stessi effetti, sono necessarie quantità crescenti di una particolare attività/droga; 4) astinenza: presenza di stati d'animo spiacevoli e/o effetti fisici che si verificano quando l'attività/uso di droga viene interrotta o ridotta in modo improvviso; 5) conflitto, sia interpersonale, cioè tra la persona dipendente e chi lo circonda, sia intrapsichico, rappresentato dall'ambivalenza rispetto all'attività/droga; 6) ricaduta: tendenza a ritornare più volte a modelli precedenti di uso o di coinvolgimento in una particolare attività e a ripristinare rapidamente, anche dopo anni di astinenza o controllo, i modelli più estremi di uso o coinvolgimento nell'attività da cui si dipende (Griffiths, 2005).

Il termine "ricaduta" in ambito medico indica "il rinnovarsi della manifestazione dei sintomi di una malattia dopo un periodo di miglioramento" (Vasale e Tonioni, 2010, 107). Nel campo dei trattamenti per i disturbi da uso di sostanze e i disturbi da addiction (APA, 2014) basati sull'astensione³, la ricaduta viene concepita come la ripresa dell'uso di sostanze psicoattive o del gioco d'azzardo dopo un periodo di astensione; essa implica che la persona che soffre di

³ Si è deciso di utilizzare il termine "astensione" per definire l'obiettivo del trattamento al posto del termine "astinenza" (spesso utilizzato in letteratura), il quale si riferisce, in modo più specifico, alla sintomatologia correlata ad una riduzione o sospensione dell'uso di sostanze. Un altro termine utilizzato nel testo come sinonimo di astensione è "sobrietà", anche se il suo significato, ripreso dalla letteratura di Alcolisti Anonimi (1999), è più complesso di "astensione", dato che quest'ultima indica il non uso della sostanza, mentre la sobrietà è un processo che va oltre il cambiamento comportamentale e include la costruzione di un atteggiamento mentale e di uno stile di vita non più legati all'uso delle droghe.

un'addiction sia in fase di recupero, ovvero motivata al cambiamento, e che, durante tale fase, torni a fare uso della sostanza o ricominci a giocare.

In letteratura è possibile trovare diverse definizioni di ricaduta: per coloro che sostengono l'obiettivo dell'astensione dall'uso o dal gioco, tra cui possiamo inserire *Alcolisti Anonimi* e i *Gruppi dei Dodici Passi (Twelve Steps Groups)*, come Narcotici Anonimi e Giocatori Anonimi, la ricaduta è ogni atto concreto di usare una droga o giocare d'azzardo. "Gorski e Miller (1982) la definiscono come un processo progressivo in cui vengono riattivati antichi comportamenti e sintomi; Marlatt e Gordon (1985)⁴ come una battuta d'arresto di qualunque tentativo di modificare un comportamento di dipendenza" (Vasale e Tonioni, 2010, 107).

La definizione di Marlatt e Gordon può mettere d'accordo sia i sostenitori di un approccio terapeutico basato sull'astensione dalla sostanza o dal gioco, sia quelli che propongono un trattamento basato sul controllo o sulla riduzione del danno (RDD): una volta definito l'obiettivo del trattamento (smettere vs controllare/ridurre), cioè come modificare un comportamento di dipendenza, la ricaduta si configurerà, infatti, come una battuta d'arresto di tale tentativo di cambiamento.

Un aspetto interessante connesso alla definizione di ricaduta è quello relativo alla distinzione tra azione e processo: Daley (1989) descrive la ricaduta nelle tossicodipendenze "come l'evento del ricominciare a consumare alcolici dopo un periodo di astinenza o come il 'processo' di ritornare ad usare sostanze (vale a dire, manifestare comportamenti o atteggiamenti che indicano la probabilità che una persona ricominci a bere, se non vengono assunte misure per impedirlo)" (in Brown, 1997, 228).

L'idea che la ricaduta sia un processo che culmina in una specifica azione o comportamento (usare una droga o giocare d'azzardo) costituisce la base dei modelli di intervento che hanno come scopo quello

⁴ A questi due Autori si deve la nascita del modello della Relapse Prevention (RP), uno dei più utilizzati in ambito cognitivo-comportamentale nel trattamento delle dipendenze.

di prevenire le ricadute e impararne a gestire le conseguenze negative. Ciò che accomuna questi modelli è che la ricaduta è considerata come un'evenienza che rientra nella norma del processo di recupero o del ciclo di cambiamento tipico delle dipendenze e che costituisca un'occasione di sviluppo del recupero e di crescita personale (Vasale e Tonioni, 2010).

Possiamo, quindi, considerare la ricaduta come un atto concreto, che comporta assumere sostanze psicoattive o giocare d'azzardo, il quale si inserisce in un processo più esteso. Alcuni segnali anticipano quest'azione, evidenziando un progressivo orientamento di comportamenti, pensieri e sentimenti verso l'usare droghe o giocare d'azzardo (orientamento sfavorevole al recupero). “Processo della ricaduta ed atto del bere configurano, allora, uno scenario in cui ‘si ricade’ prima di bere/usare e, quando si è bevuto/usato sostanze psicoattive, si è ricaduti” (Vasale e Tonioni, 2010, 109).

La ricaduta, in altre parole, non è un evento improvviso, anche se talvolta può apparire tale, né è solo un comportamento, semmai è l'esito di un processo connesso al lavoro di recupero, ed è anticipata da pensieri, sentimenti, comportamenti e, anche, da omissioni.

Nei gruppi di Alcolisti Anonimi (1999), che suggeriscono come strategia principale per restare sobri quella di ‘non assumere il primo bicchiere’, si riconosce che ciascun atto concreto di bere sia preceduto da cambiamenti nel modo di pensare, sentire e comportarsi della persona alcolista, che conducono alla ricaduta, costituendone i segni anticipatori⁵. Alcuni pensieri, inoltre, sono considerati forme di autoinganno che predispongono alla ricaduta⁶: tra questi, l'idea di poter

⁵ Lo slogan riassunto nell'acronimo HALT (Hungry, Angry, Lonely, Tired), utilizzato all'interno dei gruppi di AA, cioè “mai troppo affamati, arrabbiati, soli o stanchi”, indica, ad esempio, la necessità di fare attenzione ad alcune condizioni che possono precedere una ricaduta e che tendono a favorirla. Il secondo slogan utilizzato in AA in ottica di prevenzione delle ricadute è riassunto dall'acronimo PPT (People, Places, Things), cioè “Persone, Posti, Cose” che possono scatenare una ricaduta, come vecchi amici di bevute, bar o bottiglie di vino.

⁶ In AA e nei gruppi dei 12 Passi, il termine ‘*alibi*’ evidenzia le scuse che le persone dipendenti da droghe o da gioco d'azzardo possono raccontarsi, prima ancora che

tornare a bere moderatamente, la convinzione che basti non bere per un lungo periodo per essere in grado di tornare a bere normalmente, il pensiero che acquistare dell'alcol 'giusto per gli ospiti' non sia un problema o che non lo sia andare ad una festa dove siano presenti i propri amici di sbornie. Nel Grande Libro (Alcolisti Anonimi, 1999) si parla sia di stati mentali (nervosismo, collera, preoccupazioni, gelosia, depressione), sia di 'piccole' e 'pazze' scuse per prendere il primo bicchiere, che precedono di solito una ricaduta. Gli AA, infine, utilizzano frasi come 'sbornia secca' o 'ubriachezza asciutta' per indicare il ritorno di comportamenti ed atteggiamenti rischiosi in assenza dell'uso, concetto che può essere definito come "ricaduta mentale o emotiva" che può precedere o meno una ricaduta comportamentale (ovvero l'atto di usare nuovamente una droga o giocare d'azzardo).

Prevenzione e gestione della ricaduta nel recupero dall'addiction

Smettere di usare o di giocare d'azzardo non è l'obiettivo più difficile da raggiungere nel trattamento dell'addiction; la parte più complicata è mantenere l'astensione dall'uso e dal gioco nel tempo e fare in modo che eventuali ricadute nel comportamento di uso o nel gioco d'azzardo non riportino la persona alla condizione di dipendenza pre-trattamento.

Il lavoro di prevenzione e di gestione della ricaduta rappresenta una parte importante del trattamento delle persone che soffrono di un'addiction, anche se, nei casi più difficili e complessi, può non risultare sufficiente e va accompagnato da un lavoro di elaborazione dei traumi (recenti e passati) e di modificazione delle convinzioni profonde che sostengono il bisogno di dipendere da una droga, oggetto o attività⁷.

raccontare, per tornare a fare uso o giocare e il riconoscimento degli alibi rappresenta una strategia di prevenzione della ricaduta.

⁷ In anni recenti, la confluenza degli studi sull'attaccamento e sui traumi dello sviluppo e di quelli condotti nel campo della traumatologia ha consentito di rivedere l'assunto di base del recupero delle dipendenze, per il quale il focus del trattamento sull'uso deve precedere ed è condizione necessaria per un eventuale susseguente trattamento delle memorie traumatiche (modello "sequenziale" del trattamento). Al

Alcuni studiosi hanno definito le dipendenze come una condizione di ricaduta cronica, in cui l'episodio di una ricaduta può avvenire anche a distanza di anni e, in alcuni casi, risulta molto complicato riprogrammare il cervello emotivo in modo tale da evitare tali episodi. Tale visione è riconosciuta su base esperienziale dai gruppi dei 12 Passi, che usano l'espressione "alcolista una volta, alcolista per sempre" (Alcolisti Anonimi, 1999), spiegandola con la metafora del cetriolo: "un sottaceto non tornerà mai ad essere un cetriolo"⁸.

La maggior parte dei modelli di prevenzione e gestione delle ricadute, tra cui la Relapse Prevention di Marlatt e Gordon (1985), sviluppata successivamente dal modello dinamico di Marlatt e Donovan (2008), il modello a più livelli "Cenaps" di Gorski (1990; Gorski e Grinstead, 2010) e il modello psicoeducativo di prevenzione delle ricadute di Daley e Marlatt (1992), comprendono al loro interno:

- *componenti educative*, ovvero spiegazioni sui sintomi dell'astinenza, sul processo del recupero e su quello della ricaduta;

modello sequenziale si sta affiancando un modello "parallelo" di trattamento delle dipendenze, capace di integrare la prevenzione e la gestione delle ricadute con un lavoro di potenziamento della resilienza e delle risorse per la regolazione emotiva, utile alla rielaborazione dei traumi di attaccamento (Parnell, 2020).

⁸ La diatriba tra chi sostiene che le dipendenze possono essere 'curate', ma non 'guarite' e chi sostiene, invece, che possano essere solo guarite, è antica ed ha creato in letteratura fazioni e posizioni divergenti. La risposta alla domanda, a nostro avviso, dovrebbe tenere conto della natura multifattoriale dell'addiction (che comprende fattori genetici, temperamentali e legati all'apprendimento), della plasticità cerebrale e delle strategie terapeutiche in grado di sfruttarne le potenzialità, della durata della dipendenza e del suo impatto sul sistema dell'identità e sulle strutture cerebrali del sistema nervoso centrale e, non da ultimo, dei costi e benefici derivanti da entrambe le prospettive in interazione con le risorse personali e sociali necessarie per il cambiamento. La diatriba può anche essere letta come una dialettica appartenente al conflitto *accettazione-cambiamento*: quanto sia possibile cambiare sé stessi e quanto ci si dovrebbe accettare per come si è o si è diventati costituisce, peraltro, una tematica clinica recentemente ben affrontata e concettualizzata dall'approccio dialettico di Marsha Linehan (2001), che vede queste due polarità in continuo dialogo e al centro dei processi di integrazione e di crescita personale.

- *tecniche cognitivo-comportamentali* che aiutano le persone a identificare, anticipare ed evitare le situazioni ad alto rischio ed a sviluppare strategie di gestione per affrontarle;
- obiettivi di *cambiamento degli stili di vita* collegati all'uso (Kats e Ney, 1997).

Teesson e colleghi (2006) fanno presente che gli obiettivi di un programma di prevenzione della ricaduta hanno a che fare con: l'aumento dell'impegno rivolto al cambiamento; l'individuazione delle cause della ricaduta (eventi e situazioni di rischio); la preparazione alla ricaduta; l'apprendimento di strategie di coping; l'individuazione degli elementi dello stile di vita correlati al mantenimento del cambiamento rispetto all'uso o al gioco.

Tali obiettivi poggiano su basi fortemente relazionali, cioè dipendono dal mantenimento di una buona alleanza di lavoro e da un'atmosfera di fiducia tra cliente e terapeuta e hanno a che fare con il promuovere la collaborazione rispetto alla definizione degli obiettivi e alla scelta delle strategie utilizzate per raggiungerli, aspetti peraltro non facili da coltivare nella relazione con una persona che soffre di addiction.

Indipendentemente dal significato che viene dato al termine ricaduta, nei modelli che lavorano per prevenirla e gestirla, i pensieri, sentimenti o comportamenti che minacciano i cambiamenti cognitivi, affettivi e comportamentali compiuti nel corso del recupero non vengono letti come fallimenti del trattamento o prova della scarsa motivazione della persona a cambiare, ma come manifestazioni naturali delle difficoltà e dei progressi che il recupero comporta (Kats e Ney, 1997). In maniera controintuitiva, ma clinicamente significativa, sono spesso l'assenza di ricadute o la negazione di ossessioni e compulsioni relative all'uso gli aspetti che possono nascondere più problemi e che comportano maggiori rischi di ricaduta o 'scivolata'⁹.

⁹ Nel recupero dalle dipendenze, i termini '*lapse*' e '*relapse*' sono spesso tradotti come 'scivolata' e 'ricaduta'. La prima viene di solito considerata come un 'passo falso', termine che serve a differenziare un singolo e concluso episodio di uso di droghe o gioco d'azzardo da una ricaduta piena, caratterizzata dal ritorno ai livelli di consumo o gioco precedenti alla richiesta di aiuto.

“Nell’approccio della RP, la ricaduta viene vista come processo di transizione, piuttosto che come risultato terapeutico negativo. Uno degli obiettivi principali di questo approccio è quello di offrire al cliente le abilità e le strategie cognitive per impedire che un singolo episodio isolato si trasformi in una ricaduta a tutti gli effetti. Un errore isolato può essere visto come un’opportunità per apprendere ed è potenzialmente in grado di far aumentare la motivazione dei clienti al cambiamento e ad affrontare diversamente l’abuso di sostanze” (Barrett e Marlatt, 2001, 200).

Il terapeuta che voglia lavorare sulla prevenzione e gestione delle ricadute deve, pertanto, utilizzare singole scivolate e ogni ricaduta come occasioni per incrementare la motivazione al cambiamento e per consolidare le abilità di coping utili ad affrontare future situazioni a rischio di ricaduta.

“Il lavoro di prevenzione delle ricadute, pertanto, comporterebbe la capacità di discriminare tra processi di ricaduta e processi di recupero e si caratterizzerebbe per la sua capacità di trasformare i primi nei secondi” (Vasale e Tonioni, 2010, 111).

Ricostruire il processo della ricaduta ripercorrendone le varie tappe, gli stati d’animo ed il livello di consapevolezza che l’ha caratterizzato ed individuando i passaggi critici che possono portare la persona ad un avvicinamento graduale a situazioni definite ad alto rischio, rappresenta un obiettivo centrale del lavoro sulla ricaduta: “al cliente viene insegnato a vedere la ricaduta come un processo e ad identificare e comprendere le situazioni ad alto rischio che possono provocarla” (Barrett e Marlatt, 2001, 200).

L’individuazione delle situazioni ad alto rischio implica raccogliere informazioni dettagliate sui luoghi, i momenti, le persone, le azioni, i pensieri e le emozioni che precedono una ricaduta e/o che possono scatenare il craving.

“Una situazione ad alto rischio è quella cui il soggetto è altamente vulnerabile ad una ricaduta oppure quella in cui ha sperimentato una ricaduta in passato” (Teesson et al., 2006, 105).

In conclusione, una ricaduta può “diventare un’importante esperienza di apprendimento per l’utente, ammesso che vengano analizzati i processi psicologici che l’hanno determinata, i quali si riferiscono sia a fattori quali le condizioni-stimolo ad influenza immediata, sia alla conoscenza delle cause più remote dei propri comportamenti” (Pelli, 2007, 149).

Indicatori di rischio di ricaduta

Diversi fattori possono innescare una ricaduta (il comportamento di assumere sostanze psicoattive o giocare d’azzardo) e, in letteratura, sono state proposte varie categorie di situazioni ad alto rischio.

Nella *Relapse Prevention* (Marlatt e Gordon, 1985), che è partita proprio dallo studio e dalla definizione delle situazioni a rischio, queste ultime sono state divise in:

- 1) situazioni che innescano stati emotivi negativi (talvolta, anche stati emotivi positivi);
- 2) situazioni di conflitto interpersonale;
- 3) situazioni di pressione sociale verso l’uso di droghe o il gioco d’azzardo.

Il modello evolutivo della Brown (1997), che riprenderemo più avanti, suggerisce di lavorare sia con il materiale presentato apertamente dal cliente, sia con le sue credenze, le sue esperienze traumatiche ed i suoi pattern di attaccamento non manifesti.

Dato che i fattori di rischio di ricaduta possono derivare da diverse fonti, troviamo che per un terapeuta possa essere utile adottare una prospettiva comprensiva delle principali situazioni a rischio, come quella offerta da Kats e Ney (1997), i quali hanno suddivise gli indicatori di rischio di ricaduta in 7 ambiti: 1) comportamentali; 2) cognitivi; 3) sociali/interpersonali; 4) affettivi; 5) psicodinamici; 6) fisiologici; 7) spirituali (Tabella 1).

Tab. 1. Indicatori di rischio di ricaduta secondo Kats e Ney (1997) (ripreso e lievemente modificato da Vasale e Tonioni, 2010).

1. Comportamentali

- Diminuire o cessare le attività orientate al recupero (per esempio, non andare agli incontri di Alcolisti Anonimi, abbandonare i programmi o i gruppi di recupero, saltare le sedute di psicoterapia).
- Isolarsi dagli altri.
- Evitare i sistemi di sostegno del recupero.
- Evitare di parlare di addiction e di recupero.
- Agire compulsivamente o impulsivamente in altre aree della vita (per esempio, nel lavoro).
- Aumentare l'uso di farmaci non prescritti.
- Permettere che il proprio stile di vita diventi instabile.
- Non sviluppare o diradare attività alternative all'uso o al gioco.
- Mentire consapevolmente.
- Non essere produttivi nel lavoro o a scuola.
- Non essere in ascolto dei propri pensieri o sentimenti.

2. Cognitivi

- Preoccuparsi a causa dell'uso o del gioco d'azzardo.
- Ricordare con euforia i "*vecchi bei tempi*".
- Fantasticare sull'uso controllato o sul gioco controllato (nei modelli finalizzati all'astensione).
- Credere che si possa controllare l'uso di droghe o il gioco d'azzardo (nei modelli finalizzati all'astensione).
- Credere che usare o giocare possano essere un'alternativa migliore della gestione attiva dei problemi.
- Interpretare i momenti di desiderio intenso di usare o giocare come un segno di fallimento o come una mancanza di motivazione.
- Focalizzarsi su tante cose tranne che sul recupero.
- Dubitare della propria capacità di mantenere gli obiettivi decisi.
- Avere la convinzione o la certezza "*non berrò (userò, giocherò) mai più*".
- Fare esperienza di periodi di confusione o pensare di non essere capaci di fare programmi.
- Decidere che l'astensione (o il controllo/riduzione del danno) sia tutto quel che serve.

- Manovrare di proposito i pensieri per allontanarli dall'alcol.
- Minimizzare i problemi.
- Credere che le droghe o il gioco d'azzardo siano necessari per divertirsi.
- Essere giudicanti nei confronti dei programmi di recupero di altre persone.
- Giudicarsi severamente o negativamente.
- Mettere in discussione la propria identità di alcolista, dipendente o giocatore d'azzardo (nei gruppi dei 12 Passi).

3. Sociali/Interpersonali

- Ritirarsi o prendere le distanze dai rapporti sociali.
- Trovarsi con i vecchi compagni di uso o di gioco.
- Ricevere pressioni a usare droghe o giocare d'azzardo da parte di amici o conoscenti.
- Porsi in situazioni sociali di rischio.
- Far dipendere il proprio recupero dalle altre persone.
- Ricevere un 'sabotaggio' manifesto o nascosto da parte dei familiari.
- Sperimentare conflitti o problemi nelle relazioni interpersonali.
- Mancare del sostegno della famiglia o degli amici.
- Essere disonesti con gli altri.
- Venire facilmente irritati dai familiari e dagli amici.
- Incolpare dei problemi i familiari e gli amici.
- Non fidarsi degli altri.
- Essere troppo esigenti o critici nei confronti degli altri.
- Chiudersi in una relazione esclusiva.
- Rifiutare apertamente l'aiuto degli altri.

4. Affettivi

- Sperimentare un aumento dell'ansia.
- Sentirsi colpevoli (per esempio, per essere sopravvissuti; per la propria ambivalenza nei confronti dei gruppi dei 12 Passi; a causa dei danni arrecati dall'uso o dal gioco d'azzardo).
- Provare vergogna.
- Sentirsi soli/vuoti.
- Sperimentare una mancanza di significato nella vita.

- Sentirsi ostili/arrabbiati.
- Sentirsi depressi/disperati.
- Avere paura (per esempio, di non essere capaci di rimanere sobri, di non riuscire a mantenere il controllo, di non essere abbastanza bravi).
- Sentirsi sopraffatti o privi di valore.
- Sentirsi deprivati.
- Sperimentare eccessivo stress o frustrazione.
- Sperimentare sentimenti estremi, compresa la gioia.
- Sentirsi annoiati.
- Sentirsi in lutto o avere un senso di perdita.
- Perdere la fiducia in sé stessi.
- Sentirsi incapaci di perdonarsi.
- Sentirsi senza speranza.
- Sentirsi fuori controllo.
- Avere la sensazione che i problemi siano insormontabili.
- Provare pietà per sé stessi.
- Sentirsi impazzire.
- Cercare di non guardare in faccia i sentimenti.
- Sperimentare ambivalenza e dubbi.

5. Psicodinamici

- Negare (per esempio, la propria ambivalenza; che ci siano problema nel recupero; il dolore/lo stress passato e presente; la necessità di un programma di recupero).
- Pensare magicamente o nutrire un eccesso di fiducia (per esempio, che il recupero sarà facile; che la vita migliorerà immediatamente).
- Sentirsi trionfanti (per esempio, *“sono guarito”*; *“il recupero non è affatto difficile”*; scrivere da soli il proprio programma; presumere di essere migliori degli altri in recupero).
- Essere eccessivamente compiaciuti.
- Razionalizzare i comportamenti di ricaduta.
- Proiettare la colpa su altre persone.
- Distorcere la realtà.
- Essere sulla difensiva.
- Intellettualizzare.

- Isolare i propri sentimenti o affetti.
- Esternalizzare i problemi e fare agiti.
- Timore di rompere il legame di attaccamento con la sostanza e di sentirsi “vulnerabili”.

6. Fisiologici

- Sperimentare ‘attacchi’ di desiderio di usare o craving.
- Sperimentare sintomi di astinenza temporanei o protratti nel tempo.
- Dormire o mangiare irregolarmente.
- Non sentirsi in buona salute.
- Sentirsi esausti/affaticati.
- Avere problemi medici.
- Avere dolore fisico.
- Avere un senso di intorpidimento.
- Sentirsi menomati nel dare giudizi, nel pensare, nel concentrarsi e nel ricordare.
- Essere cronicamente malati.
- Esperire difficoltà di coordinazione fisica.

7. Spirituali

- Dipendere dalla sola forza di volontà per mantenere l’obiettivo del trattamento.
- Sentirsi incapaci di dipendere dagli altri (es. chiedere aiuto) o di connettersi agli altri o alla natura/mondo.
- Sentirsi incapaci di credere in un potere superiore a sé stessi (nei gruppi dei 12 Passi)
- Sentirsi abbandonare dalla speranza e/o dalla fede.

La Tabella non va intesa come esaustiva in termini di contenuto (potrebbe ovviamente essere molto più ampia); i sette ambiti, invece, hanno, a nostro avviso, la potenzialità di fornire una griglia completa; essi evidenziano aree importanti di monitoraggio da parte del terapeuta e di auto-osservazione da parte del paziente durante il recupero e rappresentano uno schema di partenza rispetto al quale i clienti con un disturbo da uso o da addiction possono individuare le situazioni a rischio cui prestare attenzione, organizzandole in una griglia individualizzata.

Un discorso a parte spetta, invece, ai fattori di rischio di ricaduta legati al terapeuta, vale a dire gli interventi terapeutici che possono contribuire a ridurre i processi di recupero ed a rinforzare quelli di ricaduta. Tra questi, segnaliamo, d'accordo con Kats e Ney (1997), lo spostare l'accento terapeutico lontano dall'addiction, soprattutto nei momenti iniziali del recupero: molti terapeuti, ad esempio, credono che lavorare sulla sfera affettiva o sui problemi psicologici sottostanti all'addiction sia più importante che lavorare sull'uso o sul gioco d'azzardo e rischiano di focalizzarsi su emozioni come ansia e depressione, perdendo di vista che esse sono spesso il risultato dell'astensione. Lavori prematuri su sentimenti ed emozioni, soprattutto se associate a traumi dello sviluppo, possono, peraltro, attivare una reazione comportamentale di ricerca della sostanza o di ritorno al gioco a scopo auto-terapeutico e facilitare il drop out. Grazie alla letteratura sulla traumatologia, oggi sappiamo che il lavoro sui traumi richiede una specifica preparazione e stabilizzazione del paziente che, nel caso delle persone che stanno affrontando anche un addiction, dovrebbe tenere conto del rischio di ricaduta¹⁰.

Anche in una fase avanzata del recupero, quando l'uso/gioco ed i pensieri relativi all'uso/gioco sono diventati meno frequenti ed emergono altri temi importanti su cui lavorare (problemi coniugali, lavorativi e relazionali oppure traumi e altri problemi dello sviluppo legati ad un attaccamento insicuro o disorganizzato), può essere rischioso abbandonare del tutto la focalizzazione sulla prevenzione delle ricadute: il lavoro su questi temi dovrebbe essere accompagnato da un monitoraggio rispetto al desiderio, al craving, all'uso/gioco e all'hopping¹¹ per evitare ricadute apparentemente senza motivo e drop out tardivi.

¹⁰ Per chi volesse approfondire il tema del trattamento dei traumi in persone che hanno sviluppato una dipendenza si rimanda al recente libro di Laurel Parnell (2020), *Il trattamento basato sull'EMDR per le dipendenze*. Raffaello Cortina Editore.

¹¹ L'hopping ('saltare') indica lo spostamento da una dipendenza ad un'altra: la persona in trattamento per una specifica addiction comincia a ridurre o abbandonare la sua addiction, ma contemporaneamente adotta altri comportamenti compulsivi o

Infine, merita almeno un accenno il ruolo che specifici processi metacognitivi hanno, non solo nella predisposizione allo sviluppo di una dipendenza, a partire da comportamenti occasionali di uso, ma anche nel processo di mantenimento del craving e in quello che può portare ad una ricaduta al termine di un periodo di astinenza. Spada e Wells (2009), partendo dal modello Self-Regulatory Executive Function (S-REF) di Matthews e Wells (2004), il primo a concettualizzare il ruolo sia dei sistemi di credenze sia dell'attenzione nell'eziologia e nel mantenimento dei disturbi psicologici, hanno proposto, ad esempio, un modello metacognitivo del bere problematico, secondo il quale, alla base dell'uso di alcol come mezzo di regolazione degli affetti, vi siano le credenze metacognitive positive sull'uso e quelle sugli affetti negativi. L'idea centrale del modello è che l'attivazione di convinzioni metacognitive positive sull'uso di alcol possa contribuire all'innesco del suo consumo, il quale, a sua volta, riducendo il monitoraggio metacognitivo e rafforzando le credenze metacognitive negative sull'uso, associate a un'intensificazione degli affetti negativi, porta a prolungare un episodio di consumo, ovvero a un modello di comportamento che è difficile da regolare, in quanto la persona perde di vista l'obiettivo per cui si beve (cioè, la regolazione degli affetti) (Spada & Wells, 2009). All'interno di questo modello, una delle variabili metacognitive più importanti è stata identificata nel pensiero desiderante (*desire thinking*) che, come evidenziato da una recente meta-analisi (Mansueto et al., 2019), ha un ruolo significativo nella genesi e nel mantenimento dell'esperienza di craving e dei comportamenti di dipendenza (uso di alcol e nicotina, gioco d'azzardo, uso di Internet).

Il pensiero desiderante è uno stile di elaborazione delle informazioni relative a oggetti e attività piacevoli, che è stato suddiviso in due variabili, tra loro interconnesse: Persistenza Verbale (*Verbal Perseveration*), che comprende i pensieri ripetitivi e automotivanti sul bisogno di ottenere l'oggetto o di svolgere l'attività (ad esempio, "ho bisogno

di dipendenza. Ad esempio, una persona che si sta recuperando da un disturbo da uso di alcol potrebbe cominciare a giocare d'azzardo o viceversa.

di un bicchiere”) e Prefigurazione immaginativa (Imaginal Prefiguration), che comprende immagini mentali multisensoriali dell’oggetto/attività desiderata e del contesto in cui la si può realizzare o la si è realizzata (ad esempio, “immagino il sapore del fumo nella bocca”) (Caselli, 2012). Il pensiero desiderante genera benefici motivanti e legati alla distrazione nel breve periodo ma, se non è seguito da un passaggio all’azione, mantiene il soggetto bloccato in una condizione di desiderio crescente che è, appunto, il craving (Caselli, 2012).

Fasi del recupero e prevenzione della ricaduta

Come abbiamo accennato sopra, il lavoro di prevenzione delle ricadute dovrebbe tener conto della fase del recupero in cui la persona si trova. Un modello utile a tal proposito è quello proposto dalla Brown (1997), che divide il processo di recupero in fase di transizione, prima fase del recupero e fase avanzata del recupero.

Il modello multidimensionale e progressivo di recupero (Brown, 1997) comprende al suo interno un approccio alla prevenzione delle ricadute. All’interno della cornice a 4 fasi¹² proposta dall’Autrice, la prevenzione delle ricadute comprende sia interventi di tipo cognitivo-comportamentale e psicoeducativo, sia un’attenzione alle questioni psicodinamiche (conflitti legati alla propria identificazione come persona alcolista/dipendente o conflitti temporaneamente sedati dall’uso o dal gioco), che sono potenzialmente capaci di interferire con l’astensione, in accordo con quanto sostengono Kats e Ney (1997, 230): “Il ruolo del terapeuta consiste nel monitorare i processi interiori affettivi ed inconsci insieme a quelli esterni, psicosociali del cliente”.

Nella fase di transizione è necessaria una partecipazione attiva del terapeuta ed il monitoraggio è su base comportamentale. Ci si foca-

¹² Oltre alle tre fasi legate al recupero (transizione, prima fase del recupero e fase avanzata del recupero), la Brown (1997) individua una prima fase denominata ‘bere’, in cui descrive i cambiamenti nel comportamento e nel modo di pensare correlati allo sviluppo dell’alcolismo.

lizza sul sostituire i comportamenti legati all'uso/gioco con azioni positive che conducono all'astensione. In questa fase è utile considerare gli indicatori comportamentali e cognitivi di rischio di ricaduta. Un'attenzione particolare viene data anche alle motivazioni del cambiamento: cominciare il recupero per i propri familiari, amici o colleghi di lavoro viene considerato un atteggiamento da confrontare, manifestazione di un eccessivo adattamento agli altri (con il rischio di passare dall'iperadattamento alla ribellione).

Nella prima fase del recupero, si lavora su una consapevolezza più ampia dei fattori che possono minacciare la ricaduta e maggior rilievo rispetto alle ricadute viene dato ai sentimenti, agli affetti e alle relazioni, monitorando quelle esclusive o un eccessivo isolamento sociale.

La fase avanzata del recupero, infine, caratterizzata da una minor preoccupazione di avere una ricaduta, resta aperta al monitoraggio degli impulsi e dei desideri di usare o giocare, che possono sorgere anche improvvisamente. Assumono un'importanza centrale i rischi indotti dalle transizioni (sposarsi, avere un figlio, lavorare, andare in pensione) o dalle crisi naturali della vita (malattie, perdite), un eccesso di sicurezza, il sentirsi fuori pericolo e la noia. Soprattutto in una fase avanzata del recupero, il lavoro sulle ricadute necessita non solo di strumenti cognitivi e comportamentali, ma anche di un lavoro affettivo e relazionale capace di decodificare alcuni simboli per coglierne il significato profondo. Lavorare sulla ricaduta, in questa prospettiva, significa anche ridurre il senso di colpa e la vergogna di sé al fine di evitare che tali emozioni spiacevoli, demoralizzando la persona, ne diminuiscano la motivazione al cambiamento (Vasale e Tonioni, 2010).

Il modello del processo della ricaduta di White

La letteratura analitico-transazionale si è interessata alle dipendenze sia per quanto riguarda la loro concettualizzazione, sia per quanto riguarda il loro trattamento; tuttavia, i contributi recenti relativi alla tematica delle ricadute e al lavoro di prevenzione della ricaduta scarseggiano.

Per quanto riguarda il primo punto, la concettualizzazione dell'addiction, la teoria analitico transazionale comprende, secondo White (2013), almeno due parti: la simbiosi e l'attaccamento¹³.

In AT il processo simbiotico si completa nel momento in cui la persona ha sviluppato lo stato dell'Io Genitore e Adulto abbastanza da essere in grado di sopravvivere fisicamente e psicologicamente senza l'aiuto dei genitori (ovvero tra i 10 e i 12 anni); talvolta, però, gli stati dell'Io Adulto e Genitore non si formano in maniera adeguata o sono malformati e la persona rimane in uno stato dipendente della mente, nel quale per compiti, come calmarsi, ha bisogno degli stati dell'Io Genitore e Adulto di altre persone (White, 2013). L'incapacità delle persone con una tossicodipendenza di calmarsi è stata riportata in letteratura da diverso tempo (per es. Krystal, 1978); in termini di AT, si può affermare che lo stato dell'Io Genitore non ha mai introiettato una rappresentazione parentale calmante (Genitore Nutritivo positivo).

White (2013) descrive la struttura della personalità dipendente come caratterizzata da uno stato dell'Io Bambino attivo con stati dell'Io Genitore e Adulto malformati per quanto riguarda l'autocontrollo e la capacità di calmarsi. La conseguenza è che la persona che usa droghe cercherà un'altra persona, oggetto o comportamento per assumere le funzioni del Genitore e dell'Adulto, formando con questi una simbiosi.

Anche Berne (1969) aveva proposto una considerazione simile affermando che l'alcolista non crea una relazione a due vie (interdipendente), ma una relazione dove può appoggiarsi agli altri, tipica del rapporto con la madre: "Egli l'amava per tutto ciò che faceva per lui, non per sé stessa. In questo senso, e in molti altri sensi, gli alcolisti sono infantili nel comportamento emotivo ... In realtà, non è una battuta di spirito dire che un alcolizzato è una persona che non ha mai superato il biberon" (202-203).

¹³ Esula dal presente articolo una presentazione sistematica della concettualizzazione dell'AT sulle dipendenze, per le quali si rimanda ai lavori di Berne (1969) e Steiner (1974, 1981, 2011) per l'AT classica e a White (2013) per una visione più recente.

Rispetto all'attaccamento, sappiamo che alcune persone finiscono per sviluppare disturbi dell'attaccamento di vario genere quando, nel loro sviluppo, non trovano un adulto emotivamente disponibile, affettuoso e capace di essere presente in maniera coerente e sintonizzata; la mancanza di una base sicura genera difficoltà dell'attaccamento che, generalmente, si traducono in difficoltà relazionali. La conseguenza è che la persona che usa droghe o gioca d'azzardo in modo problematico, con una vulnerabilità legata a problematiche dell'attaccamento, farà fatica a costruire relazioni significative fonte di regolazione esterna. La letteratura sulle dipendenze ha da tempo messo in evidenza la relazione tra uso di sostanze e problemi nelle relazioni intime, considerando il primo come l'agente causale dei secondi. Tuttavia, la ricerca longitudinale che ha cercato di esplorare tale relazione ha evidenziato una relazione anche inversa tra i due, in cui sono i problemi precoci nelle relazioni intime a causare l'uso, costituendo un fattore di vulnerabilità per il successivo sviluppo di problemi con le sostanze, come una recente meta-analisi (Fairbairn et al., 2018) di studi longitudinali con follow up fino a vent'anni ha ben mostrato, portando gli Autori a concludere che uno stile di attaccamento insicuro tende a predire a lungo termine un più elevato rischio di sviluppo di comportamenti di dipendenza da varie sostanze: "I risultati di questa meta-analisi indicano un'associazione longitudinale tra attaccamento insicuro e uso di sostanze, suggerendo che l'attaccamento insicuro precede temporalmente l'aumento dell'uso di sostanze e dei problemi legati alle sostanze. Questi risultati suggeriscono che le relazioni insicure possono essere un fattore di vulnerabilità per lo sviluppo della dipendenza..." (Fairbairn et al., 2018, 3). In sintesi, le persone con problemi di simbiosi e di attaccamento sono psicologicamente suscettibili di diventare dipendenti dalle droghe e dal gioco,

L'ambivalenza rispetto all'uso di droga/gioco d'azzardo è la regola nelle dipendenze di lunga data e White (2013) la concepisce come un conflitto tra Bambino Adattato ("*Voglio usare le droghe*") e Bambino Libero ("*Non voglio usare le droghe*"). La persona dipendente può avere due differenti pensieri, sentimenti e comportamenti circa

l'uso di droghe (o gioco d'azzardo), che esistono contemporaneamente e sono parti della personalità in conflitto tra di loro.

Per quanto riguarda il secondo punto, il trattamento dell'addiction e, nello specifico, la prevenzione delle ricadute, White (2013) dedica alla ricaduta un intero capitolo, l'ottavo, del suo libro *“Working with drug and alcohol users. A guide to providing understanding, assessment and support”*, coniando il termine *“lavoro sul processo della ricaduta”* (Relapse Process Work).

Il suo punto di partenza, in linea con la letteratura sul tema, è che la ricaduta sia un evento comune e che normalizzarla faciliti il processo terapeutico.

White (2013) paragona il processo di recupero (nel nostro caso, abbandonare la relazione di dipendenza con le droghe o il gioco d'azzardo) alla chiusura di una relazione sentimentale, ovvero alla risoluzione nel tempo, con alti e bassi, di un attaccamento significativo, di cui la ricaduta è una parte integrale e distingue due tipi di ricaduta:

- quella prima dell'“inizio della fine della relazione”;
- quella che avviene dopo questo punto critico (o punto di significativa insoddisfazione).

Dopo l'inizio della fine, le ricadute cambiano nella loro qualità e significato: sono non solo un'espressione di insoddisfazione per la relazione con la droga, ma diventano il processo psicologico attraverso il quale la persona si tira fuori dalla relazione attraversando varie diadi “non uso-ricaduta”. Il consulente lavora con la persona dipendente per consolidare questa separazione.

In termini di sviluppo della relazione con la sostanza, all'inizio c'è un elevato livello di soddisfazione nei confronti dello stile di vita che prevede l'uso della stessa: in questa fase, alcune volte il consumatore può interrompere l'uso, ma la sua relazione rimane forte e, quando ricade, ritorna allo stesso livello di soddisfazione della relazione, così che il suo stile di vita procede nella direzione del rafforzamento della relazione di dipendenza dall'uso/gioco.

A un certo punto, però, la situazione cambia: il livello di soddisfazione si riduce ed arriva l'“inizio della fine”. In questa fase, la diade “non uso-ricaduta” facilita il distacco psicologico dalla relazione con la droga: ogni volta che una diade si completa, il consumatore è meno soddisfatto dello stile di vita che comprende l'uso ed il terapeuta può lavorare con lui per esaminare l'ultima diade, l'esperienza fatta e il suo impatto sulla relazione con la droga e sullo stile di vita.

La maggior parte dei consumatori di droghe, secondo White (2013), attraversa spontaneamente questo processo in concomitanza con il termine della propria carriera di uso; il terapeuta può, però, facilitarlo, velocizzandolo e rendendolo più dolce. In aggiunta, può assistere il cliente nel restare in vita attraverso la minimizzazione del danno, riducendo la quantità di conseguenze negative dell'uso sulla salute, sui problemi legali e sulle altre aree della vita.

In sintesi, la diade “non uso-ricaduta” permette al consumatore di lasciare la relazione con la droga quando ha raggiunto lo stadio dell'inizio della fine.

A differenza del modello degli stadi del cambiamento¹⁴ (DiClemente e Velasquez, 2007; Connors et al., 2013), che vede la ricaduta come una potenziale fonte di regressione a stadi precedenti, il modello di White tiene conto del diverso significato delle ricadute rispetto ad un punto critico. Negli ultimi stadi della carriera di un consumatore, una ricaduta ha un significato positivo, perché muove il consumatore verso il mantenimento del cambiamento, già iniziato, di separazione dalla droga/gioco.

La distinzione operata da White (2013) ha una ripercussione sulle strategie che si possono utilizzare per aiutare una persona che soffre

¹⁴ Il modello degli stadi del cambiamento individua 5 stadi che caratterizzano circolarmente il processo di uscita dall'addiction: preconsiderazione, considerazione, decisione, azione e mantenimento. La ricaduta, pur non costituendo una fase specifica all'interno del modello, fa parte di tutti i processi di cambiamento ed è considerata come un fatto normale, un evento atteso e/o una battuta d'arresto nel processo del cambiamento. Essa, da una parte, può riportare la persona a stadi precedenti, dall'altra, può favorire processi di apprendimento di nuove abilità e competenze necessarie a portare avanti e/o mantenere il cambiamento (DiClemente e Velasquez, 2007; Connors et al., 2013).

di un'addiction. Un esempio riportato dall'Autore è quello del cambiamento di contesto geografico, spesso fatto per disperazione. Il suo rationale è allontanare il soggetto dai pari che usano droghe nella speranza che cominci un nuovo stile di vita; di solito, questo non funziona e la persona comincia a usare droghe nella nuova area geografica o trova qualche ragione per tornare a casa. Talvolta, tuttavia, tale strategia funziona e può essere usata efficacemente nel momento in cui la carriera del consumatore volge verso la fine. Se l'inizio della fine è cominciato da qualche tempo e la persona sta allontanandosi dalla scena della droga, un cambiamento geografico può accelerare il processo, in modo particolare se la persona sta combattendo con la perdita degli amici che usavano droghe/giocavano e sta avendo difficoltà a stabilire nuove relazioni con i pari. Quando lo spostamento geografico avviene in tale fase e in un ambiente supportivo, allora può avere successo.

White (2013) fornisce anche altre indicazioni rispetto al lavoro sulla ricaduta.

Una parte del lavoro sul processo della ricaduta, in linea con il filone della Relapse Prevention, implica identificare la natura e la qualità della relazione con la droga e le situazioni ad alto rischio. Il consulente aiuta il cliente a identificare i fattori scatenanti, ovvero le situazioni ad alto rischio di uso, che possono riferirsi a sentimenti, pensieri, persone, posti ed eventi.

Il lavoro prevede, inoltre, lo sviluppo di abilità di rifiuto, per cui, se gli venisse offerta una droga o di giocare, la persona risponderà di no (versante sociale). Tale abilità si rivolge anche all'interno della persona (versante intrapsichico), cui viene insegnato a dire di no anche alla parte di sé stessa che vuole usare/giocare, usando messaggi dal Genitore Affettivo ("Fermati") o dall'Adulto ("Non ha senso").

Dato, tuttavia, che le persone con un'addiction non sempre hanno la forza nell'Adulto e nel Genitore di limitare il desiderio del Bambino di usare o giocare d'azzardo e dato che le droghe o il gioco tolgono potere all'Adulto e al Genitore rendendoli meno influenti, allora, oc-

corre in questi casi lavorare per rinforzare l'Adulto e il Genitore Affettivo.

Il lavoro di prevenzione della ricaduta prevede, inoltre, di valutare il livello di deprivazione, divertimento e piacere della persona. Più è presente la deprivazione, più è facile che avvenga una ricaduta. Il consulente può chiedere al cliente di sedersi sulla sedia del Bambino e domandargli cosa stia sentendo e pensando rispetto alla sua vita attuale. Il lavoro sulla deprivazione, secondo White (2013), dovrebbe precedere quello di rafforzamento del Genitore.

Da ultimo, nel lavoro di prevenzione delle ricadute occorre mettere in relazione le diverse parti della personalità, stabilendo un contatto con la parte distruttiva del cliente (BA), così da ridurre l'influenza negativa e la probabilità di una ricaduta (White, 2013).

Linee guida per il lavoro di prevenzione e gestione delle ricadute in ottica analitico transazionale

In questa parte dell'articolo, ci focalizziamo su alcune linee guida che troviamo utili nel lavoro di prevenzione e gestione delle ricadute e che hanno alla base concetti propri dell'AT.

Nello specifico, il lavoro qui proposto si basa su 4 linee guida:

1. contrattare insieme al paziente il lavoro di prevenzione e gestione delle ricadute;
2. evitare di entrare nei ruoli di Persecutore, Salvatore e Vittima (Karpman, 1968) tipicamente giocati dalle persone dipendenti (Steiner, 1974, 1981);
3. osservare le svalutazioni relative alla ricaduta (gestione della ricaduta) o alle potenziali situazioni di rischio (prevenzione della ricaduta) e confrontarle apertamente;
4. verificare quanto succede tra una seduta e l'altra e come la persona metta in pratica quanto impara.

1) Nel lavorare con persone che hanno sviluppato un'addiction, il contratto professionale prevede non solo l'impegno del paziente e del terapeuta per un ben definito corso di azione, cioè l'accordo rispetto all'obiettivo, che può essere l'astensione dall'uso/gioco d'azzardo per un periodo definito di tempo (tre mesi, un anno o astensione con-

tinua) o, in alternativa, obiettivi di riduzione del danno, ma anche un chiaro accordo rispetto alla metodologia di lavoro, che comprende la definizione di ricaduta e la condivisione del lavoro di prevenzione e gestione delle ricadute.

Per fare questo, il terapeuta può utilizzare materiali psicoeducativi o discutere apertamente con il paziente rispetto alla ricaduta, definendola, normalizzandone l'evenienza e concordando con lui l'impegno a parlare delle proprie ossessioni (pensare di usare/giocare), del craving (desiderio di usare/giocare) e delle ricadute (suddivisibili in ricadute emotive o psicologiche, scivolate e ricadute). L'accordo dovrebbe prevedere che, nel corso della seduta, si dedicherà una parte del tempo all'esplorazione di questi aspetti e alla loro analisi, finalizzata, appunto, a prevenire o gestire eventuali ricadute. Un segnale che tale accordo viene rispettato è quello per cui il paziente stesso inizia la seduta raccontando cosa sia successo tra le sedute, riportando pensieri e/o desideri relativi all'uso/gioco d'azzardo e parlando di situazioni affrontate in modo positivo (astensione) o negativo (ricadute).

2) Per quanto riguarda il secondo punto, Steiner (1974, 158) afferma: "Il principale e più importante lavoro del terapeuta è quello di non partecipare al gioco dell'Alcolista". Quindi, non dovrebbe ritrovarsi nei ruoli di Persecutore, Salvatore, Vittima Designata, Agente di collegamento". Nel lavoro di prevenzione e gestione delle ricadute un rischio sempre presente per il terapeuta è quello di assumere uno dei tre ruoli del Triangolo Drammatico di Karpman (1968) che, secondo Steiner (1981), riassumono i cinque ruoli individuati da Berne nel gioco dell'Alcolista.

In base alla nostra esperienza clinica, il terapeuta può entrare nel ruolo di Persecutore tipicamente durante il lavoro di gestione delle ricadute, quando, dopo tanti 'sacrifici' fatti per far sì che la persona dipendente non ricada (ruolo di Salvatore), di fronte all'ennesima ricaduta comincia a sentirsi irritato e spazientito dall'incapacità del paziente di apprendere dall'esperienza e proteggersi. Irritazione e rabbia possono manifestarsi in termini controtransferali come desiderio

di chiudere la terapia e/o di prendere a calci il paziente (dinamica espulsiva) oppure, secondo Steiner (1974), come tendenza a biasimare il paziente per la sua mancanza di motivazione, per la sua resistenza o passività aggressiva.

Nel lavoro di prevenzione delle ricadute, invece, è più facile, a nostro avviso, che il terapeuta assuma il ruolo di Vittima designata (o Patsy, cioè Pollo) e di Salvatore.

Nel primo caso, il terapeuta, come Vittima designata, può, ad esempio:

- assumere che, se il cliente non porta situazioni a rischio o ricadute, ciò significa che sta andando tutto bene;
- non accorgersi che il paziente sta facendo uso o sta giocando tra le sedute;
- credere che il lavoro di prevenzione e gestione delle ricadute non sia più necessario e dedicare tutto il tempo della seduta ad affrontare le altre problematiche del paziente o ad elaborare il suo passato;
- evitare di dare compiti a casa (ad es., partecipare ad un incontro dei gruppi dei 12 Passi) necessari a stimolare la responsabilità del paziente rispetto al cambiamento;
- accettare le rassicurazioni del paziente rispetto all'aver smesso per sempre di usare o di giocare d'azzardo, basandole solo sulle sue parole, senza verificarle.

Nel secondo caso, il terapeuta, come Salvatore, può, ad esempio:

- non confrontare la passività del paziente;
- svalutare la capacità di pensare della persona, indicando cosa fare nelle situazioni a rischio e decidendo al suo posto se evitarle o affrontarle;
- fare più del cinquanta per cento del lavoro di prevenzione e gestione della ricaduta.

Come ricorda Steiner (1974, 160-161): “La situazione in cui un Salvatore è illuso dalla possibilità di successo, e poi si ritrova improvvisamente nella posizione della Vittima della sua Vittima diventata Persecutore, è tipica degli psicoterapeuti che lavorano con pazienti amartici”. Essa può condurre ad una reazione da parte del terapeuta

centrata sulla frustrazione (“non ho fatto abbastanza”) con il rischio di deprimersi.

Un modo per gestire le reazioni controtrasferali che una ricaduta può attivare è quello di domandarsi cosa stia sperimentando il cliente rispetto ad essa: è arrabbiato con sé stesso e/o con la terapia? Si sente rassegnato e impotente? Si vergogna e si sente in colpa?

3) Rispetto al terzo punto, è molto importante che il terapeuta osservi con attenzione le svalutazioni messe in atto dal cliente attraverso i suoi comportamenti e modi di pensare.

Il concetto di svalutazione degli Schiff (1980) è di particolare utilità nel lavoro con le persone che presentano un disturbo da uso di sostanze o un disturbo da addiction. La letteratura sui meccanismi difensivi tipici delle dipendenze ha, infatti, evidenziato come tra le difese più pervasive siano presenti il meccanismo della negazione e quello della minimizzazione. Entrambi questi meccanismi difensivi possono essere tradotti in AT in termini di svalutazione: quando la svalutazione riguarda l'esistenza di uno stimolo, siamo in presenza di una negazione; negli altri casi illustrati dalla matrice della svalutazione, essa comporta sempre una minimizzazione o scotomizzazione di una parte della realtà. Per Gli Schiff (1980, 24-25), “la svalutazione è un meccanismo interno che induce le persone a minimizzare o ignorare aspetti di sé stessi, degli altri o della situazione reale”, ovvero informazioni potenzialmente pertinenti alla soluzione di un problema.

Poiché una svalutazione non è di per sé osservabile, il terapeuta può riconoscerla attraverso alcuni tipi di comportamento passivo (astensione, iperadattamento, agitazione e incapacitazione/violenza), alcuni modi di pensare (grandiosità) e alcuni disturbi del pensiero.

Di particolare interesse nell'ambito della prevenzione e gestione delle ricadute è, in primo luogo, il comportamento passivo dell'astensione, che si manifesta quando il paziente si astiene dal parlare delle situazioni di rischio di ricaduta (prevenzione) o delle sue ricadute (gestione), svalutando così l'esistenza dello stimolo o del problema e passivizzandosi rispetto al contratto.

Può succedere, invece, che la persona riporti situazioni di rischio o situazioni affrontate con successo o insuccesso, ma senza volercisi davvero soffermare, ovvero analizzandole in modo superficiale (svalutazione dell'importanza dello stimolo o del problema).

Nell'ascoltare il paziente sarà importante, quindi, prestare attenzione agli indizi verbali della svalutazione, che possono essere rappresentati da specifiche parole, come "cercherò di...", dall'uso del condizionale, da incongruenze tra verbale e non verbale, da ridefinizioni (manifestate con transazioni tangenziali e bloccanti) e dall'uso di un linguaggio impersonale.

Il lavoro di prevenzione delle ricadute diventa, in questa prospettiva, un processo di problem solving, in cui il terapeuta aiuta il paziente ad attraversare la matrice della svalutazione in diagonale, partendo dalla casella dell'esistenza dello stimolo fino alla casella della capacità della persona ad agire le alternative.

Il compito del terapeuta rispetto all'obiettivo della prevenzione e gestione della ricaduta è quello di confrontare apertamente le svalutazioni. Questo può essere fatto attraverso transazioni incrociate, con l'uso dell'umorismo o stimolando la persona a pensare (Permesso di pensare in antitesi all'ingiunzione Non Pensare).

4) L'ultimo punto riguarda la necessità di verificare quanto accade tra una seduta e l'altra in termini di uso di droghe o di gioco d'azzardo. Questo comprende la verifica di come la persona abbia messo in pratica quanto ha imparato dal lavoro di prevenzione e gestione delle ricadute durante le sedute.

Assegnare compiti di automonitoraggio rispetto alle ricadute e chiedere al cliente, all'inizio di ogni seduta, cosa abbia fatto per mantenere l'astensione dall'uso o dal gioco rappresentano due strategie utili a dare potere e responsabilità al cliente, stimolandolo a uscire dalla passività simbiotica tipica delle dipendenze, a costruire attivamente nuove strategie di coping e a utilizzare in modo adeguato le risorse sociali e professionali che fanno parte del suo sistema di trat-

tamento o, come afferma Morgan (2021), del suo capitale di recovery¹⁵.

Di seguito, riportiamo una vignetta clinica che illustra le suddette linee guida.

Un esempio di prevenzione della ricaduta in ottica analitico transazionale: “Sarebbe...”¹⁶.

Il setting concordato insieme a Cristiano, un uomo di circa 30 anni, che ha sviluppato un disturbo da uso, prevede che io lo veda due volte alla settimana e che sia seguito anche da uno psichiatra, il quale gli ha prescritto una terapia psicofarmacologica impostata per ridurre il craving e l’ansia.

Ci stiamo vedendo da circa sei mesi, nei quali abbiamo lavorato insieme, costruendo una buona alleanza di lavoro¹⁷ e aumentando le sue risorse interne ed esterne¹⁸ in modo tale che la sua capacità di contenersi e proteggersi è decisamente aumentata durante questa iniziale fase di recupero.

Cristiano arriva in seduta raccontandomi di aver avuto quella che definiremo successivamente una ricaduta “psicologica/emotiva” (una ricaduta il cui unico elemento mancante è il comportamento di uso).

¹⁵ Morgan (2021) sottolinea che la psicoterapia applicata ai disturbi da addiction e al trauma non possa rimanere confinata all’interno della stanza di terapia e, riprendendo White e Cloud (2008), definisce il capitale di recovery come l’insieme delle risorse, interne ed esterne, utilizzate per avviare e sostenere il processo di recupero dall’addiction e adatte ad affrontare lo stress del recupero stesso e del vivere.

¹⁶ Nomi e circostanze sono stati modificati per tutelare la privacy del cliente; inoltre, non viene indicata di proposito l’addiction di cui soffre, usando a tal fine parole generiche come “uso”, “disturbo da uso” e “roba”. In effetti, si sarebbe potuto fare un lavoro simile a quello qua illustrato sia con una persona con disturbo da uso di cocaina, di eroina o di alcol, sia con una persona che abbia sviluppato un disturbo da gioco d’azzardo o una dipendenza sessuale.

¹⁷ Ad esempio, Cristiano mi ha parlato di alcune sue ricadute, invece di nasconderle, riferendomi di non sentirsi giudicato da me.

¹⁸ Ad esempio, Cristiano è diventato più accogliente verso di sé e le sue difficoltà ed ha accettato dopo il primo mese di trattamento di assumere una terapia farmacologica e di condividere la sua problematica di dipendenza con due persone per lui importanti.

Riporta che, durante e dopo la ricaduta, si è percepito molto vulnerabile rispetto al comportamento dipendente, pensando “*sono ancora piuttosto debole*”¹⁹.

Osservo dentro di me l’attivazione del mio Genitore Critico che la sua ricaduta emotiva e il modo in cui è avvenuta mi elicitano: mi appare come una ricaduta programmata, in cui erano presenti tutti gli elementi per poterla prevenire e che Cristiano li abbia ignorati (svlutazione) da una posizione di Bambino Ribelle e/o di Bambino Adattato negativo. Nell’episodio che mi descrive, infatti, sono presenti diversi elementi su cui abbiamo lavorato nelle sedute precedenti e di cui non sembra aver tenuto conto: Cristiano ha capito che non è sicuro per lui prendere la macchina da solo, se non per tragitti brevi e che, avvicinandosi ad alcuni posti, rischia di attivare un forte craving e di ritrovarsi in una condizione mentale in cui la perdita di controllo diventa molto più probabile. Eppure, ieri mattina, quando insieme al suo capo hanno deciso come dividersi i compiti, ha accettato di prendere lui l’automobile per fare una commissione che comportava un lungo tragitto e che, in aggiunta, lo avrebbe portato vicino ad uno dei posti per lui meno sicuri.

Per evitare di entrare nel ruolo di Persecutore e di “Prenderlo a calci”, mi permetto di diventare curioso e di esplorare sia le circostanze, i comportamenti, i sentimenti, le sensazioni ed i pensieri che hanno accompagnato la ricaduta psicologica di cui mi sta parlando, sia la sequenza delle scelte che ha preso durante il processo della ricaduta²⁰. Si impara sempre molto stimolando il cliente a parlare in modo dettagliato della ricaduta, consentendogli di recuperare tutte le informazioni utili a riconoscere che essa è un processo decisionale di

¹⁹ Nel modello di recupero dei 12 Passi (Schenker, 2009), un pensiero di questo tipo verrebbe interpretato come un segnale di non accettazione di malattia.

²⁰ In linea con la concettualizzazione degli stati dell’Io nell’Analisi Transazionale Socio-Cognitiva (ATSC) (Scilligo, 2009), questa strategia implica passare dal terzo quadrante (controllo ostile) al primo quadrante (libertà amorevole) attivando gli stati dell’Io Bambino Libero e Adulto Libero.

cui è responsabile e di cui può diventare consapevole invece di sviarsi o ingannarsi²¹.

Tenendo anche presente che una persona che soffre di addiction potrebbe non raccontarmi proprio una ricaduta psicologica/emotiva (e tanto meno di aver usato o giocato), rimando a Cristiano di apprezzare la sua decisione di parlargli²².

Nel raccontarmi la mattinata del giorno precedente, Cristiano mi riferisce una serie di elementi interessanti su cui riflettere:

- ha accettato di uscire con l'automobile, piuttosto che restare in Ufficio, pur riconoscendo che la situazione costituiva un rischio; questo può voler dire molte cose: che manca di assertività, che voleva usare, che non sa chiedere aiuto, che si vergogna ad ammettere con il capo, il quale peraltro conosce il suo problema, la sua vulnerabilità, temendo di essere giudicato e di vedersi difettoso;

²¹ Spesso, le persone con un addiction preferiscono sbrigarsi nel raccontare una ricaduta, come per liberarsene il prima possibile, perdendo in questo modo l'opportunità di apprendere dall'esperienza e di crescere: restare in superficie, attribuire la colpa della ricaduta a eventi, esterni e interni (una rabbia eccessiva, una persona che ha fatto pressioni), di cui non si sentono responsabili, incrementa in genere l'autoinganno (ad es. *"ho fatto una cazzata, non succederà più"*) e il senso di impotenza (l'idea che, quando ricado, non posso farci nulla). Una buona strategia per contrastare questa tendenza o spinta (Spicciati) è quella di far raccontare al raccontatore quanto è successo, così che sia possibile poterci pensare (Permesso di pensare vs ingiunzione di Non Pensare).

²² In generale, la condivisione di una ricaduta apre due opportunità, connesse a due diversi messaggi psicologici o nascosti: il primo, proprio della "parte dipendente", è sfidante (*"sono ricaduto, ah, ah!! Vediamo adesso che fai"*) o vittimistico (*"sono ricaduto, povero me! Salvami tu"*); il secondo, proprio della "parte che vuole smettere", è collaborativo e alla ricerca di una relazione antitetica (*"è successo e te lo voglio dire, piuttosto che tenerlo nascosto"*, cioè aiutami a non giocare dentro di me e con te - la relazione Genitore-Bambino, in cui mi critico e poi mi ignoro e mi ribello). Questo secondo livello offre l'opportunità di costruire con il cliente una relazione nuova che può stimolare l'autoriflessione (*"posso pensare a quello che mi succede"*), l'apprendimento dall'esperienza (*"posso imparare dai miei errori"*) e l'autocura (*"posso imparare a proteggermi"*).

- ha pensato di chiamarmi o di mandarmi un messaggio (chiedere aiuto), ma non lo ha fatto (nei mesi precedenti, non ci avrebbe neanche pensato!);
- ha deciso consapevolmente di non uscire troppo presto per andare all'appuntamento, sapendo che uscire prima avrebbe significato avere tempo per farsi (parte che vuole smettere);
- durante il viaggio si è sentito da subito in ansia, temeva di ricadere e che non avrebbe resistito alla voce interna che gli diceva “*devi farlo*”;
- nel viaggio di andata ha resistito, arrivando qualche minuto prima all'appuntamento; poi, aggirandosi nei paraggi, ha percepito un'occasione per ricadere ed è stato “salvato” solo dall'arrivo del fornitore con cui aveva appuntamento.

Cristiano descrive il viaggio di ritorno come una battaglia; la voglia di farsi era cresciuta, il senso di autoefficacia era diminuito e, alla fine, ha deciso di fermarsi in un posto dove avrebbe potuto trovare la “roba”: riporta di essere andato avanti e indietro per tre volte dall'automobile verso il luogo di compravendita e di essere poi risalito in macchina senza usare. Più avanti sulla strada, si è fermato una seconda volta ma, alla fine, non si è fatto.

È interessante che, nel parlare della sua esperienza di resistenza, Cristiano non si senta orgoglioso di sé, né forte, ma debole e ancora “sensibile”, segno che non è ancora in una fase avanzata del recupero. Questo vuol dire che sta cominciando a riconoscere la compromissione del controllo (“impotenza” nella filosofia di AA). La sua prova di forza, motivata dalla parte dipendente, lo ha messo in contatto con la sua vulnerabilità²³: Cristiano riconosce che il desiderio di farsi può diventare tanto forte da rendere molto difficile resistergli. Durante gli incontri precedenti, in più di un'occasione aveva descritt-

²³ In situazioni come questa, dove la persona ha resistito e non si è fatta, può succedere che la “parte dipendente” possa pensare: “*se riesci a controllarti, allora puoi farne uso quando vuoi*”, portando paradossalmente ad un aumento del rischio di ricaduta nei giorni successivi.

to il craving in modo simile al “*sentirsi pilotato senza potersi fermare*”²⁴.

L’esperienza di una ricaduta, anche solo psicologica/emotiva, lascia di solito la persona dipendente ‘aperta’, cioè con un desiderio più forte di farsi e, d’altra parte, è un’occasione per riconoscere e ammettere che la dipendenza ha a che fare con la compromissione del controllo. Ora Cristiano ha più voglia di farsi ed è anche per questo che me ne sta parlando, perché si sente più in pericolo.

Così, si apre l’ultima parte della seduta, il motivo più profondo per cui mi ha raccontato questa vicenda²⁵.

Cristiano mi confessa di aver preso un appuntamento il giorno seguente con un suo amico fraterno, che è anche stato suo compagno di uso. Afferma che l’amico lo ha contattato perché ha voglia di fare due chiacchiere con lui prima di un viaggio. Mi confida che non pensava di dirmelo, sorridendo come un bambino che un po’ si vergogna e un po’ si sente liberato potendone parlare. Penso che abbiamo lavorato bene se me ne sta parlando prima che l’incontro avvenga e interpreto la sua scelta di aprirsi come una prova dell’efficacia dell’atteggiamento terapeutico che ho assunto, evitando di giocare i ruoli di Salvatore o di Persecutore del Triangolo drammatico.

Il colloquio procede nel modo seguente:

T: (*accentuando il tono, come per ‘giocare a fare’ il Genitore Critico*) ah, bene, ti vedi con Giovanni!

C: (*ride, poi riprendendo un tono serio*) sì, ma penso che andrà bene.

T: pensi che andrà bene (*il tono è ancora accentuato, di confronto amorevole*).

²⁴ In Analisi Transazionale, un’esperienza di questo tipo può essere concettualizzata come il risultato di un’esclusione da parte del Bambino nei confronti dell’Adulto e del Genitore; in termini di ATSC (Scilligo, 2009), il Bambino Ribelle esclude l’Adulto Protettivo e il Genitore Protettivo.

²⁵ Capita, lavorando con persone che hanno sviluppato un’addiction, che gli aspetti più importanti su cui lavorare, emergano verso la fine della seduta. Come nel caso di Cristiano, parlare del passato, cioè di quello che ormai è già successo, invece che del futuro, cioè di quello che sta per accadere, è uno dei modi in cui la “parte dipendente” mantiene il controllo sul recupero e prova a sabotarlo.

C: (*parlando velocemente*) è un mio caro amico, ci vediamo solo per parlare, ha problemi con la sua fidanzata e voleva discuterne con me.

T: (*cogliendo la tangenzialità nella risposta*) se un mio studente mi dicesse che pensa (*accentuandolo*) che l'esame andrà bene, gli chiederei "hai studiato?"

C: (*mi guarda curioso*) ...

T: è proprio una situazione rischiosa, immagino che non sia facile dire di no se ti offrisse di farvi, considerato lo stato mentale in cui stai dopo questa ricaduta emotiva.

C: sì, è vero, non riuscirei a dirgli di no per come sto adesso.

T: ti va se riflettiamo insieme su questa situazione e capisci come puoi fronteggiarla? (*stimolo un contratto di seduta*).

C: (*fa cenno di sì*).

T: (*decido di non confrontare l'incertezza legata all'accennare un sì, invece di pronunciarlo e di attivare il suo A*) dove vi incontrate?

C: abbiamo pensato di vederci a Termini per un caffè o un gelato.

T: (*guardandolo con sguardo giocoso e muovendo la testa in modo "divertito"*) a Termini!

C: (*sorride*) Massimo... (*come un bambino che si lamenta amorevolmente*).

T: (*sorrido con lui*) ... un posto in cui è proprio difficile trovare la roba... (*lo dico sentendomi divertito dal suo autoinganno*). (*Poi, dopo qualche secondo, guardandolo dritto negli occhi*) Voglio chiederti questo: quale è il posto più sicuro in cui puoi vederlo?

C: (*mi guarda con aria da bambino*) sarebbe in Ufficio.

T: quindi, sarebbe (*accentuato in modo dolce, ma di confronto*) in Ufficio.

C: Massimo, tu non me ne lasci passare una (*ride di gusto, come un bambino che è stato colto in castagna da un genitore amorevole e percepisco che si sente contento di essere visto*).

T: vuoi dire semplicemente "il posto più sicuro in cui vederlo è in Ufficio"?

C: (*qualche secondo*) è vero, è in ufficio, lì non ci sarebbero tentazioni e non farei stupidaggini.

T: bene, adesso sai come puoi proteggerti e, se vuoi, lo puoi fare. È bello vederti pensare chiaramente.

Al termine della seduta, stimolo Cristiano a riconoscere il suo contributo al lavoro fatto insieme (si è aperto, ha parlato di una potenziale situazione di rischio, dandosi la possibilità di proteggersi e di prevenire una ricaduta) e fissiamo in termini cognitivi la differenza tra sobrietà (parte che vuole smettere) e dipendenza (parte che vuole continuare a usare): *“una persona sobria fa la cosa più sicura, una persona dipendente si sfida, mettendosi in situazioni di rischio”*. La sobrietà implica riconoscere quanto sia difficile resistere all’uso, accettare questa vulnerabilità e trattarsi in modo protettivo. Per rinforzare la precedente confrontazione, illustro ulteriormente il concetto usando un’esemplificazione in forma di domanda: *“se tuo figlio fosse obeso e goloso, lo metteresti davanti ad un vassoio di paste?”*.

La seduta seguente arriva in seduta, dicendomi che ha visto Giovanni in Ufficio e non si è fatto.

Conclusioni

Il tema della prevenzione e della gestione delle ricadute è centrale quando si lavora nel recupero dalle dipendenze. La concezione di ricaduta qui proposta si rifà alla filosofia e all’esperienza di Alcolisti Anonimi e riprende la distinzione operata da diversi studiosi (Daley, 1989; Marlatt e Gordon, 1985; Kats e Ney, 1997) tra processo della ricaduta ed atto di usare sostanze o giocare d’azzardo. Consideriamo una ricaduta ogni atto concreto di usare droghe o giocare d’azzardo, ma riteniamo che questo comportamento sia anticipato da vari segnali (pensieri, emozioni, e comportamenti in risposta a posti, persone e cose) che, se letti in anticipo, possono aiutare a prevenire una ricaduta.

Le sette aree proposte da Kats e Ney (1997) per classificare gli indicatori di rischio (comportamentali, cognitivi, sociali/interpersonali, affettivi, psicodinamici, fisiologici, spirituali) costituiscono un’utile griglia di partenza per costruire una griglia personalizzata di situa-

zioni di rischio di ricaduta, insieme ai fattori di rischio legati al terapeuta.

Il lavoro di prevenzione e gestione della ricaduta dovrebbe tenere conto delle diverse fasi del recupero (transizione, prima fase del recupero e fase avanzata del recupero) e, in chiave analitico transazionale, della distinzione operata da White (2013) tra ricadute che avvengono prima dell'inizio della fine e ricadute che avvengono dopo che questo punto critico è stato raggiunto.

Infine, nel lavoro sulla ricaduta suggeriamo di contrattare insieme al paziente il lavoro di prevenzione e gestione delle ricadute, di evitare di assumere i ruoli di Persecutore, Salvatore e Vittima, di osservare le svalutazioni relative alla ricaduta o alle potenziali situazioni di rischio, confrontandole apertamente, e di verificare, tra una seduta e l'altra, come le ricadute vengono prevenute e gestite dal cliente, rinforzandone potere e responsabilità.

Bibliografia

- Alcolisti Anonimi (1999). *Alcolisti Anonimi. III ed. italiana*. Servizi Generali A.A.
- American Psychiatric Association (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione. DSM-5*. Raffaello Cortina Editore.
- Barrett, K. & Marlatt, G.A. (2001). Prevenzione delle ricadute e riduzione del danno nel trattamento della dipendenza da sostanze concomitanti a problemi di salute mentale. In Dowd E.T. & Rugle L. (Eds.), *La tossicodipendenza. Trattamenti a confronto* (pp. 199-216). MacGraw-Hill.
- Berne, E. (1969). *Guida per il profano alla psichiatria e alla psicoanalisi*. Casa Editrice Astrolabio.
- Berne, E. (1998). *A che gioco giochiamo. XII edizione*. Bompiani.
- Brown, S. (1997). *Alcolismo. Terapia multidimensionale e recupero*. Erickson.
- Brown, R.I.F. (1993). Some contributions of the study of gambling to the study of other addictions. In W.R. Eadington & J. Cor-

- nelius (Eds.), *Gambling Behavior and Problem Gambling* (pp. 341-372). University of Nevada Press, Reno.
- Caselli, G. (2012). *Psicoterapia cognitiva: le dipendenze patologiche e il lato oscuro del desiderio*. In: <https://www.stateofmind.it/2012/03/psicoterapia-cognitiva-lato-oscuro-del-desiderio/> (consultato il 16/04/2023).
- Connors, G.J., DiClemente, C.C., Velasquez, M.M. & Donovan, D.M. (2013). *Substance abuse treatment and the stages of change*. Guilford Press.
- Daley, D.C. (1989). *Relapse: a guide to successful recovery*. Bradenton, FL: Human Services Institute.
- Daley, D.C. & Marlatt, G.A. (1992). Relapse prevention: cognitive and behavioural interventions. In Lowenson, J.H., Ruiz, P., Millman, R.B. & Langrod, J.C. (Eds.), *Substance abuse: a comprehensive textbook* (pp. 633-645). Williams and Wilkins.
- DiClemente, C.C. & Velasquez, M.M. (2007). Il colloquio motivazionale e gli stadi del cambiamento. In Miller, W.R. & Rollnick, S. (Eds.). *Il colloquio motivazionale. Seconda edizione. Preparare la persona al cambiamento* (pp. 239-257). Erickson.
- Fairbairn, C.E., Briley, D.A., Kang, D., Fraley, R.C., Hankin, B.L. & Ariss, T. (2018). *A Meta-Analysis of Longitudinal Associations Between Substance Use and Interpersonal Attachment Security*. American Psychological Association.
- Gorski, T.T. (1990). The Cenaps model for relapse prevention: basic principles and procedures. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22(2), 125-133.
- Gorski, T.T. & Grinstead, S.F. (2010). *Relapse prevention therapy workbook*. Independence: Herald Publishing House/Independence Press.
- Griffiths, M. (1996). Behavioural addiction: an issue for everybody? *The Journal of Workplace Learning*, 8(3), 19-25.

- Griffiths, M. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use, 10*(4), 191-197.
- Karpman, S.B. (1968). Fairy tales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin, 7*(26), 39-43.
- Kats, R.S. & Ney, N.H. (1997). La prevenzione delle ricadute. In Brown, S. (Ed.) *Alcolismo. Terapia multidimensionale e recupero* (pp. 227-268). Erickson.
- Krystal, H. (1978). Self-representation and the capacity for self-care. *Annual of Psychoanalysis, 6*, 209-247.
- Linehan, M.M. (2001). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Raffaello Cortina Editore.
- Mansueto, G., Martino, F., Palmieri, Scainid, S.S., Ruggiero, G.M., Sassaroli, S. & Caselli, G. (2019). Desire Thinking across addictive behaviours: A systematic review and metaanalysis. *Addictive Behaviors, 98*, 1-11.
- Marlatt, G.A. & Donovan, D.M. (2008). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: a self-control strategy for the maintenance of behaviour change*. Guilford Press.
- Matthews, G. & Wells, A. (2004). Rumination, depression and metacognition: the S-REF model. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.). *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment*. John Wiley & Sons Ltd.
- Morgan, O.J. (2021). *Dipendenza, attaccamento, trauma e recovery*. Giovanni Fioriti Editore.
- Parnell, L. (2020). *Il trattamento basato sull'EMDR per le dipendenze*. Raffaello Cortina Editore.
- Pelli, S. (2007). La prevenzione delle ricadute nel trattamento semi-residenziale: un modello di analisi dei processi psicologici. In Casciani, O. & Masci, G. (Eds.). *Non solo doppia diagnosi. Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/Quaderni* (pp. 146-150). Franco Angeli.

- Schenker, M.D. (2009). *A clinician's guide to 12-step recovery*. W.W. Norton and Co.
- Schiff, J.L. (1980). *Analisi transazionale e cura delle psicosi*. Casa Editrice Astrolabio.
- Scilligo, P. (2009). *Analisi transazionale socio-cognitiva*. LAS.
- Spada, M.M. & Wells A. (2009). A Metacognitive Model of Problem Drinking. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 383-393.
- Steiner, C.M. (1974). *Games alcoholics play*. Ballantine Books.
- Steiner, C.M. (1981). *Healing alcoholism*. Grove Press.
- Steiner, C.M. (2011). *Copioni di vita*, IV ed. La Vita Felice.
- Teesson, M., Dagenhardt, L. & Hall, W. (2006). *Le tossicodipendenze*. Il Mulino.
- Vasale, M. & Tonioni, F. (2010). La ricaduta e le strategie di prevenzione e gestione della ricaduta. In Fanella (Ed.). *Il trattamento terapeutico-riabilitativo della dipendenza patologica* (pp. 107-120). Alpes.
- Vasale, M. (2010). Il concetto di recupero: gli stadi del recupero e le fasi generali del trattamento. In Fanella, (a cura di). *Il trattamento terapeutico-riabilitativo della dipendenza patologica* (pp. 91-105). Alpes.
- White, T. (2013). *Working with drug and alcohol users. A guide to providing understanding, assessment and support*. Jessica Kingsley Publishers.

I processi di cambiamento delle memorie emotive alla luce della Coherence Therapy e dell'Emotion-Focused Therapy

Marco Menegazzi¹, Carla de Nitto²

Changing processes of emotional memories in the light of the Coherence Therapy and the Emotion-Focused Therapy

Abstract

Il cambiamento delle memorie emotive è centrale per la psicoterapia. Le recenti scoperte neuroscientifiche sul riconsolidamento della memoria (Pedreira et al., 2004) hanno evidenziato la possibilità e le condizioni necessarie per realizzare un cambiamento trasformativo di aspetti di natura emozionale, ponendo delle basi di fondamentale importanza per le ricadute cliniche.

L'articolo intende identificare i processi chiave del cambiamento delle memorie emotive alla luce della Coherence Therapy (CT) (Ecker, Ticic & Hulley, 2018) e dell'Emotional Focused Therapy (EFT) (Greenberg, 2000), avvalendosi di elementi teorici, metodologici ed esemplificazioni cliniche. Sarà presentato anche uno stralcio di un lavoro terapeutico effettuato da Leslie Greenberg mediante l'EFT e commentato da Bruce Ecker et al. (ib.) nei termini dei passi indicati dalla CT. Risulterà evidente come il

¹ Laureato in Psicologia clinica e di comunità presso l'Università Pontificia Salesiana di Roma; email: marco.menegazzi98@gmail.com

² Psicologa, Psicoterapeuta, Teaching and Supervising Transactional Analyst (TSTA-P), Docente di Psicologia Clinica e Dinamica presso l'Università Pontificia Salesiana, Direttore dell'IFREP-93 e della SSPC-IFREP, Docente e Supervisore della SSPC-IFREP, della SSSPC-UPS e della SSPT-SAPA, Membro del Laboratorio di Ricerca sul Sé e l'Identità dell'IRPIR, Co-Direttore della Rivista Psicologia, Psicoterapia e Benessere; email: cadenitto@gmail.com

cambiamento degli schemi emozionali profondi promossi mediante l'EFT sia spiegabile nei termini dei passi indicati dalla Coherence Therapy, che può considerarsi, quindi, un metamodello per il cambiamento emozionale.

L'articolo mostra come la ricerca in ambito neuroscientifico sul riconsolidamento della memoria abbia fatto luce su aspetti centrali per la pratica clinica e per l'insegnamento dei processi procedurali che mirano ad attuare i processi trasformativi delle memorie emotive in psicoterapia, promuovendo un circolo virtuoso tra ricerca, clinica e formazione.

Changing emotional memories is central to psychotherapy. Recent neuroscientific discoveries on memory reconsolidation (Pedreira et al., 2004) have highlighted the possibility and the necessary conditions to achieve a transformative change of aspects of an emotional nature, laying the foundations of fundamental importance for clinical relapses.

The article intends to identify the key processes of emotional memory change, in the light of Coherence Therapy (CT) (Ecker, Ticic & Hulley, 2018) and Emotional Focused Therapy (EFT) (Greenberg, 2000), making use of theoretical elements, methodological and clinical examples. Also will be presented an excerpt from therapeutic work by Leslie Greenberg using EFT and commented by Bruce Ecker et al. (ib.) in terms of the procedural steps described by the CT. It will be clear that the change in deep emotional patterns promoted by EFT can be explained in terms of the steps indicated by Coherence Therapy, which can therefore be considered a metamodel for emotional change.

The article shows how neuroscientific research on memory reconsolidation has shed light on central aspects for clinical practice and for the teaching of procedural processes that aim to implement the transformative processes of emotional memories in psychotherapy, promoting a virtuous circle between research, clinic and training.

Keywords

Neuroplasticità; riconsolidamento della memoria; cambiamento trasformativo; Coherence Therapy; Emotional Focused Therapy.

Neuroplasticity; Memory Reconsolidation; Transformational change; Coherence Therapy; Emotional Focused Therapy.

Introduzione

Il primo obiettivo di questo articolo è proporre una descrizione delle memorie implicite e della loro funzione, osservando come il cervello interiorizza una rappresentazione personale del mondo in funzione alle esperienze passate, cercando di dare senso e coerenza all'esistenza secondo una logica associativa. Le memorie traumatiche sono connesse a esperienze molto difficili da integrare nella consapevolezza personale a causa della forte intensità emotiva legata al ricordo. Il processo di estinzione di un condizionamento mostrerà come queste memorie emotive siano particolarmente resistenti al processo neuroplastico, tanto da essere state ritenute indelebili per tutto il XX secolo. Il principio di indelebilità verrà poi smentito dalle ricerche sul riconsolidamento della memoria, di cui sarà brevemente descritto il processo comportamentale attraverso l'esperimento di Schiller e colleghi (2010).

Un secondo obiettivo è evidenziare come la Coherence Therapy e l'Emotion-Focused Therapy abbiano fatto proprio il processo di riconsolidamento della memoria. A tale scopo sarà presentata la cornice teorica di entrambe le scuole di psicoterapia con la relativa metodologia d'intervento. Entrambi gli approcci descrivono la persona come essere profondamente adattivo e coerente, al di là di ciò che pensa di sapere su se stesso, ossia delle narrazioni cosce, addentrandosi nelle realtà inconsce fondate sugli apprendimenti emotivi impliciti. Entrambi gli approcci si avvalgono di ricerche scientificamente validate che consentono di spiegare il cambiamento emozionale anche relativamente ai processi di natura inconscia, in modo tale da dar senso al sintomo e promuovere un nuovo adattamento più aderente alla propria visione del mondo nel qui ed ora.

Memorie implicite e traumatiche

«La memoria non è solo ciò che possiamo ricordare consciamente del passato; secondo una definizione molto più ampia, è l'insieme dei processi con cui gli eventi del passato influenzano le risposte future» (Siegel, 2021 p. 153).

A livello sinaptico, una notevole scoperta per comprendere il ruolo dei ricordi nella vita di ognuno la dobbiamo a Donald O. Hebb con la formulazione del *potenziamento a lungo termine* o LTP. La *legge di Hebb* formula l'ipotesi di un apprendimento sinaptico secondo il quale vi è una modifica della connessione neurale in funzione della frequenza di utilizzo della stessa. Se il collegamento sinaptico si attiva ripetutamente e contemporaneamente, aumenta l'efficacia della connessione mentre, se si attiva in modo saltuario ed alterno, diminuisce (Cacciari & Papagno, 2006). Dato che le nostre memorie ed i nostri comportamenti sono legati a pattern di attivazione neurale, tali pattern rendono più probabile la simultanea attivazione di elementi collegati; per esempio, se a Parigi siete stati attaccati da un cane vicino alla Torre Eiffel, è possibile che vedere una foto o pensare alla Torre Eiffel provochi paura o dolore invece di meraviglia. Appare evidente come il cervello immagazzini la realtà soggettiva, non quella oggettiva, stabilendo connessioni e probabilità di attivazione di specifiche reti neurali.

Questa logica associativa è presente fin dalle prime fasi dell'infanzia; se un bambino viene spaventato dal rumore di un giocattolo, è probabile che in futuro si spaventerà solo alla vista di quel giocattolo. La memoria responsabile di questo automatismo, fondato su processi di natura emozionale, è definita *memoria implicita*. I ricordi con tale caratterizzazione, quando vengono richiamati, non implicano la percezione di ricordare qualcosa; agiamo e basta. Tale meccanismo è spiegato applicando la l'applicazione della Legge di Hebb che in questo caso mostra il

collegamento associativo diretto tra l'input visivo del giocattolo e la risposta emotiva (Siegel, 2021).

La memoria implicita utilizza processi di riconoscimento degli stimoli e recupero emotivo-comportamentale che non richiedono la partecipazione della coscienza (Voss & Paller, 2008). Nella vita di tutti i giorni questo tipo di memoria entra in azione, richiamando profili neurali che sono responsabili di azioni, emozioni, sensazioni corporee e immagini; queste componenti sono una parte fondamentale di ogni essere umano e agiscono come un filtro, per il quale «agiamo, sentiamo e immaginiamo senza necessariamente riconoscere l'influenza delle passate esperienze sulla nostra realtà presente» (Siegel, 2021, p.160). Questo fenomeno è legato alla costruzione di modelli mentali, enormi generalizzazioni grazie alle quali possiamo definire il cervello come una “macchina anticipatoria” che in ogni istante cerca di prevedere ciò che succederà nell'istante successivo, e che quindi orienta l'azione.

La memoria implicita è presente fin dalla nascita; infatti la costruzione di modelli mentali e la capacità di generalizzare è osservabile fin dalla prima infanzia ed ha una notevole influenza sui vissuti di attaccamento. Se un bambino è stato accudito con continuità ricevendo dalla figura di attaccamento risposte positive e prevedibili, le esperienze codificate nella memoria implicita, più specificatamente quella emotiva, creeranno un'aspettativa positiva dell'interazione grazie alla ripetitività delle risposte. Al contrario, se un bambino ha incontrato interazioni con il caregiver incostanti, con scarso coinvolgimento emotivo o connotato addirittura da spavento, gli stessi processi impliciti porteranno a modelli mentali caratterizzati da profonde esperienze negative. Questi vissuti possono dare origine ad un mondo interno disorientante e spaventoso alla presenza o al solo ricordo della figura primaria di accudimento. Crescendo, tali apprendimenti plasmano l'architettura neurale del Sé in via di sviluppo e possono imprimerli nei circuiti neurali, rendendo più agevole la loro riattivazione delle tracce di quelle esperienze. Ognuno di noi, quindi, filtra la realtà attraverso i personali pattern relazionali, influenzando ogni percezione e comportamento secondo

esperienze di base profondamente radicate che riattiviamo senza saperlo (*ibidem*).

Le memorie traumatiche seguono lo stesso processo; infatti coloro i quali hanno subito un trauma spesso hanno difficoltà a recuperare le informazioni sull'evento, spesso il ricordo è frammentato (Brewin et al., 1996). Già Pierre Janet, in uno studio del 1883, attraverso la descrizione di 591 pazienti, intuì che i soggetti sperimentano emozioni violente in relazione ad eventi traumatici e che tali emozioni impediscono l'assimilazione dell'esperienza traumatica. Questi pazienti, sperimentando ricordi del trauma, rispondevano come se in quel preciso momento stessero rivivendo l'esperienza, agendo in maniera adattiva alla minaccia originale ma *disadattiva* nella risperimentazione tramite il ricordo. Appariva impossibile per questi pazienti integrare la totalità dell'esperienza traumatica nella consapevolezza personale (Janet, 1973).

Studi successivi hanno evidenziato che tali modalità sono legate a diverse anomalie del sistema limbico, amigdala ed ippocampo, ovvero le strutture cerebrali responsabili della formazione ed elaborazione dei ricordi. L'amigdala gestisce le rappresentazioni interne del mondo esterno e le esperienze emotive collegate in forma di immagini o ricordi. L'ippocampo, invece, comprende la memoria a breve termine e la memoria esplicita, ma non solo: questa struttura cerebrale collega le esperienze nello spazio e nel tempo, dà un posto fisso ad ogni ricordo e ci permette di distinguere il passato dal presente (Van Der Kolk, 2009). Quando ci troviamo in situazioni di forte stress il corticosterone riduce l'attività dell'ippocampo; inoltre alti livelli di corticosterone possono portare alla perdita delle cellule di questa struttura cerebrale, con risvolti molto negativi sulla memoria (Gurvitz et al., 1996).

Quando viviamo un'esperienza traumatica, secondo la *Teoria della Rappresentazione Duale della Memoria* elaborata da Brewin e colleghi nel 1996, i ricordi non vengono elaborati e

sedimentati nell'ippocampo ma sono collocati nell'amigdala. Da ciò consegue che tali ricordi, caratterizzati da una grande carica emotiva, non sono elaborati a livello conscio e non interagiranno, quindi, con altre memorie autobiografiche e diventeranno elementi isolati e senza tempo, contenenti esattamente la stessa intensità emotiva generata durante il trauma e, finché non verranno elaborati, rimarranno sempre incisi nella nostra personale architettura neurale, pronti a generare la stessa risposta *difensiva* ogni qualvolta ci si presenterà qualcosa che ci ricordi l'esperienza traumatica.

Estinzione di un condizionamento

Una volta consolidata, una memoria implicita sembra essere particolarmente resistente al trattamento mediante processi di estinzione. Già dai primi studi in ambito neuroscientifico (Bouton & Swartzentuber, 1989) fu chiaro che, una volta instillato un condizionamento, nonostante i tentativi di soppressione della risposta comportamentale condizionata, esso poteva essere richiamato facilmente. Le successive ricerche avvalorarono questa ipotesi, dimostrando come l'estinzione di un condizionamento non fosse sinonimo di disapprendimento. Appariva chiaro, infatti, come l'annullamento momentaneo della risposta legata a un apprendimento implicito fosse in realtà dipendente dalla presenza di un contesto diverso. Numerose ricerche hanno dimostrato come i tentativi di estinzione non sostituiscano un apprendimento target, bensì creino due apprendimenti totalmente scissi ma in competizione (Bouton, 2004). Gli apprendimenti emotivi, quindi le memorie implicite, erano ritenuti indelebili. Questo principio di indelebilità fu avvalorato dalla ricerca di LeDoux, Romanski e Xagoraris che nel 1989 pubblicarono un articolo dal titolo *Indelibility of subcortical emotional memories*. In questo studio, i ricercatori sottolineano come gli stimoli associati ad una forte carica emotiva abbiano un profondo impatto sulla vita psichica. Questi traumi emotivi, infatti, persistono per periodi di tempo insolitamente lunghi e ciò ci aiuta a comprendere come questo tipo di memorie nella vita di ognuno sia stabile e sempre attuale.

Alla luce di tali evidenze, le psicoterapie più efficaci sembravano essere quelle che usavano strategie e metodi contro-attivi. Tali strategie creano un apprendimento opposto a quello indesiderato, facendo leva sulle risorse della persona e generando una risposta adattiva che sovrasti quella disadattiva. Alcuni esempi di metodi contro-attivi possono essere le tecniche di rilassamento per contrastare l'ansia, o l'installazione di pensieri positivi per la depressione. Il soggetto, quindi, una volta fatti propri i due apprendimenti, dovrà avere la forza di *scegliere* e seguire l'apprendimento adattivo per un tempo indeterminato dato che, come abbiamo evidenziato negli studi sopracitati, le memorie traumatiche sono dure a morire (Ecker et al., 2018).

Riconsolidamento della memoria: le nuove scoperte

Per tutto il XX secolo, i ricercatori che studiavano la memoria sono stati d'accordo sul fatto che non esistesse alcun processo neuroplastico per modificare una memoria emotiva. Sembrava che, una volta inseriti nella memoria a lungo termine, tali apprendimenti emotivi impliciti fossero permanenti, come «una sorta di prigione psicologica in cui ognuno di noi avrebbe scontato una condanna a vita» (Ecker et al., 2018, p. 39).

Nel duemila, complice anche l'avanzamento tecnologico, venne alla luce lo storico articolo di Nader, Schafe e LeDoux. Tale articolo rappresenta un'inversione di rotta riguardo l'indelebilità delle memorie implicite, dimostrando come i ricordi consolidati, ed il relativo bagaglio emotivo, una volta riattivati, tornino ad uno stato labile e siano potenzialmente soggetti a modifica *entro le cinque ore* dalla loro riattivazione. Successivi studi hanno dimostrato come la semplice riattivazione non fosse sufficiente a rendere instabile l'apprendimento *target*; oltre alla riattualizzazione della memoria implicita è necessaria una *mancata corrispondenza* tra l'apprendimento emotivo e la nuova situazione sperimentata che

evidenzi un'incoerenza rispetto allo stesso apprendimento originario. Se il ricordo condizionato emerge a causa di stimoli familiari ma non si riscontrano nella situazione presente elementi di novità, le sinapsi *non si sbloccano* (Pedreira et al., 2004).

L'esperimento illustrato nell'articolo di Schiller e colleghi (2010), dal titolo *Preventing the return of fear in humans using reconsolidation update mechanism*, rende più chiaro il processo comportamentale per il riconsolidamento della memoria. Tale esperimento è articolato in tre fasi: la prima ha l'obiettivo di instillare un condizionamento classico per la paura, la seconda ha lo scopo di estinguere il condizionamento e la terza di valutare l'efficacia del training di estinzione.

Nella prima fase tre gruppi di persone sono stati sottoposti al condizionamento classico per la paura tramite l'ausilio di due quadrati colorati: un quadrato, Stimolo Condizionato 1 (SC1), comportava una leggera scarica elettrica solo nel 38% dei casi, l'altro, Stimolo Condizionato 2 (SC2), non era associato a nulla. Al termine dell'esperienza, i tre gruppi hanno appreso che interagire con lo Stimolo Condizionato 1 avrebbe potuto comportare una leggera scarica elettrica. I livelli di paura misurati alla conclusione del processo di condizionamento erano molto simili in tutti e tre i gruppi.

Nella seconda fase, con lo scopo di estinguere il condizionamento, il giorno dopo aver instillato l'apprendimento per la paura verso lo SC1 tutti i gruppi furono sottoposti a tecniche di estinzione presentando lo stimolo condizionato (SC1), ma senza la scarica elettrica. L'unica differenza consisteva nel fatto che nei primi due gruppi il condizionamento era stato riattivato con un'unica presentazione del SC1, prima del *training* di estinzione. Nello specifico, il primo gruppo aveva interagito con lo SC1 prendendo la scarica elettrica *dieci minuti prima* dell'estinzione, il secondo invece aveva ricevuto il promemoria *sei ore prima* del training, e quindi fuori dalla finestra di riconsolidamento. Il terzo, invece, non aveva subito *nessun richiamo*.

In tutti e tre i gruppi, al termine del training, non fu prodotta alcuna reazione di paura al SC1, estinguendo così l'associazione.

Nella terza fase, ventiquattro ore dopo, con lo scopo di osservare il comportamento dei soggetti in relazione al fenomeno del *recupero spontaneo*, a tutti e tre i gruppi fu presentato lo SC1 senza l'aspettata scarica elettrica, mostrando i seguenti risultati (fig. 1): questi dati indicano come il recupero spontaneo del condizionamento classico per la paura, può essere completamente inibito se il training viene attuato nella finestra di *cinque ore*, condizione necessaria per il riconsolidamento della memoria.

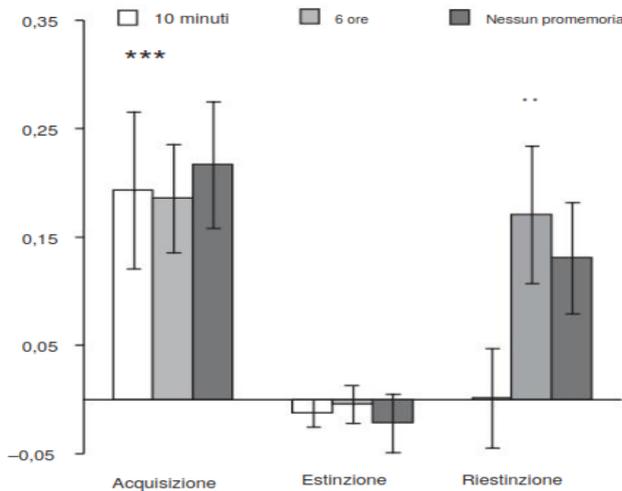


Fig. 1: Rappresentazione grafica dei risultati ottenuti dai tre gruppi (Schiller et al., 2010, p. 50)

Appare evidente dal grafico come il primo gruppo sia il solo che abbia eliminato il condizionamento, mostrando una sorprendente neuroplasticità nell'amigdala, sede dell'associazione neurale target. A distanza di un anno è stato attuato un follow-up che ha mostrato risultati concordi con quelli sopracitati, dando prova dell'efficacia della tecnica del riconsolidamento.

Schiller et al. (2010) suggeriscono che il riconsolidamento abbia funzione adattiva; infatti i ricercatori ritengono che tale meccanismo serva a consentire l'aggiornamento di vecchie memorie ogni volta che vengono recuperate, integrandole stabilmente con nuove informazioni. Appare chiaro che l'apprendimento originario, attraverso il riconsolidamento, viene intaccato dalle *nuove informazioni incompatibili* con quelle precedentemente codificate, senza in alcun modo indurre amnesia del precedente apprendimento. In altre parole, anche se la reazione di paura può essere stabilmente eliminata, rimane intatto il ricordo di *aver avuto* paura.

Sembra che il nostro cervello, prima di mettere in discussione un'associazione neurale salvifica e coerente, come può essere un sintomo, abbia la necessità di fare un'esperienza che violi anche parzialmente le aspettative riguardo una situazione, portando alla luce l'errore predittivo, pronto a cogliere le incoerenze al fine di un maggiore adattamento.

Questo particolare processo, chiamato *riconsolidamento della memoria*, è altamente specifico e controllabile. Infatti, non esistendo un'unica struttura cerebrale legata all'immagazzinamento delle memorie, la cancellazione di una rete mnestica emotiva non influenza la memoria autobiografica che è diffusamente immagazzinata nella neocorteccia. In altre parole, quando si procede per riconsolidare una memoria traumatica non viene alterato in nessun modo il ricordo di aver subito un trauma, semplicemente decadrà la sintomatologia derivata da esso senza possibilità di riattivazione, anche in presenza dello stimolo attivante, il *trigger* (Ecker et al., 2018).

Il sintomo e la sua coerenza secondo la Coherence Therapy

L'apprendimento emotivo è molto più dell'immagazzinamento di dati e informazioni riguardo l'evento e le emozioni relative ad esso. Tale memoria forma, infatti, un modello mentale riguardo l'intero funzionamento del mondo, influenzando l'attribuzione di senso di ogni dato percettivo, caricandolo di un significato emotivo personale. Spesso questi modelli sono

memorizzati al di fuori della finestra di consapevolezza e operano dietro le quinte in modo auto-protettivo, al fine di trovare similitudini con le precedenti esperienze. Tale concettualizzazione non è verbalizzabile, ma non per questo è meno pervasiva, definita e coerente.

La Coherence Therapy sostiene l'idea che tutte le attività del sistema corpo-mente abbiano il fine di usare ed aggiornare le conoscenze coerenti. Questa visione antropologica che descrive l'uomo come un essere dotato della capacità di scegliere il suo miglior adattamento comporta una precisa concettualizzazione del sintomo, definibile attraverso tre punti cardinali descritti nell'articolo di Bruce Ecker e Brian Toomey (2007, p. 211):

- Ognuno produce uno specifico sintomo come assolutamente necessario al fine di avere una ricostruzione e una sintesi, inconscia, non verbalizzabile ed emotivamente rappresentativa della realtà; indipendentemente dalla sofferenza percepita che la sintomatologia comporta.
- Tutti i costrutti che necessitano del sintomo sono convincenti: ogni schema strutturato, sensato e specifico è stato creato in modo adattivo, con lo scopo di rispondere ad una precedente esperienza che ha richiesto tale costrutto. Il sintomo applicato al presente è sorretto da quello stesso schema.
- Ogni persona cessa definitivamente di agire il sintomo solo quando la sua soggettiva visione del mondo non richiede più l'azione necessaria del sintomo. Non sono praticabili altre misure di dismissione.

Nella Coherence Therapy i clienti sperimentano in modo diretto i propri schemi che richiedono l'azione del sintomo. Questa esperienza, chiamata *verità emotiva del sintomo*, porta il soggetto a vivere uno stato alterato di coscienza nell'esperire tale costruzione

complessa. Questi schemi possono riemergere in situazioni riconosciute dal soggetto come eventi attivanti, dando luogo a precise reazioni somatiche o emotive; la persona si trova a sperimentare il rischio connesso alla situazione originaria e coglie come il sintomo stesso la protegga dalla terribile sofferenza che sentirebbe se il sintomo stesso non ci fosse. Tale esperienza viene definita anche *posizione pro-sintomo* (PPS), sottolineando con il termine *posizione* la responsabilità personale ed evidenziando, attraverso il prefisso *pro*, la necessità emotiva ed esistenziale. Al contrario, possiamo identificare una posizione opposta, quella *anti-sintomo*, che fa riferimento ai vissuti soggettivi riguardo il disagio psicologico. Spesso le persone ritengono irrazionali i propri sintomi, talmente sgradevoli da desiderare di liberarsene. Insieme al desiderio di eliminare tale strategia difensiva, la persona può provare molte sensazioni spiacevoli: ad esempio, può sentirsi danneggiata, rotta, cattiva o pazza. La sola esistenza del sintomo può implicare per il soggetto un'esperienza di fallimento, con la percezione di non avere alcun potere di fermarlo ma piuttosto esserne solo vittima. La persona, infatti, cerca di avere il controllo sul sintomo partendo da una posizione che ha il preciso scopo di eliminarlo. È quindi necessario che il cliente in primo luogo faccia l'esperienza diretta della parte di sé che richiede tale meccanismo protettivo, perché è impossibile cambiare una posizione che non sa di avere (Ecker & Hulley, 2019).

Metodologia dell'intervento secondo la Coherence Therapy

La Coherence Therapy ha trovato efficace, come metodologia di trattamento delle Posizioni Pro Sintomo, il lavoro esperienziale e immaginativo, in quanto per il cervello emotivo, responsabile di tali memorie implicite, è impossibile distinguere le esperienze reali e quelle immaginate. Questo dato, dimostrato da Kreiman, Koch e Fried nel 2000, è molto utile per i terapeuti in quanto, attraverso tecniche immaginative come quelle Gestaltiche, è possibile accedere direttamente alle PPS (Ecker et al., 2018 p. 55).

All'interno della metodologia della Coherence Therapy è stata individuata una sequenza universale di cambiamento trasformativo che solo molti anni dopo ha ricevuto le conferme dalle neuroscienze relative alla ricerca sul riconsolidamento terapeutico. Difatti, già nel 1993, Bruce Ecker e colleghi tenevano corsi di formazione basati su questa sequenza, ma le evidenze empiriche relativamente al riconsolidamento della memoria sono arrivate solo agli inizi del duemila. Il fatto che la psicoterapia e le neuroscienze siano arrivati a risultati pressoché identici è una prova della attendibilità di tale metodologia terapeutica, sottolineando come il riconsolidamento possa concretamente essere preso in considerazione come punto di incontro tra due discipline (Ecker, 2018). Come per il modello della Coherence Therapy, anche altri modelli terapeutici avevano già prima del duemila messo a punto metodologie atte a promuovere il cambiamento dei processi emozionali; per es., Mary McClure Goulding e Bob Goulding (1979) idearono la terapia della Ridecisione all'interno del modello dell'Analisi Transazionale, fondando la metodologia clinica sull'assunto filosofico della possibilità di cambiare anche processi di natura emozionale, tipici dello stato dell'Io Bambino. Lo stesso Leslie Greenberg (2000), di cui si dirà a breve, mise a punto un modello terapeutico volto al cambiamento dei processi di natura emozionale.

L'evidenza clinica del cambiamento, effettuato mediante metodologie diverse, è sostenuta da diverse teorie delle emozioni (de Nitto³, 2006, pp. 19-43) e trova conferma nei diversi livelli di elaborazione delle emozioni (Leventhal, 1984) e negli schemi

³ Il processo ridecisionale alla luce di una teoria integrata delle emozioni (de Nitto, 2006) fu presentato in occasione del Convegno organizzato dall'European Association for Transactional Analysis a Roma nel 1999. L'intervento mirava a dare supporto alla metodologia del modello ridecisionale dei Goulding mediante la teoria delle emozioni di Leventhal.

emozionali coinvolti. Oggi, grazie alle neuroscienze, abbiamo evidenze chiare in tal senso.

È quindi particolarmente utile esaminare nel dettaglio le sequenze necessarie per promuovere il processo trasformativo delle memorie emotive. La fig. 2 propone sinteticamente il confronto tra i passi metodologici del processo di riconsolidamento terapeutico e quelli propri della Coherence Therapy (CT) (Ecker et al., 2018 p. 72).

Processo di riconsolidamento terapeutico	Coherence Therapy
I. Sequenza d'accesso	Identificazione dei sintomi
A. Identificazione dei sintomi	<i>Scoperta</i> dello schema richiedente il sintomo
B. Recupero di un apprendimento target	<i>Integrazione</i> dello schema richiedente il sintomo
C. Identificazione di una conoscenza disconfermante	<i>Trasformazione</i> dello schema richiedente il sintomo
II. Sequenza di trasformazione	Identificazione della conoscenza disconfermante
1. Riattivazione dell'apprendimento target	Giustapposizione dello schema richiedente il sintomo e della conoscenza disconfermante Ripetizione della giustapposizione
2. Attivazione della conoscenza disconfermante, mancata corrispondenza con l'apprendimento target	
3. Ripetizione delle coppie di mancata corrispondenza	
III. Fase di verifica	Verifica dell'annullamento dello schema
V. Verifica della cancellazione dell'apprendimento target:	Cessazione dei sintomi
• Cessazione dei sintomi	Non-riattivazione dello schema
• Non-riattivazione dell'apprendimento target	Mantenimento senza sforzo
• Mantenimento senza sforzo	

Fig. 2: Descrizione della corrispondenza tra i passi metodologici del riconsolidamento della memoria e quelli della Coherence Therapy (Ecker et al., 2018, p. 72)

Il primo punto di entrambe le colonne, nella sequenza di accesso (Fase I), come mostrato nella fig. 2, è proprio *l'identificazione dei sintomi*. Questo primo passo consiste nel coinvolgere attivamente la persona al fine di riconoscere ciò che la stessa desidera eliminare, che sia un comportamento, un'emozione o un pensiero. Particolare importanza in questa fase deve essere data, oltre che al riconoscimento da parte del cliente delle proprie reazioni spiacevoli, anche all'identificare quando esse sopraggiungono,

prestando attenzione a cosa le evoca o intensifica. Tutti questi elementi sono assolutamente necessari per poter eseguire nella maniera più precisa possibile le fasi del riconsolidamento terapeutico.

La fase di *scoperta* nella CT è l'inizio del passo B, cioè il recupero dell'apprendimento target, che verrà poi completato con la fase dell'integrazione descritta successivamente. Il passo B è un processo esperienziale per far emergere l'apprendimento emotivo richiedente il sintomo nella sfera consapevole del soggetto, mantenendo comunque la necessità del sintomo, non attuando quindi nessuna tecnica contro-attiva. Una volta verbalizzata la PPS, il terapeuta guida il cliente ad integrare il materiale ora presente nell'area cosciente nella routine quotidiana come verità emotiva personale, per favorire le esperienze di integrazione. È possibile che il recupero di uno schema richiedente il sintomo comporti una sensazione di vulnerabilità ed umore deflesso da parte del cliente. È quindi necessario che il terapeuta dosi tale processo in modo che possa essere sostenuto dalla persona, attraverso un accompagnamento empatico, per evitare di dare occasione di scompensi nella relazione terapeutica ed aumentare il senso di fiducia e sicurezza nel cliente, anche diluendo il lavoro in più sessioni (Ecker, 2018). Per comprendere meglio questo passo terapeutico segue un breve trascritto di una seduta di terapia tratto dall'articolo di Bruce Ecker e Laurel Hulley (2019, p. 35) avente come soggetto una donna che otto anni prima aveva sviluppato una forte depressione in seguito alla morte del figlio, investito da un camion.

TP: Voglio che osservi per vedere se c'è un'altra parte di te, un'area nei tuoi sentimenti dove senti che non meriti di essere nuovamente felice.

PZ: Probabilmente il senso di colpa

TP: Il senso di colpa. Quali parole ha il senso di colpa?

PZ: Che non ero fuori quando è stato investito (per prevenirlo).

TP: Avrei dovuto essere fuori.

PZ: Avrei dovuto essere fuori.

TP: È colpa mia

PZ: È colpa mia.

(Due minuti dopo)

TP: Ti va di provare a parlarmi a partire dalla parte di te che si sente in colpa. So che ci sono anche altre parti. Ma dalla posizione in cui ti senti in colpa, dove senti che è stata colpa tua che il tuo caro figlioletto è stato investito da un camion, da quel lato lì, qual è la verità emotiva per te - da quel posto - se va bene o no per te sentirti nuovamente felice?

PZ: ... non posso darmi il permesso di essere felice.

TP: [molto delicatamente] Come mai? Come mai?

PZ: Come mai?

TP: Perché se tu fossi felice Vorresti completare questa frase?

“Non mi do il permesso di essere felice, perché se fossi felice

PZ: Dovrei perdonarmi. [Pausa...] e sono stata riluttante a farlo.

TP: Bene. Vai avanti. "Sono riluttante a perdonarmi perché"

PZ: Sai, penso che ci siano delle parti di me che non vogliono che io vada avanti da sola, senza di lui. E se continuo così non lo devo fare.

TP: Capisco. Ti va di visualizzarlo di nuovo? Di richiamare un'immagine di Billy? E di provare a dirlo a Billy. Prova a dirgli: "Ho paura che se mi perdono perderò il mio legame con te e andrò avanti senza di te".

PZ: [molto emozionata] Billy, anche se posso immaginarti come un piccolo angelo ho paura di perdonarmi - ho paura che tu te ne andrai e io non voglio che tu te ne vada.

TP: Sì. E vedi se è vero per te dirgli, "È così importante per me restare legata a te che sono disposta a non perdonarmi mai. Preferisco sentirmi in colpa e non perdonarmi che perdere contatto con te e andare avanti senza di te". Prova a dirgli questo. Vedi se lo senti vero.

PZ: [sospira, molto emozionata] Billy, sento che farei qualsiasi cosa per mantenere questo legame con te, compreso sentirmi avvilita e non perdonarmi per il resto della mia vita. E tu sai che questo è vero. [Il suo scopo per rimanere depressa è ora esplicito e sperimentato soggettivamente].

Attraverso queste poche righe di colloquio, è possibile osservare da vicino come il terapeuta cerchi di comprendere *in che modo* il cliente sperimenta il senso di colpa, facendo parlare la sua parte che contiene questa posizione.

Il cliente viene quindi guidato a visualizzare l'immagine del figlio Billy e a verbalizzare, attraverso una frase di prova fornita dal terapeuta, la propria verità emotiva del sintomo: "*Billy, sento che farei qualsiasi cosa per mantenere questo legame con te, compreso rimanere avvilita e non perdonarmi per il resto della mia vita*".

Il passo B del processo di riconsolidamento terapeutico (sequenza di accesso) continua e si esaurisce con la fase di *integrazione*, che ha l'obiettivo di stabilizzare l'esperienza fatta della propria PPS, aiutando il cliente a mantenere l'apprendimento emotivo presente e consapevole, lucido nella mente e nell'esperienza. Questa stabilizzazione, o meglio, questo nuovo apprendimento cosciente, è il cuore delle esperienze di integrazione, in termini neuroscientifici è nota come *consolidamento di una memoria esplicita*. Tale fase è necessaria in quanto le sinapsi che si sono formate durante le esperienze di scoperta sono tutt'altro che durevoli, esattamente come un sogno particolarmente vivido e per noi significativo diventa improvvisamente irrecuperabile, a meno che non si verbalizzi ripetutamente (Ecker & Toomey, 2008).

Il lavoro terapeutico prosegue con la fase C del processo di riconsolidamento terapeutico, che nella Coherence Therapy si traduce con la seconda fase, la sequenza di *trasformazione*, nella quale l'obiettivo è quello di identificare una conoscenza

disconfermante. Questo punto del lavoro terapeutico mira a riportare a galla la verità emotiva che rende il sintomo assolutamente necessario alla sopravvivenza, e contemporaneamente portare il cliente a scoprire come la realtà è ben diversa da come le memorie implicite l'avevano descritta. In questo modo è possibile disconfermare gli apprendimenti che causano tanta sofferenza, in quanto avendo ampliato la visione della realtà, il sintomo non è più necessario. Coerentemente a tale obiettivo, questo passo consiste nel trovare un'esperienza che è fondamentale contraria alle memorie implicite osservate nelle precedenti fasi di scoperta ed integrazione. L'interiorizzazione opposta alla PPS ha il preciso scopo di far sì che non possano essere veri entrambi gli apprendimenti, in virtù della loro inconciliabilità. La necessaria conoscenza disconfermante può essere trovata sia in un'esperienza già presente nella memoria del soggetto, sia creandone un'altra durante o tra le sessioni in terapia. È importante evidenziare come la memoria emotiva *target* faccia parte di una visione parziale e limitante del mondo; il terapeuta dovrà quindi guidare il cliente, una volta riattivato l'apprendimento emotivo e trovata la conoscenza disconfermante, a sperimentare insieme le due conoscenze. In questo modo, il complesso neurale responsabile del malessere del soggetto verrà destabilizzato a causa di una *mancata corrispondenza* che sottolineerà la limitatezza della memoria implicita, facendo emergere il fondamentale errore predittivo (Ecker, 2018). Quando viene sperimentata una forte dicotomia, la nostra mente ha tre modi per superare questo momento di impasse: assimila le due conoscenze manomettendo la percezione di uno o entrambi i significati così da sembrare compatibili, le separa nuovamente impedendo la loro simultanea esperienza, oppure le affronta e trasforma profondamente il costruito di base, integrandolo. È proprio quest'ultimo metodo che interessa i terapeuti; infatti, una volta trovata una conoscenza personale sentita come emotivamente vera e totalmente contraddittoria con lo schema che elicitava il sintomo, bisogna guidare il cliente a sperimentarle entrambe, nello stesso stato di consapevolezza. Questa metodologia per disconfermare

profondamente la PPS e quindi raggiungere l'obiettivo della fase di trasformazione è chiamata *esperienza di giustapposizione* ed è considerata un'unità fondamentale del lavoro terapeutico per il cambiamento trasformativo (Ecker & Hulley, 2019). Ciò ha avuto notevoli concordanze con la ricerca sul riconsolidamento, osservando come l'errore di previsione ha annullato e destituito anche i condizionamenti più resistenti, cioè quelli legati all'apprendimento della paura. Appare infatti come la mancata corrispondenza con un'aspettativa fondamentale sia necessaria per la fase di destabilizzazione delle connessioni neurali relative alla memoria target (Chen et al., 2018).

La terza fase, di *verifica*, rappresenta l'ultimo passo del lavoro terapeutico e ha l'obiettivo di accertarsi che il materiale presente nella memoria *target* sia destituito, senza possibilità di riattivazione. Per il corretto completamento di questa fase, è necessario che siano garantiti tre requisiti fondamentali: gli stimoli che prima avevano la funzione di *trigger* non devono in alcun modo attivare la memoria implicita, tutti i sintomi legati alla PPS scompaiono in modo permanente, non deve esserci alcuno sforzo da parte del cliente per mantenere il nuovo apprendimento, nessuna azione contro-attiva o misura preventiva deve essere messa in atto (Ecker, 2018).

Al fine di chiarire questo punto del lavoro terapeutico, segue una frase tratta da un reale colloquio che rende bene l'idea della conclusione del cambiamento trasformativo: «Beh, non so cosa dirti. Tutto quello che posso dire è che non mi disturba più. E sentendotelo dire, sembra un po' strano che l'abbia fatto, come se mi chiedessi: qual era il mio problema?» (Ecker et al., 2018, p. 96).

La Coherence Therapy racconta un essere umano che ha costruito attivamente il sintomo come la scelta migliore ai fini dell'adattamento. Secondo questa visione, anche se il sintomo si presenta come irrazionale o fuori controllo, in realtà è in linea con

l'esperienza soggettiva della persona stessa, non è un *disturbo*. Questo meccanismo difensivo è frutto di una limitata visione del mondo risiedente nel sistema limbico, che rende il sintomo qualcosa di necessario e salvifico al fine di evitare un dolore più grande. Come nel caso clinico precedentemente riportato, per la madre di Billy era di gran lunga preferibile sentirsi depressa che elaborare il lutto. La Coherence Therapy ha quindi delineato le sopradescritte cinque fasi per: identificare i sintomi; esplicitare e consolidare la verità emotiva del soggetto; trovare una conoscenza disconfermante e attuare un'esperienza di giustapposizione; infine verificare che la persona sia libera dalle proprie catene emotive.

Il ruolo delle emozioni come strategia adattiva secondo l'Emotion-Focused Therapy

Nel precedente paragrafo abbiamo descritto come la Coherence Therapy, ai fini del cambiamento trasformativo in psicoterapia, abbia integrato la metodologia necessaria per il riconsolidamento della memoria nella pratica clinica, costruendo precise sequenze esperienziali aventi come fulcro le esperienze di giustapposizione. Così come per la Coherence Therapy, anche l'Emotion-Focused Therapy (EFT), come sarà egregiamente mostrato nei commenti di Ecker al lavoro dello stesso Greenberg nell'esempio che riporteremo a breve, ha basato la sua metodologia sul riconsolidamento della memoria, indicando alcuni principi e metodologie di intervento sul cambiamento emozionale. Nello specifico l'EFT è un approccio psicoterapeutico sviluppato da Leslie S. Greenberg negli anni '80 sulla base di studi empirici focalizzati sul processo di cambiamento. Questo approccio aiuta le persone a migliorare il modo in cui usare e regolare le proprie emozioni, modificandole alla radice per la promozione del benessere (Greenberg & Meneses, 2021).

Un pilastro **teorico** dell'Emotion-Focused Therapy è che le emozioni che proviamo sono assolutamente fondamentali per la costruzione e l'organizzazione del sé. In questo senso, le emozioni sono uno strumento chiave dell'adattamento dell'essere umano

nell'ambiente in cui è inserito. Quest'approccio terapeutico descrive le emozioni come una strategia adattiva d'elaborazione delle informazioni, promuovendo così il benessere e la reattività nelle diverse situazioni per muoverci al meglio nella nostra realtà (Greenberg, 2004).

Attraverso le reti neurali responsabili degli schemi emotivi, è possibile che le passate esperienze influenzino molto la realtà presente creando reazioni rapide e senza pensieri, come la paura della voce impaziente di un padre o la gioia nell'ascoltare la nostra canzone preferita. Particolari eventi, come tradimenti o abbandoni, possono suscitare emozioni talmente forti da entrare a far parte di una rete neurale stabile e pervasiva, che persisterà finché non verrà modificata nella memoria stessa che la contiene. Sono precisamente questi i meccanismi nei quali l'Emotion-Focused Therapy si propone di intervenire attraverso il riconsolidamento della memoria (Greenberg, 2010).

L'essere umano, oltre a provare affetti sia positivi che negativi, vive il costante processo di dare significato alle proprie emozioni. Ciò consiste nel prendere il dato corporeo e simbolizzarlo, dando senso all'esperienza, articolandola in parole in modo da crearne una nuova. I terapeuti sono chiamati a lavorare sia con l'emozione emergente che con il significato, facilitando il cambiamento trasformativo attraverso l'esperienza e la successiva narrazione (*ibidem*). L'Emotion-Focused Therapy ha identificato diversi tipi di emozioni, descritte nel libro di Leslie S. Greenberg e Catalina Woldarsky Meneses (2021), che richiedono diversi tipi di intervento in relazione a diversi tipi di emozione:

1. Emozioni *primarie adattive*: sono emozioni assolutamente necessarie alla persona, sono reazioni iniziali ed istintive strettamente legate alla situazione vissuta, come essere tristi per una perdita. Le emozioni primarie adattive una volta

sentite, hanno fatto il loro dovere e *scompaiono* dopo aver risposto efficacemente all'evento scatenante.

2. Emozioni *secondarie*: non si riferiscono direttamente alla situazione vissuta ma piuttosto ai propri pensieri ed emozioni primarie, come il senso di colpa successivo all'essersi arrabbiati durante un litigio. Questo tipo di emozione può funzionare da meccanismo difensivo verso i processi che hanno portato all'emozione primaria, come la vergogna successiva al sentirsi tristi.
3. Emozioni *primarie disadattive*: sono sentimenti risalenti al passato di cui spesso si fa esperienza e che non si riescono a modificare, che si ripetono apparentemente senza controllo, come l'insicurezza di base che può permeare anche tutta la vita. Queste emozioni emergono indipendentemente da ciò che si vive, non cambiano in funzione della variabilità delle situazioni e non forniscono indicazioni adattive per risolvere il problema che si esperisce. Le emozioni primarie adattive dovrebbero facilmente scomparire, ma sono necessarie buone capacità di gestione. In alcuni casi è possibile che le capacità di regolazione emotiva della persona non siano sufficienti per la loro gestione, spesso a causa di proprie *ferite emotive profonde* (FEP). Quando si verifica questa situazione, la persona non sarà in grado di elaborare le emozioni provate e quindi agirà in relazione non alla situazione attuale, ma alla FEP irrisolta che elicit il sentimento disfunzionale.
4. Emozioni *strumentali*: la persona le esprime per raggiungere uno scopo come le *lacrime da coccodrillo* al fine di provocare compassione. Questo tipo di emozioni sono comportamenti che hanno l'obiettivo di manipolare l'altro a proprio favore, e sono disfunzionali solo se usate con una certa rigidità e ripetitività al fine di far fronte a bisogni insoddisfatti.

L'Emotion-Focused Therapy si propone, dunque, di accedere alle emozioni primarie e usare la loro funzione adattiva per regolare ed organizzare l'azione, mentre l'accesso alle emozioni disadattive è fondamentale per la loro disconferma (Greenberg, 2010).

La terapia aiuta i clienti a trasformare, regolare, dare senso e gestire le proprie emozioni, rendendoli esperti nell'identificare il proprio stato emotivo e dotarlo di un significato personale, per vivere in modo attivo ed adattivo. Le emozioni primarie sono innate; infatti, non si insegna ad un bambino come essere felice o avere paura ma, mediante le esperienze personali, egli comprende cosa può scatenare in lui paura o felicità. Nell'Emotion-Focused Therapy la combinazione tra fattori innati ed esperienze costituiscono gli *schemi emotivi*, che a differenza degli *schemi cognitivi*, racchiudono anche esperienze affettive e non verbali, come il modo in cui sentiamo e concettualizziamo le emozioni provate, organizzando così la costruzione del sé. Nonostante le emozioni siano centrali nell'EFT, tale terapia sottolinea l'importanza della narrazione di tali elementi, concependo emozione e cognizione come costituenti di un unico processo. La disfunzione o psicopatologia avviene quando tali schemi non vengono riconosciuti dal soggetto oppure se essi hanno origine traumatica (Greenberg & Meneses, 2021).

È possibile identificare alcuni tra i più frequenti schemi derivati da *ferite emotive profonde* (FEP), tra cui: rabbia/vergogna dovuta ad una o più violazioni subite, tristezza legata ad una perdita, dolore dovuto a ferite oppure paura dell'insicurezza. Questi schemi, riattivandosi attraverso i ricordi dell'esperienza traumatica, causano notevoli sofferenze e sono proprio questi ricordi ad essere il fulcro del lavoro terapeutico, modificando le strutture in modo da esporle a risposte emotive più adatte. In seguito alla rievocazione degli schemi emotivi e cognitivi derivate dalle FEP, secondo la metodologia del consolidamento della memoria, l'EFT si propone di scoprire nuove emozioni riguardo la *ferita emotiva*, in modo da modificare gli

schemi richiedenti i sintomi, proprio lì dove sono stati creati come soluzione necessaria.

«Riteniamo che rievocare gli schemi della memoria e introdurre emozioni nuove, così come ridurre le emozioni legate alle ferite subite, permette di riconsolidare in modo nuovo la memoria. Così, se dopo un tradimento l'offensore è visto più con compassione che con rabbia e la situazione viene vissuta con una sensazione di tristezza e perdita e non con la vergogna dovuta all'umiliazione, i ricordi cambiano. Con i sentimenti legati al perdono, gli schemi emotivi dei ricordi si modificano e dunque l'amigdala non è più attivata dai ricordi dell'accaduto doloroso» (*ibidem*, p. 49).

Quando una persona perdona, tipicamente si assiste alla sensazione di essersi liberati da un grosso peso, e ciò potrebbe essere il riflesso dell'inattivazione dell'amigdala. Questo implica la completa cessazione del sistema nervoso simpatico responsabile del *combatti o fuggi*, che provocava una rigidità muscolare in presenza di trigger, chiaro segnale di cambiamento trasformativo. Per fare questo, è assolutamente necessario rievocare la memoria interessata senza i sentimenti di paura o dolore, ma con nuove emozioni quali rabbia o compassione (*ibidem*).

È interessante osservare come il perdono non sia qualcosa di cognitivo o ragionato che sovrasti i sentimenti disfunzionali. Il fulcro della riconciliazione e del cambiamento sembrano essere proprio gli stessi meccanismi emotivi che ci tengono prigionieri.

Principi di intervento sulle emozioni secondo l'Emotion-Focused Therapy

Nella pratica clinica sono state strutturate diverse fasi e ideati vari compiti terapeutici che si ha l'obiettivo di realizzare nelle sedute per la cessazione delle sofferenze della persona che ci chiede aiuto. Ognuno di questi passi ha un obiettivo proprio nel risolvere problemi di elaborazione, evidenziando gli schemi emotivi non più adattivi che rendono difficoltosa la regolazione emotiva necessaria per un buon

funzionamento. I terapeuti dell'Emotion-Focused Therapy attuano una diagnosi processuale, osservando i quattro tipi di emozioni descritti nel precedente paragrafo e adattando gli interventi in funzione di cosa il cliente stia facendo esperienza in quel momento. Nell'EFT il principale cambiamento trasformativo è legato alla creazione di un significato personale all'emozione esperita, elaborandola e dandogli un senso profondo. Secondo quest'ottica, attraverso i processi empiricamente validati di consapevolezza, espressione, regolazione emotiva, riflessione, trasformazione ed esperienza emotiva correttiva, è possibile attuare un profondo cambiamento (Greenberg & Meneses, 2021).

Il primo principio della terapia focalizzata sulle emozioni è quello di *promuovere la consapevolezza emotiva* nel cliente, aiutandolo a far emergere le emozioni primarie, più specificamente quelle adattive. Questo passaggio avviene attraverso la verbalizzazione dell'esperienza emotiva centrale di cui il cliente sta facendo esperienza, dando un nome a ciò che si sta provando. La simbolizzazione attraverso le parole permette di entrare in contatto con quello che si sta sentendo, fornendo un significato ed un senso profondo all'esperienza e promuovendo una narrazione sincera sia dell'emozione adattiva che della sua spinta verso l'azione. In questo modo il cliente tocca con mano dove l'esperienza emotiva lo sta portando, permettendo una consapevolezza intima del suo funzionamento e del processo che sta mettendo in atto (Greenberg, 2004).

Il secondo assioma del lavoro terapeutico fa riferimento all'*espressione emotiva*, durante la quale si progredisce con la scoperta dell'emozione. In questo stadio si punta direttamente alle emozioni primarie, aiutando il cliente a superare l'evitamento ed a ridurre la distanza da quelle temute. Naturalmente c'è una forte tendenza umana ad allontanare le emozioni dolorose; quindi il terapeuta ha il compito di incoraggiare il contatto con l'emotività

bloccata attraverso l'esperienza corporea, e soprattutto a piccoli passi. Questo passaggio è particolarmente rilevante dal punto di vista terapeutico dato che potrebbe comportare la modificazione di convinzioni esplicite, come *gli uomini non piangono*, oppure *la rabbia è pericolosa*. Il cambiamento di questi assunti irrazionali è un importante passo da affrontare, in quanto sono proprio questi che elicitano dinamiche di evitamento ed ostacolano la dissoluzione delle FEP. Vi sono numerose prove che il lavoro sulle convinzioni irrazionali e l'esposizione a sentimenti in passato evitati riduce i sintomi e la percezione di un apprendimento emotivo, ma l'approccio dell'Emotion-Focused Therapy sostiene che queste strategie sono necessarie ma non sufficienti. Una volta raggiunto un contatto autentico con l'esperienza emotiva è necessario accedere anche cognitivamente ad essa, senza tralasciarne il senso personale e la sua espressione comportamentale. Come già affermato, la creazione di significato deve necessariamente passare per il canale verbale, consentendo di assimilare ed integrare nella corteccia prefrontale gli elementi delle FEP non simbolizzate, creando una ri-organizzazione ed una nuova narrazione coerente e conoscibile dell'esperienza emotiva (Greenberg, 2010).

Il terzo principio del lavoro terapeutico nell'EFT fa riferimento alla *regolazione emotiva*, cioè l'implementazione della capacità di tollerare e ridurre l'intensità del sentimento che si sta provando in relazione alle ferite emotive. Questo passaggio terapeutico rappresenta un importante passo per la modificazione delle FEP. La gestione delle reazioni emotive non deve però sfociare nell'iper-controllo; il completo arginamento delle reazioni primarie di un trauma rappresenta un ostacolo da non sottovalutare nel lavoro terapeutico, in quanto simboleggia una distanza eccessiva dalla propria verità emotiva. D'altro canto, nel lavoro clinico ci si potrebbe imbattere nel problema opposto, cioè la totale assenza di regolazione che ci porta a percepire ogni emozione come pervasiva e totalizzante a causa della fuoriuscita del cliente dalla sua zona di tolleranza (Greenberg & Meneses, 2021). Al livello cognitivo, è possibile promuovere la capacità di essere compassionevoli riguardo gli

emergenti sentimenti dolorosi legati all'esperienza traumatica, riconoscendoli, dando agli stessi un nome e lasciandoli andare. Tra le tecniche auto-calmanti troviamo anche lo sviluppo di una sintonizzazione empatica sia dalla persona verso se stessa sia a livello interpersonale, mediante la validazione e l'accettazione delle proprie emozioni da parte di un interlocutore (Schoore, 2003).

È possibile sviluppare una forma di auto-regolazione attraverso l'interiorizzazione di un altro significativo con funzione protettiva (Stern, 1985). In uno studio del 2002, Leslie S. Greenberg e Wanda Malcom hanno infatti dimostrato che un grado di *arousal* medio-alto dell'emozione primaria, come ad esempio la tristezza legata ad una perdita o la rabbia per un torto ricevuto, era predittiva di una modificazione positiva della visione di se stessi e dell'altro. Questo cambiamento fondamentale rappresenta l'interiorizzazione di un nuovo punto di vista, l'integrazione di nuove informazioni volte a smuovere la precedente idea sterile e monolitica della FEP, un passaggio essenziale per la Terapia Focalizzata sulle Emozioni.

Il quarto postulato del lavoro terapeutico consiste nella *riflessione*, cioè incoraggiare una elaborazione dell'esperienza emotiva fatta in terapia, dando un significato nuovo a ciò che si sta sperimentando, portando il cliente a fare un ulteriore passo verso il cambiamento.

L'ultimo principio per il cambiamento trasformativo è rappresentato dalla fase della *trasformazione*, che implica un lavoro di co-attivazione dell'emozione adattiva primaria sottostante con quella disadattiva. Questo processo si basa sul concetto secondo il quale per raggiungere il cambiamento trasformativo in psicoterapia non basta fare unicamente riferimento alla pura logica. È quindi necessario accedere emotivamente alla sofferenza dell'individuo, scoprire la risposta emotiva profondamente radicata e sovrascriverla attraverso l'attivazione contemporanea di elementi incompatibili con lo schema richiedente il sintomo. In questo modo, la rabbia primaria

disadattiva può essere alterata in tristezza adattiva attraverso la co-attivazione di un'emozione funzionale insieme ad una ormai disadattiva e connessa alle FEP, portando così alla modificazione profonda della rabbia disfunzionale. Nell'Emotion-Focused Therapy l'obiettivo principale per cui si accede alle ferite emotive del cliente non è tanto per comprenderne la genesi o il suo *output* comportamentale, quanto cogliere l'emozione primaria disadattiva al fine di far emergere la funzione dell'emozione primaria adattiva (Greenberg, 2006).

Si mira così a rendere presente nella mente del soggetto il bisogno rifiutato da cui nasce la ferita emotiva profonda e, nello stesso momento, rendere attuale l'apprendimento disfunzionale creato per far fronte a tale privazione. In tal modo, se visti entrambi nello stesso momento, il cliente può vedere il suo sintomo esattamente per quello che è, cioè una visione limitata del mondo nata da un bisogno insoddisfatto. Una volta fatta questa esperienza, la realtà del cliente si amplia, rendendo il sintomo non più necessario per la sopravvivenza dato che la nuova visione del mondo non lo richiede più.

I metodi principali per accedere alle emozioni adattive sottostanti implicano lo spostamento del focus d'attenzione del cliente verso il sentimento immediatamente inferiore, in ordine di intensità, a quello disadattivo dominante. Durante queste procedure, è importante cogliere ed esprimere gli obiettivi e le necessità incorporati nelle emozioni emerse, ad esempio chiedendo esplicitamente al cliente, quando si trova nella condizione di disagio disadattivo, di cosa ha *bisogno* per risolvere il dolore che sta provando. Elevare tale bisogno e renderlo presente nell'area di consapevolezza apre la porta per la ricerca di una soluzione e, stando sul livello affettivo, il solo pensiero di poter fare qualcosa per raggiungere tale obiettivo evoca un'emozione diversa dal dolore, aprendo così preziosi canali neurali mai percorsi (Greenberg, 2015).

È importante sottolineare che il processo di trasformazione emotiva non fa riferimento alcuno ai processi di estinzione, catarsi, adattamento o esposizione. In questa fase terapeutica l'emozione

disadattiva non viene in nessun modo depotenziata né eliminata dal cliente; si ricorre invece ad un processo di scoperta che si realizza su un piano esperienziale riguardo il bisogno insoddisfatto che neutralizza la FEP. In alcune situazioni può essere utile l'esposizione ripetuta all'emozione per superare la paura paralizzante nel provarla, ma spesso nel lavoro terapeutico il cambiamento trasformativo avviene attraverso la modificazione dell'emozione disadattiva, non mediante la sua attenuazione. La fase della trasformazione ha luogo quando la persona vive un'esperienza opposta e non compatibile con la FEP, modificando profondamente lo schema emotivo del cliente. Ciò è possibile anche nella rielaborazione di un ricordo; infatti, nella sua rievocazione è possibile stimolare il riconsolidamento della memoria mediante un nuovo input emotivo, trasformando così il ricordo target e tutte le emozioni ad esso associate (Greenberg & Meneses, 2021). Spesso, le esperienze correttive nel lavoro terapeutico individuale hanno luogo a partire dalla relazione terapeutica stessa. Ad esempio, se un cliente presenta grandi difficoltà di fiducia a causa di una figura genitoriale abusante, una relazione terapeutica caratterizzata da accudimento ed accettazione porterà con tutta probabilità ad un attaccamento riparativo, modificando profondamente l'idea che il cliente ha dell'altro significativo, a causa dell'incompatibilità delle due esperienze (ibidem).

L'analisi di un caso clinico estratto dall'articolo di Leslie S. Greenberg (2010) riletto alla luce della Coherence Therapy da Bruce Ecker, Robin Ticic e Laurel Hulley (2018) mostrerà come gli stessi processi di cambiamento emotivo, che si avvalgono di solide basi scientifiche, possono essere attuati indipendentemente dal modello psicoterapeutico di riferimento. Appare evidente come il riconsolidamento della memoria non sia appannaggio di un'unica metodologia clinica; al contrario, come è bene illustrato nel testo di Ecker et al. (ib.), è possibile promuovere esperienze trasformative

facendo riferimento a differenti modelli teorici, a patto di non attuare metodi contro-attivi.

Illustrazione di un caso clinico riletto alla luce dell'EFT e della CT

Il processo terapeutico sarà commentato da Ecker et al. (2018) per sottolineare i processi di base del cambiamento emozionale delle memorie implicite.

Ad un colloquio di valutazione iniziale, una donna di 39 anni, che chiameremo Trish, riferì piangendo che si sentiva depressa, come per la gran parte della sua vita. Nel corso dell'ultimo anno il suo stato d'animo era molto peggiorato, a tal punto da smettere di lavorare e non uscire quasi mai da casa. I rapporti con la famiglia erano diventati dolorosi e complicati; persino rispondeva raramente al citofono o al telefono.

Già in questa fase iniziale è possibile osservare il passo A del processo di riconsolidamento terapeutico corrispondente all'*identificazione dei sintomi* (il sentirsi depressa, insieme alle sue manifestazioni comportamentali di isolamento). Col proseguire del colloquio Trish fornì qualche altro dato relativo alla sua storia: la madre era un'alcolista; con lei e le tre sorelle aveva interrotto ogni contatto; il padre era un sopravvissuto ai campi di concentramento e aveva avuto, lungo tutta la sua infanzia, l'abitudine di impartire punizioni fisiche a Trish. Nonostante Trish riuscisse a focalizzarsi sulle sue sensazioni interne quando riceveva un rispecchiamento empatico, al terapeuta fu chiaro che evitava le emozioni spiacevoli, sperimentando al loro posto stati di disperazione ogni qual volta si avvicinava alle emozioni primarie.

Durante il colloquio, Trish riuscì a parlare della rabbia e della tristezza che provava nei confronti del padre, descrisse inoltre una percezione di se stessa caratterizzata da forti sentimenti di vergogna, autocritica e impotenza. Si sentiva un fallimento e sminuiva il trauma complesso nei confronti del padre, in quanto per la cliente essere presa a schiaffi era semplicemente normale. Da questi dati possiamo ricavare, oltre ai sintomi depressivi espressi

precedentemente, altri elementi relativi all'identificazione dei sintomi: attuali sentimenti di vergogna, autocritica e impotenza. Le emozioni sperimentate dalla cliente inoltre indicavano che nell'infanzia poteva essersi sentita minacciata, trascurata ed umiliata a causa degli abusi fisici subiti, e ciò fu molto utile al terapeuta in quanto rappresentava il recupero delle memorie emotive (Passo B) (Ecker et al., 2018).

Nella terza seduta Trish iniziò a raccontare la costante disapprovazione da parte del padre:

«Credo di essere una cattiva persona, ma nel profondo non credo di essere una cattiva persona... sì, sto soffrendo per quello che probabilmente non ho avuto e so che non avrò mai» (Greenberg, 2010, p. 40).

Le credenze contrastanti che il cliente ha appena espresso forniscono elementi importanti per le esperienze di giustapposizione comprendenti il Passo C. Trish infatti aveva manifestato un'incongruità per tre diversi aspetti: il sentirsi una persona cattiva ma al contempo non crederci profondamente; ciò che provava era legato realmente a dei bisogni insoddisfatti di cui aveva sofferto, non a carenze o difetti innati della sua personalità; voler ottenere il riconoscimento dai genitori e colmare i bisogni insoddisfatti attraverso il loro amore era impossibile, per cui l'unico modo per andare avanti nella sua vita era perdonarli ed elaborare i suoi vissuti (Ecker et al., 2018).

A questo punto il terapeuta invitò, mediante la tecnica della sedia vuota, ad esprimere le sue emozioni:

«Hai distrutto i miei sentimenti. Hai distrutto la mia vita. Non proprio tu, ma non hai fatto niente per nutrirmi ed aiutarmi nella vita.

Non hai fatto assolutamente nulla. Mi hai dato da mangiare e mi hai vestito a un certo punto. Questo è tutto» (Greenberg, 2010, p. 40).

Il terapeuta, usando le affermazioni fatte dal Trish poco prima, la guidò a verbalizzare come fosse per lei essere chiamata “diavolo”:

«Era orribile. Mi hai fatto sentire che ero sempre cattiva, intendo quando ero bambina. Non ci credo adesso, ma quando ero bambina sentivo che stavo per morire e che stavo per andare all’inferno perché ero una persona cattiva» (Ibidem, p. 40).

Questo passo terapeutico risulta molto significativo, in quanto Trish ha detto al padre cose mai dette prima, e questo elicitò il lavoro di recupero della verità emotiva che sostiene il sentirsi depressa. Inoltre, nell’esprimere al padre di sentirsi “cattiva”, era stata accompagnata a fare i primi due passi del consolidamento terapeutico: sentirsi “cattiva” e contemporaneamente la disconferma di tale costrutto. Questo ha portato Trish ad allontanarsi dalle emozioni secondarie con finalità protettiva, toccando con mano le sue emozioni primarie legate alle PPS (Ecker et al., 2018).

Il colloquio, infatti, continua con l’espressione da parte di Trish dei suoi bisogni insoddisfatti, mostrando la sua vulnerabilità:

«Mi fa male che tu non mi ami... sì... credo, sai, ma... io sono arrabbiata con te e avevo bisogno di amore e tu non c’eri per darmi amore» (Greenberg, 2010, p. 40).

È interessante osservare come la sintonizzazione empatica attuata dal terapeuta abbia permesso il contatto con il proprio dolore; si potrebbe dire che, camminando insieme, sono riusciti ad andare lontano. Attraverso l’accompagnamento emotivo Trish non si è sentita sola nella sua sofferenza e, attraverso la validazione del suo bisogno d’amore, è stato possibile creare un’esperienza di giustapposizione con il suo apprendimento originario:

Papà non mi dà amore perché non ne sono degna è stato trasformato in mio padre si è comportato male con me perché non è stato capace di essere amorevole con sua figlia.

In questo modo la *ferita emotiva profonda* riguardante il sentirsi “cattiva” e non meritevole di amore, fonte della vergogna pervasiva, è stato oggetto a dissoluzione, eliminando quindi la vergogna stessa (Ecker et al., 2018). Nella stessa seduta e, incoraggiata dal terapeuta, si rivolse al padre seduto immaginativamente su quella sedia, dicendo:

«Io ero sola. Non conoscevo mio padre, ti conoscevo solo come una persona che urlava contro di me tutto il tempo e mi picchiava. [...] Ti conoscevo solo come qualcuno che temevo» (Greenberg, 2010, p. 40).

Questo passaggio sottolinea che Trish stava continuando il processo di trasformazione, trovando sempre nuove convinzioni non conciliabili con le memorie implicite auto-umilianti attraverso le quali giustificava il comportamento del padre (Ecker et al., 2018).

Il colloquio prosegue con:

«Sì e tu mi umiliavi, ero molto arrabbiata con te perché mi picchiavi sempre, sei stato così meschino e avevo sentito dire che Hitler era meschino, quindi ti chiamavo Hitler [...] Sono arrabbiata con te perché credi di essere stato un buon padre, hai detto che non ci hai mai colpito e questa è la più grande bugia sulla terra» (Greenberg, 2010, p. 40).

Di grande rilevanza appaiono le parole con cui Trish concluse la seduta, affermando:

«Avevo bisogno di essere abbracciata ogni tanto da bambina o che mi dicessi che ero Ok. Penso che sia normale» (*ibidem*, p. 40).

Le ultime quattro parole si possono considerare come il Passo 5 del riconsolidamento terapeutico, ovvero la *fase di verifica*, in quanto il modello mentale che supportava le convinzioni auto-giudicanti sembra completamente dissolto. Nella seduta successiva il terapeuta decise di usare la tecnica delle *due sedie*, nella quale si invita il cliente a mettere su una sedia la parte di sé secondo la quale non era meritevole di amore, e sull'altra le consapevolezze opposte emerse nella seduta precedente. Attraverso questa tecnica è possibile condurre due obiettivi contemporaneamente: effettuare nuovamente esperienze di *scoperta ed integrazione* dell'apprendimento target, e fare esperienza di nuove esperienze di giustapposizione attraverso il dialogo tra le due parti contrapposte (Ecker et al., 2018). Alla conclusione della seduta Trish ha raggiunto tale consapevolezza:

«Sebbene mamma e papà non mi amassero o non mi mostrassero alcun amore, non era perché non ero amabile; era solo perché erano incapaci di quelle emozioni» (Greenberg, 2010. p. 41).

Questo rappresenta un marker significativo della rielaborazione delle precedenti PPS, in quanto Trish non mostrava in nessun modo il dolore osservabile nei precedenti incontri.

Durante la decima seduta, il terapeuta scelse di attuare un altro lavoro con la sedia vuota, nel quale Trish contattò il padre cercando di essere più compassionevole riguardo il suo vissuto, contribuendo alla verifica dell'inesistenza delle ferite emotive che hanno portato alla creazione dei sintomi. In questo dialogo immaginativo con il padre Trish disse:

«Capisco che hai attraversato un grande dolore nella tua vita e probabilmente a causa di questo dolore, a causa delle cose che hai visto, ti sei chiuso in te stesso. Forse hai paura di dare amore come dovrebbe essere dato e di essere troppo vicino a qualcuno, perché

questo significa che puoi perderlo. Sai, adesso riesco a capirlo, mentre crescevo non ci riuscivo» (Greenberg, 2010. p. 41).

Attraverso questo dialogo Trish dava ancora la responsabilità al padre per il modo in cui era stata trattata, ma adesso aveva un atteggiamento più comprensivo verso la sua vita ed il suo comportamento abusante. Così facendo, Trish aveva permesso a se stessa di costruire una nuova visione della sua realtà, lasciandosi alle spalle il risentimento provato per tutta la vita. L'interiorizzazione di queste nuove informazioni rappresentava una nuova esperienza di giustapposizione riguardo tutto ciò che il cliente aveva sempre creduto vero sul padre, riscrivendo completamente la sua architettura neurale (Ecker et al., 2018).

Alla fine della seduta Trish affermò:

«Mi sento sollevata dal non avere più questa rabbia che mi siede sul petto» (Greenberg, 2010. p. 41).

Da queste parole, possiamo comprendere come Trish fosse riuscita ad annullare completamente le reazioni somatiche e comportamentali riguardo la FEP. A tal proposito, alla fine del lavoro durato 14 sedute, tutti i vissuti spiacevoli legati al desiderio di essere amata avevano cessato di presentarsi, ora Trish era in grado di esprimere i suoi bisogni e aveva riallacciato i rapporti con le sorelle (Ecker et al., 2018).

Questo caso clinico è particolarmente esemplificativo di come la metodologia dell'Emotion-Focused Therapy sia coerente con i processi di base del cambiamento delineati alla luce della Coherence Therapy: attraverso i principi di intervento emotivo sopradescritti ed il desiderio di cambiare, Trish riuscì a vincere i suoi

sintomi e quindi vivere la sua vita libera dalle catene delle memorie emotive.

Conclusioni

Le ricerche neuroscientifiche sul riconsolidamento della memoria hanno reso possibile spiegare la possibilità di effettuare cambiamenti di tipo trasformativo anche di quegli schemi emozionali relativi alle memorie implicite, apprese e mantenute perché contengono una verità emotiva nell'esperienza soggettiva della persona. La neuroplasticità del cervello permette di aprire le nostre sinapsi davanti ad incongruenze rilevate e secondo condizioni ben specificate nell'articolo, consentendoci di aggiornare i nostri apprendimenti più arcaici sulla base di nuove esperienze trasformative, grazie alle quali il cambiamento risulta essere stabile nel tempo, non richiede sforzo per essere mantenuto ed è comprovato dall'evidenza di non incorrere più nel sintomo davanti ad eventi che solitamente lo elicitavano.

L'articolo propone una sintesi dei processi di cambiamento illustrati nella Coherence Therapy e nell'Emotional Focused Therapy, alla luce dei processi del riconsolidamento della memoria e li illustra anche mediante esplicative e chiarificatrici esemplificazioni.

Risulta interessante per psicoterapeuti in formazione e psicoterapeuti di diversi orientamenti teorici in quanto presenta i processi di base del cambiamento delle memorie emozionali implicite.

Bibliografia

- Bouton, M. E., Swartzentruber, D. (1989). Slow reacquisition following extinction: Context, encoding, and retrieval mechanisms. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 15, 43–53. <https://doi.org/10.1037/0097-7403.15.1.43>
- Bouton, M. E. (2004). Context and behavioral processes in extinction. *Learning & Memory*, 11(5), 485–494. <https://doi.org/10.1101/lm.78804>
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological review*, 103(4), 670. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.103.4.670>
- Cacciari, C., Papagno, C. (2006). *Psicologia generale e neuroscienze cognitive. Manuale per le professioni medico-sanitarie*. Il Mulino.
- Chen, W. [et al]. (2018). Effects of prediction error on post-retrieval extinction of fear to compound stimuli. *Acta Psychologica Sinica*, 50(7), 739-749. <https://doi.org/10.3724/SP.J.1041.2018.00739>
- de Nitto, C. (2006). Il processo ridecisionale alla luce di una teoria integrata delle emozioni in *L'Arte della Psicoterapia. Itinerari di formazione alla psicoterapia secondo un'ottica analitico-transazionale integrata*. LAS
- Ecker, B. (2018). Clinical translation of memory reconsolidation research: Therapeutic methodology for transformational change by erasing implicit emotional learnings driving symptom production. *International Journal of Neuropsychotherapy*, 6(1), 1–92. DOI: 10.12744/ijnpt.2018.0001-0092
- Ecker, B., Hulley, L. (2019) *Coherence Therapy Manuale pratico & guida per la formazione*. (Bastianelli, L. & Soria, S., Trad) Coherence Psychology Institute. (Opera originale pubblicata nel 2017)

- Ecker, B., Toomey, B. (2008). Depotentiation of symptom-producing implicit memory in Coherence Therapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 21, 87-150. DOI: 10.1080/10720530701853685
- Ecker, B., Toomey, B. (2007). Of neurons and knowings: Constructivism, coherence psychology, and their neurodynamic substrates. *Journal of Constructivist Psychology*, 20(3), 201-245. <https://doi.org/10.1080/10720530701347860>
- Ecker, B., Hulley, L. & Tivic, R., (2018). *Sbloccare il cervello emotivo: Eliminare i sintomi alla radice utilizzando il riconsolidamento della memoria*. Franco Angeli.
- Greenberg, L. S., Malcom, W. (2002). Resolving unfinished Business: Relating process to outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 406. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.2.406>
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 3-16. <https://doi.org/10.1002/cpp.388>
- Greenberg, L. S. (2006). Emotion-focused therapy: A synopsis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(2), 87-93. <https://doi.org/10.1002/cpp.388>
- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-Focused Therapy: A Clinical Synthesis. *The journal of lifelong learning psychiatry*, 8(1), 32-42. <https://doi.org/10.1176/foc.8.1.foc32>
- Greenberg, L. S. (2015). *Emotion-Focused Therapy: coaching clients to work through their feelings* (2 Ed.). American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., Rice, L., N., Elliot, R. (2000). *I processi del cambiamento emozionale*. LAS.
- Greenberg, L. S., Meneses, C. W. (2021). *Perdonare e lasciare andare nell'Emotion-Focused Therapy (EFT)*. Franco Angeli.
- Gurvits, T. V. [et al]. (1996). Magnetic Resonance Imaging Study of Hippocampal Volume in Chronic, Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 40(11), 1091-1099. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(96\)00229-6](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(96)00229-6)

- Janet, P. (1973). *L'automatisme psychologique: essai de psychologie experimentale sur les formes inferieures de l'activite humaine*. Felix Alcan.
- Kreiman, G., Koch, C., Fried, I. (2000). Imagery neurons in human brain. *Nature*, 408, 357361. <https://doi.org/10.1038/35042575>
- Le Doux, J. E., Romanski, L., Xagoraris, A. (1989). Indelibility of subcortical emotional memories. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 1(3), 238-243. <https://doi.org/10.1162/jocn.1989.1.3.238>
- Leventhal H. (1984). A perceptual-motor theory of emotion. In L. Berkowitz, *Advances in experimental social Psychology*. Academic Press.
- McClure Goulding, M., Goulding, R.L. (1979). *Changing lives through Redecision Therapy*. Brunner/Mazel.
- Nader, K., Schafe, G. E., Le Doux, J. E. (2000). Fear memories require protein synthesis in <https://doi.org/10.1038/35021>
- Pedreira, M. E., Perez-Cuesta, L. M., Maldonado, H. (2004). Mismatch between what is expected and what actually occurs triggers memory reconsolidation or extinction. *Learning e memory*, 11, 579-585. <https://doi.org/10.1101/lm.76904>
- Schiller, D. [et al]. (2010). Preventing the return of fear in humans using reconsolidation update mechanism. *Nature*, 463, 49-53. <https://doi.org/10.1038/nature08637>
- Schore, A. N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. W.W. Norton & Co.
- Siegel, D. J. (2021) *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale* (3. Ed.). Raffaello Cortina.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. Basic Books.
- Van Der Kolk, B. (2009). Il corpo tiene il conto. Introduzione alla psicobiologia del disturbo post-traumatico da stress, in Williams, R., (2009). *Trauma e Relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*. Raffaello Cortina.
- Voss, J. L., Paller, K. A. (2008). Brain substrates of implicit and explicit memory: The importance of concurrently

acquired neural signals of both memory types.
Neuropsychologia, 46, 3021-3029.
<https://doi.org/10.1016/j.neuropsychol>

IN DUE PER APPRENDERE

Il valore nella formazione della coppia terapeuta-osservatore nei Centri Clinici: un sondaggio

Cinzia Messana¹, Rosanna Giacometto², Daniele Guglielmi³

IN TWO FOR LEARNING

The value for training of therapist-observer pair in Clinic Centers: a survey

Abstract

L'articolo riporta i risultati di un sondaggio condotto in due momenti diversi, nel 2007 e nel 2021, tra gli specializzandi del terzo e quarto anno delle Scuole di specializzazione (SSSPC-UPS, SSPC-IFREP, SSPT) che collaborano con l'Istituto di Ricerca sui Processi Intrapsichici e Relazionali (IRPIR). Lo scopo del sondaggio è stato quello di raccogliere l'esperienza degli specializzandi nel condurre il lavoro di psicoterapia presso i Centri clinici dell'IRPIR, alla presenza di un osservatore, sia nel setting in presenza che in quello online. Da quanto è emerso, l'esperienza risulta globalmente apprezzata ai fini dell'apprendimento e coerente con la

¹ Psicologa, Psicoterapeuta, Teaching and Supervising Transactional Analyst (TSTA-P), Docente della SSSPC-UPS e della SSPC-IFREP. Membro del Laboratorio di Ricerca sul Sé e l'Identità dell'IRPIR.

email: cinzia.messana@gmail.com

² Psicologa, Psicoterapeuta, Teaching and Supervising Transactional Analyst (TSTA-P), Docente della SSSPC-UPS e del Corso biennale di Formazione alla relazione socio-educativa - IFREP. Membro del Laboratorio di Ricerca sul Sé e l'Identità dell'IRPIR.

email: rgiacometto@gmail.com

³ Psicologo, Esperto in Neuropsicologia Clinica, Psicoterapeuta ATSC in formazione.

email: danieleguglielmi802@gmail.com

metodologia di apprendimento esperienziale che permea la formazione delle suddette Scuole.

The article illustrates the results of a survey conducted at two different times, in 2007 and 2021, among third and fourth year students of the post-graduate Schools (SSSPC-UPS, SSPC-IFREP, SSPT) that collaborate with the Institute for Research on Intrapsychic and Relational Processes (IRPIR). The aim of the survey was to gather the experience of trainees in conducting psychotherapy work at the IRPIR Clinical Centers, with the presence of an observer, in both in-person and online settings. From what emerged, the experience was globally appreciated for learning purposes and consistent with the experiential learning methodology that permeates the training of the aforementioned Schools.

Keywords

Centro clinico; Terapeuta-osservatore; Apprendimento esperienziale; Scuole di Specializzazione

Clinic Center; Therapist-observer; Experiential learning; Specialization Schools

Quando a novembre 1997 e poi nel gennaio 2000 sono stati avviati i Centri di Prevenzione e Intervento (CePI) dell'Istituto di Ricerca sui Processi Intrapsichici e Relazionali (IRPIR), dove si poteva usufruire di un servizio di terapia breve effettuato, rispettivamente, dagli specializzandi della Scuola Superiore in Psicologia Clinica (SSPC) dell'IFREP (Istituto di Formazione e Ricerca per Educatori e Psicoterapeuti nelle sue 3 sedi di Roma, Cagliari e Mestre) e della SSSPC-UPS (Scuola Superiore di Specializzazione in Psicologia Clinica) dell'Università Pontificia Salesiana di Roma, è stata creata una realtà che nel tempo ha portato molti buoni frutti, e continua anche oggi a farlo, sia a livello di impatto sociale che di formazione psicoterapeutica e clinica. Successivamente questa esperienza nel 2010 è stata anche aperta anche agli specializzandi della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Transazionale (SSPT) di Latina, e nel 2011 a quelli della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Interpersonale e di Gruppo (SSPIG) di Palermo.

I CePI offrono un servizio di psicoterapia al territorio, gratuito e focalizzato nel tempo (2 incontri di accoglienza, 21 di terapia e 2 di *follow-up*), condotta dagli specializzandi del terzo e quarto anno del-

la loro formazione, che hanno così modo di sperimentarsi direttamente nella pratica clinica, supervisionati sistematicamente dai docenti delle Scuole; d'altra parte la facilità d'accesso a tale servizio contribuisce a prevenire la cronicizzazione del disagio psicologico e a promuovere una prospettiva di benessere⁴ anche per coloro che per particolari condizioni socio-economiche avrebbero difficoltà a permettersi una psicoterapia.

Sono già stati pubblicati vari articoli che hanno sia documentato i risultati sull'efficacia del protocollo d'intervento terapeutico realizzato nei CePI (ad es.: Ceridono et al., 2019; Bastianelli & Ceridono, 2019; Bastianelli, 2015-2016; Ceridono, 2015-2016) sia esplicitato e sistematizzato i principali riferimenti antropologici, teorici e metodologici che permeano tale esperienza (ad es.: Bianchini & Ceridono, 2015; de Nitto & De Luca (2015); Barbon, De Villa, Tauriello, 2015; Spallazzi & Gubinelli, 2000).

In questo lavoro ci si vuole soffermare su un aspetto particolare dell'esperienza formativa che gli specializzandi sperimentano lavorando nei CePI e cioè sul fatto di condurre la terapia in presenza di un collega alla pari, che funge da osservatore del processo di terapia e con il quale poter poi scambiare *feedback* e riflessioni sul lavoro svolto. In particolare, dopo una breve introduzione sul quadro teorico di riferimento di questa proposta formativa, verranno presentati i risultati di un sondaggio svolto tra gli specializzandi su tale esperienza, per poi trarne alcune riflessioni e spunti di carattere formativo.

1. Quadro teorico di riferimento

La realizzazione concreta dei CePI (da qui in avanti anche Centro clinico) ha richiesto una riflessione di carattere teorico e metodologico che permettesse di integrare organicamente l'attività svolta dagli specializzandi presso i Centri clinici, coerentemente con la proposta

⁴ La valenza preventivo-promozionale è stata una delle istanze che hanno orientato i proff. Pio Scilligo, Raffaele Mastromarino ed Eugenio Fizzotti nell'ideazione dei CePI, sullo stile dei Centri di Frankliana memoria (*cf.* Frankl, 2000) ed anche nell'ottica preventiva sostenuta da Don Bosco (1877; *cf.* anche Braido, 2006). A partire da queste idee *in nuce*, i CePi sono poi stati concretizzati grazie alla collaborazione ideativa e fattiva di tanti altri docenti delle Scuole.

formativa generale delle Scuole. In particolare i proff. Scilligo e Mastromarino, grazie anche al contributo ideativo e fattivo di tanti altri docenti delle Scuole, hanno riflettuto su come creare un contesto che sul momento potesse incoraggiare e rendere meno ansiogeno e stressante quello che, per la maggior parte degli specializzandi del terzo anno, sarebbe stato il primo contatto con un cliente ‘vero’, fermo restando che alle spalle ci sarebbe sempre stata la supervisione costante del lavoro svolto. Si è allora pensato ad una *setting* in cui ci fossero presenti due clinici con ruoli diversi che si alternassero con clienti diversi: uno che conduce la terapia con il cliente e l’altro nel ruolo di osservatore silente della direzione e del processo terapeutico, e viceversa, in modo da poter poi riflettere insieme sulla seduta svolta.

Inizialmente si era pensato di affiancare uno specializzando alle prime armi con un terapeuta più esperto, integrando livelli di esperienza e competenza diversi, così da potenziare la formazione dello specializzando (Spallazzi & Gubinelli, 2000). Il terapeuta, infatti, da una parte poteva modellare in concreto come condurre una terapia e dall’altro dare ‘a caldo’ un *feedback* competente allo specializzando a fine seduta. Tuttavia questa opzione è stata scartata per le difficoltà concrete di realizzazione che presentava, come anche è stata scartata l’idea di affiancare uno specializzando del terzo ed uno del quarto anno, perché si è pensato al contributo che l’osservatore può dare nel momento della supervisione⁵ arricchendo la riflessione clinica.

Il *setting* attuale del Centro clinico prevede dunque la presenza di due specializzandi dello stesso anno di formazione, in cui uno prende in carico un cliente e l’altro osserva; i ruoli vengono poi invertiti con un altro cliente.

Si configura così un contesto di apprendimento alla pari all’interno del quale la presenza dell’osservatore in seduta si integra in modo coerente con il modello di formazione adottato dalle Scuole, basato sui quattro processi del modello esperienziale di apprendimento di Kolb e Fry (1975). Gli autori evidenziano come

“l’apprendimento, il cambiamento e la crescita sono favoriti da un processo integrato che si avvia con (1) l’esperienza nel qui e ora seguita dalla (2) raccolta di dati e osservazioni su tale esperienza. I dati

⁵ Nelle Scuole considerate le supervisioni vengono svolte nei gruppi divisi per anno di formazione.

sono quindi (3) analizzati e le conclusioni di tali analisi costituiscono un feedback per gli attori nell'esperienza da usare nella (4) modificazione dei loro comportamenti e la scelta di nuove esperienze" (Kolb & Fry, 1975, pp. 34-35)

Figura 1 – *Modello di apprendimento esperienziale* (trad. da Kolb & Fry, 1975, p. 33)



Sia lo specializzando che fa da terapeuta sia quello che fa osservatore, anche se in modo un po' diverso, ripercorrono più volte questa dinamica circolare (Fig.1) durante una seduta: c'è l'*esperienza concreta* dello scambio relazionale con il cliente, seguita dall'*osservazione riflessiva* di quanto è emerso, che costituisce la base per passare alla *concettualizzazione astratta* cioè ad elaborare concetti, trarre conclusioni, fare collegamenti teorici, formulare ipotesi che orientano la successiva *sperimentazione attiva* che costituisce una nuova esperienza e così via (Scilligo, 1987).

In particolare, in questa dinamica di apprendimento esperienziale, chi fa da osservatore, non essendo immerso nel lavoro terapeutico, ha una posizione privilegiata per osservare, non essendo pressato dal "come rispondo?" ha più tempo per riflettere e pensare, fare collegamenti con la teoria allenandosi a fare la spola tra teoria e prassi, sia rispetto al cliente, che sul processo relazionale terapeuta-cliente, ed anche sulle scelte operate dal collega terapeuta, che possono essere

spunto per cogliere ed imparare uno stile di intervento diverso dal proprio, ampliando così il proprio repertorio operativo⁶. D'altra parte, quando l'osservatore condivide le sue riflessioni con il collega terapeuta, entrambi hanno modo di cogliere sfumature emotive diverse (spesso chi osserva sperimenta un controtransfert diverso da quello del terapeuta), confrontarsi sulle ipotesi teoriche formulate, riflettere su cosa è risultato più o meno efficace, formulando possibili alternative d'intervento.

Se la coppia terapeuta-osservatore funziona bene (scambio comunicativo rispettoso; atteggiamento paritario OK-OK; *feedback* descrittivi e non valutativi; apprezzamenti positivi e non solo osservazioni su interventi inefficaci, accordo/contratto di osservazione chiaro e specifico, qualità del tempo dedicato al confronto), essa può inoltre fungere da contenitore dei rispettivi timori ed ansie, e da sostegno nei momenti di scoraggiamento nel percorso, talvolta faticoso, di apprendimento della professione di terapeuta. È da considerare che l'esperienza clinica nei centri clinici condotta attraverso il lavoro della coppia terapeuta-osservatore, permette di apprendere una modalità di lavoro sostenuta dall'esperienza di collaborazione tra colleghi. Questo aspetto della formazione si può intendere come un'occasione di potenziamento delle risorse personali e professionali, a favore della tutela psico-fisica del (futuro) psicoterapeuta (*cf.* Bastianelli et al., 2012)

2. Metodologia del sondaggio

Dopo qualche anno dall'avvio dell'attività presso i CePI, d'intesa con i Direttori delle Scuole ed i Responsabili dei Centri clinici⁷, si è pensato di raccogliere in modo più sistematico il parere e le riflessioni degli specializzandi in merito all'esperienza di condurre la psicoterapia in presenza di un osservatore con cui poi poter scambiare *feedback* e riflessioni. Il sondaggio è stato condotto una prima volta

⁶ Laddove possibile, le coppie terapeuta-osservatore vengono formate mettendo insieme specializzandi che hanno stili diversi.

⁷ Si ringraziano per la collaborazione al sondaggio coloro che erano i docenti Responsabili dei Centri clinici nel 2007 e nel 2021, e cioè: Rafaela Barbon, Davide De Villa, Paola Fulignoli, Stefano Iapichino, Rita Inglese, Annacarla Senesi e Silvia Tauriello.

nel 2007 tra gli specializzandi della SSSPC-UPS e della SSPC-IFREP, e successivamente è stato ripetuto nel 2021 aggiungendo anche quelli della SSPT⁸.

2.1. Procedura

Nell'espone la procedura di somministrazione, è necessario esplicitare la diversa modalità adottata nel 2007 e nel 2021.

Nel primo caso ai soggetti è stato proposto, su base volontaria, un breve questionario a domande aperte in forma cartacea, garantendo l'anonimato delle risposte; nel secondo caso è stata utilizzata l'autocompilazione telematica⁹, contattando i soggetti tramite e-mail o app messagistiche e inoltrando loro il link tramite il quale accedere al questionario inserito nella piattaforma online *LimeSurvey* (versione del 2017), attraverso un collegamento ipertestuale. Nella pagina antecedente le domande sono stati esplicitati gli intenti e gli obiettivi della ricerca, assicurando l'anonimato delle risposte e la tutela della privacy dei singoli partecipanti. Si è specificato che il proseguimento della compilazione implicava l'accettazione di tali condizioni.

La somministrazione del questionari ha coperto nel primo caso l'arco temporale di maggio e giugno del 2007, mentre nel secondo caso il mese di giugno e la prima settimana di luglio del 2021. Ad entrambe le somministrazioni hanno partecipato la maggior parte degli specializzandi interessati.

2.2. Strumenti

Al fine di una valutazione qualitativa delle esperienze degli specializzandi, per il sondaggio sono stati somministrati due questionari identici su 5 domande di base con l'aggiunta di due quesiti (il 7 e l'8), per la versione 2021, formulati per osservare ipotetiche diffe-

⁸ Per motivi organizzativi non tutte le sedi sono presenti nei due sondaggi.

⁹ La somministrazione online e la successiva sistematizzazione delle risposte è stata curata dal dott. Daniele Guglielmi, al tempo tirocinante presso il CePI dove afferivano gli specializzandi della SSSPC-UPS. Ringraziamo, inoltre, la dott.ssa Donatella Cultraro che nel 2007 ha catalogato le risposte del sondaggio cartaceo, durante il tirocinio *post-lauream* presso la stessa struttura.

renze tra il ruolo di osservatore *online* e in presenza, dal momento che a seguito della pandemia da COVID-19, in alcuni casi è stato necessario riorganizzare anche a distanza il *setting* del servizio offerto dai CePI. La domanda 6, invece, è stata aggiunta a partire da osservazioni e riflessioni emerse durante le supervisioni ed anche nelle riunioni tra i docenti attorno alla dinamica relazionale che in alcuni casi si verifica in modo più evidente tra cliente ed osservatore. Nelle tabelle che seguono si riportano i quesiti dei sondaggi:

Tabella 1 - Quesiti sondaggio 2007

1. Nel ricevere il feedback dell'osservatore cosa hai trovato utile?
2. Nel ricevere il feedback dell'osservatore cosa non hai trovato utile o controproducente?
3. Come osservatore, cosa tieni presente nel dare il tuo feedback?
4. Cosa impari dall'esperienza che fai come osservatore?
5. Hai suggerimenti per valorizzare l'esperienza di fare terapia con un osservatore?

Tabella 2 - Quesiti aggiunti sondaggio 2021

6. Durante il tuo ruolo di osservatore del processo terapeutico tra terapeuta e cliente, descrivi in che modo viene lasciato fuori o sei coinvolto dal cliente nell'interazione terapeutica.
7. Indica una differenza relativa alla tua esperienza come osservatore nella modalità online.
8. Alla luce della tua esperienza di terapeuta con l'osservatore in modalità online, indica un aspetto facilitante ed uno che hai ritenuto critico.

3. Il campione

I criteri di inclusione dei soggetti partecipanti alla sondaggio prevedevano la partecipazione ad una scuola di specializzazione per psicoterapeuti tra – SSSPC-UPS di Roma, SSPC-IFREP nelle sedi Roma, Mestre e Cagliari, SSPT di Latina - e anno di frequentazione del terzo o quarto anno.

I questionari sono stati complessivamente compilati da 157 soggetti. Il 76 % (n = 117) del campione totale ha risposto al sondaggio nel 2007, di questi di questi 37 specializzandi della SSSPC-UPS di Roma (25 terzo anno e 12 quarto anno), 32 dell'IFREP-Roma (16 del terzo anno e 16 del quarto anno), 25 dell'IFREP-Mestre (14 terzo

anno e 11 quarto anno) e 23 dell'IFREP-Cagliari (14 terzo anno e 9 quarto anno);

Grafico 1- Distribuzione percentuale del campione 2007

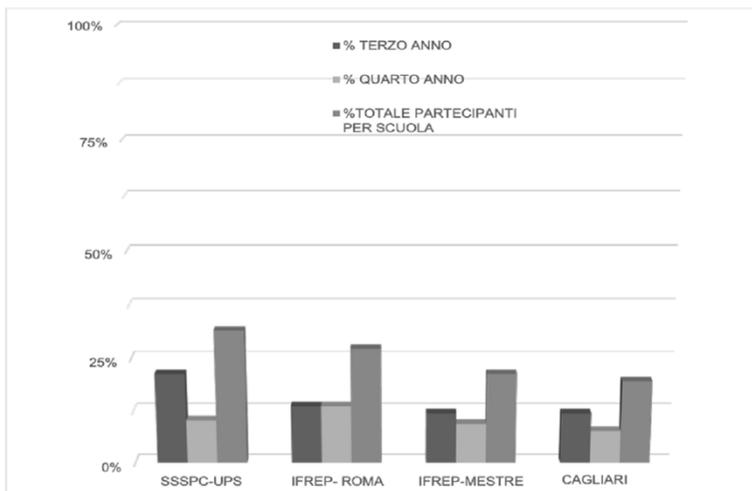
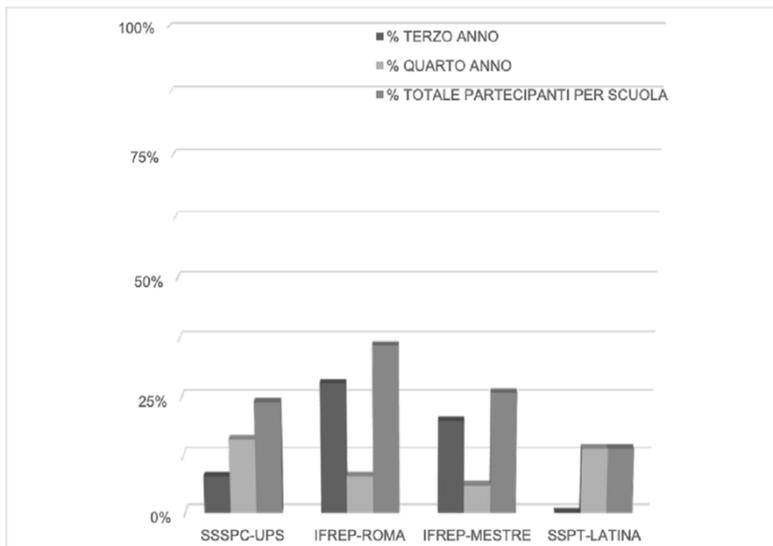


Grafico 2 - Distribuzione percentuale campione 2021



Il restante 24 % (n = 50) del totale del campione ha partecipato nel 2021, di cui 12 specializzandi della SSSPC-UPS (4 terzo anno e 8 quarto anno), 18 dell'IFREP-Roma (14 terzo anno e 4 quarto anno), 13 dell'IFREP-Mestre (10 terzo anno e 3 quarto anno) e 7 della SSPT-Latina (unicamente quarto anno).

Nei grafici 1 e 2 è riportata graficamente la distribuzione percentuale dei partecipanti distinti per anno di sondaggio.

4. Risultati

Di seguito offriamo una sintesi ragionata delle risposte fornite al sondaggio, estrapolando gli elementi principali che accomunano le varie risposte ad una domanda; la raccolta nel dettaglio delle risposte è disponibile in Appendice. Ricordiamo che le ultime tre domande sono state presentate solo nel 2021 e non nel sondaggio del 2007.

DOMANDA 1: Nel ricevere il feedback dall'osservatore cosa hai trovato utile?

Nelle risposte a questa domanda si evincono nuclei tematici comuni inerenti alla funzionalità del ruolo dell'osservatore:

- attraverso il contributo dell'osservatore si ha modo di svolgere tempestivamente e professionalmente un processo metacomunicativo, finalizzato alla riflessione su diversi aspetti tecnici e della relazione terapeuta/paziente. Di maggiore accordo nelle risposte ottenute risulta essere la rilevanza data all'analisi sul proprio stile terapeutico, possibile grazie a *feedback* indicanti le modalità funzionali e disfunzionali all'interno del rapporto terapeutico;

- vengono apprezzate le prospettive diverse che l'osservatore può fornire a vari livelli (teorico, relazionale, metodologico ed affettivo), grazie al fatto di essere un ascoltatore non direttamente coinvolto nella relazione e con uno spazio/tempo a disposizione maggiore e differente da quello del terapeuta, che aiuta anche a costruirsi una visione d'insieme. Il confronto con l'osservatore favorisce riflessioni su ipotesi di blocco, strategie di lavoro e la fattibilità, e la strutturazione degli obiettivi efficacemente raggiungibili;

- accanto agli elementi osservati e suggeriti, risultano rilevanti il sostegno e la vicinanza emotiva che terapeuta e osservatore instaurano in questo percorso di affiancamento nella terapia.

DOMANDA 2: Nel ricevere il feedback dall'osservatore cosa non hai trovato utile o controproducente?

Coerentemente con le risposte date alla prima domanda, nelle risposte a questa seconda domanda per converso emerge che la disfunzionalità del ruolo dell'osservatore:

- si lega alla maniera in cui lo stile e l'intenzionalità dei *feedback* da parte sua siano connotati da caratteristiche svalutanti e da interpretazioni, più che da una comunicazione descrittiva e riflessioni basate su quanto emerso in termini di contenuti e processi nella relazione di aiuto, non distinguendo i fatti dalle opinioni;
- nella quasi totalità delle risposte, riguarda la difficoltà di gestione della presenza dell'osservatore esperita talvolta come 'indiscreta' ai fini dell'alleanza terapeutica e la criticità nel percepire che il collega si sposta dal ruolo di osservatore sul versante di quello di supervisore, confondendone gli obiettivi e responsabilità.

DOMANDA 3: Come osservatore, cosa tieni presente nel dare il tuo feedback?

A questa domanda gli allievi hanno risposto mantenendo costante il valore attribuito:

- all'accordo sul focus dell'osservazione (contratto) formulato con il terapeuta da osservare;
- al rispecchiamento dei punti di forza e alla condivisione delle difficoltà;
- alla condivisione di ipotesi di lavoro, alternative d'intervento, riflessioni.

Emerge anche l'attenzione ad utilizzare modalità costruttive nel dare feedback e l'importanza di utilizzare la teoria per orientare l'osservazione.

In particolare, gli specializzandi del quarto anno sembrano fornire un feedback maggiormente specifico in quanto viene dato in riferimento alle diverse fasi del processo terapeutico; essi inoltre aggiungono l'importanza di prestare attenzione anche al pro-

prio controtransfert nell'osservare il processo terapeutico al fine di dare poi il feedback.

DOMANDA 4: *Cosa impari dall'esperienza che fai come osservatore?*

Relativamente a questa domanda è interessante notare come le risposte al terzo e quarto anno si differenzino rispetto al tipo di esperienza che emerge come il *focus* dell'apprendimento: dall'imparare dall'essere osservatori all'imparare attraverso la relazione terapeuta-osservatore. In particolare:

- gli specializzandi del terzo anno, che incominciano a seguire clienti al Centro clinico riportano che dall'esperienza come osservatori del lavoro terapeutico imparano proprio osservando il collega: si arricchiscono vedendo alternative e modalità differenti da quelle che avrebbero utilizzato loro e apprendono sperimentandosi nel dare e ricevere feedback;

- al quarto anno il focus dell'apprendimento si sposta sulle opportunità di concettualizzazione tra teoria e pratica e individuare alternative e modalità differenti dalle proprie per l'intervento. L'osservazione è riferita in termini relazionali, come possibilità di confronto con come il collega si muove da terapeuta nel contesto, con il suo stile, con il suo 'essere' terapeuta, come occasione di apprendimento nell'osservare il collega in azione, che diventa un modello a cui attingere nel processo di costruzione della propria 'identità' di terapeuta.

DOMANDA 5: *Hai suggerimenti per valorizzare l'esperienza di fare terapia con un osservatore?*

Nel rispondere a questa domanda, la quasi totalità degli specializzandi del terzo e quarto anno, ha suggerito degli accorgimenti di carattere pratico per favorire una maggiore efficacia del ruolo dell'osservatore nel *setting* terapeutico, con lo scopo di rendere proficua e strutturata tale esperienza. Nei suggerimenti espressi, alcune proposte emergono in modo trasversale; in particolare:

- viene sottolineata l'importanza di curare maggiormente la preparazione alla presenza dell'osservatore, chiarendone di più il ruolo, i compiti, i limiti e gli obiettivi che questi deve avere nell'osservare,

ed i limiti della sua presenza nel lavoro di terapia anche nel caso si pensasse, come qualcuno ha ipotizzato, ad un suo possibile coinvolgimento nel caso di *role-playing*;

- restando sulla stessa linea, viene suggerito sia di richiamare l'attenzione all'utilità che terapeuta ed osservatore si accordino, prima della seduta, su cosa focalizzare maggiormente l'osservazione, e sia di pensare ad ideare una griglia di osservazione, che possa orientare il contributo dell'osservatore;

- in vario modo emerge l'esigenza che nella formazione ci siano dei momenti che considerino maggiormente le implicazioni legate alla coppia terapeuta-osservatore, ad esempio, dando più spazio di quanto già si faccia, al contributo dell'osservatore durante le supervisioni dei casi, o alle possibili dinamiche relazionali tra di essi. È interessante che più persone hanno espresso il desiderio di fare esperienza di lavoro con osservatori diversi, per avere un ventaglio più vario di esperienze con cui confrontarsi e da cui apprendere.

DOMANDA 6: Durante il tuo ruolo di osservatore del processo terapeutico tra terapeuta e cliente, descrivi in che modo vieni lasciato fuori o sei coinvolto dal cliente nell'interazione terapeutica.

Le esperienze degli allievi del terzo e quarto anno risultano analoghe, e viene riportato che generalmente l'osservatore viene solo marginalmente considerato dal cliente. Oltre a questo emergono alcune variabili che entrano in gioco in relazione al coinvolgimento o meno dell'osservatore nell'interazione terapeutica:

- risultano importanti le informazioni iniziali fornite dal terapeuta sul ruolo dell'osservatore al fine di delineare chiari confini del *setting*, rafforzati dal fatto che l'osservatore si ponga il più possibile fuori dal contatto visivo del cliente (soprattutto) e del terapeuta;

- nonostante queste accortezze, va tenuto presente che la presenza fisica dell'osservatore ha comunque una qualche influenza semplicemente per il fatto di esserci. Cogliere, dunque, il diverso modo con cui i clienti si pongono nei confronti di tale presenza o anche le differenze che si possono rilevare nello stesso cliente verso di essa, possono sia dire qualcosa su possibili vissuti del cliente e sul suo funzionamento, e sia essere spunto per analizzare dei processi interpersonali nel qui e ora.

DOMANDA 7: *Indica una differenza relativa alla tua esperienza come osservatore nella modalità online.*

Le esperienze degli allievi del terzo e quarto anno, anche per questa risposta, risultano analoghe. La modalità *online*, dal punto di vista dell'osservatore:

- viene apprezzata per la possibilità di risultare meno “invasivi” una volta eliminato il proprio audio e video, e il poter avere una visuale diversa, in cui sia il cliente che il collega terapeuta vengono visti frontalmente in viso;
- tuttavia fare l'osservazione a distanza viene vissuta in gran parte come meno efficace in quanto è stato riportato che ci si sente più distaccati, ci si distrae maggiormente, si resta più legati al contenuto che al processo, si ha più difficoltà a seguire anche per problemi legati alla trasmissione/connesione.

DOMANDA 8: *Alla luce della tua esperienza di terapeuta con l'osservatore in modalità online, indica un aspetto facilitante ed uno che hai ritenuto critico*

Le esperienze degli allievi del terzo e quarto anno, risultano analoghe anche in questo caso; inoltre si può cogliere che alcuni specializzandi hanno risposto alla domanda focalizzandosi sulla loro esperienza come terapeuti a distanza e non considerando l'esperienza con l'osservatore *online*.

La modalità online, dal punto di vista dei terapeuti, viene vissuta con sfumature diverse che evidenziano come uno stesso elemento possa essere sperimentato al contempo in termini positivi o critici:

- viene apprezzata prevalentemente in quanto rende più agevole il coordinare gli appuntamenti con il cliente e l'osservatore e permette di continuare a lavorare anche in situazione di emergenza. D'altra parte, si sperimentano ‘sfasature’ nei tempi dello scambio comunicativo, amplificati da eventuali problemi di connessione debole;
- rende più o meno “ingombrante” la presenza dell'osservatore, a seconda di come viene impostato lo schermo. A meno che chiudere il video e l'audio dell'osservatore non susciti vissuti paranoici nel cliente, tale scelta, una volta contrattata, sembra essere quella preferibile;

- sebbene permetta di focalizzare maggiormente la mimica facciale del cliente, si perde il resto della comunicazione non verbale ed anche aspetti del paraverbale;
- talvolta ci si percepisce ‘distanti’ e meno empatici con il cliente e, d’altra parte, tale distanza, a volte viene vissuta dal terapeuta (e forse anche dal cliente?) come meno attivante;
- infine, offre un punto di vista insolito in quanto il terapeuta può essere consapevole anche della propria mimica facciale e non solo di quella del cliente.

5. Riflessioni finali e conclusioni

Quanto è emerso dal sondaggio conferma, globalmente, che l’esperienza fatta dagli specializzandi nel condurre la terapia in presenza di un osservatore è in linea con la *mens* che ha guidato l’ideazione di tale procedura; nelle risposte riportate, infatti, più volte si può riscontrare come i processi del modello dell’apprendimento esperienziale (cfr. Figura 1) siano stimolati e potenziati dallo scambio terapeuta-osservatore. Vediamolo brevemente, insieme agli spunti che se ne possono trarre per ovviare a qualche aspetto di criticità che è stato segnalato e sostenere in modo più efficace il processo formativo.

Dalle risposte alle domande 1 e 2 si deduce come la presenza dell’osservatore nello spazio terapeutico sia una risorsa molto rilevante esponenziale per la visualizzazione del proprio stile terapeutico, per la riflessione sulla tecnica e sulla relazione terapeuta/paziente, per la focalizzazione del percorso di cambiamento da strutturare una volta definito il contratto e per l’individuazione di ipotetici punti di blocco di tale percorso. Queste funzioni positive dell’osservatore sono possibili tramite *feedback* puntuali, privi di svalutazioni e interpretazioni, e centrati invece su riflessioni i cui contenuti siano ancorati a quanto avvenuto concretamente nella relazione di aiuto e . Riprendendo il modello dell’apprendimento di Kolb e Fry, lo specializzando che si sperimenta come terapeuta, trova nel contributo del collega osservatore, una valida sponda per tornare a riflettere su quanto avvenuto in seduta, per confrontarsi sulla lettura teorica dei processi e per ipotizzare passi per la seduta successiva. Questo processo d’apprendimento viene sostenuto dal clima di soste-

gno emotivo reciproco che si viene a creare nella coppia terapeuta-osservatore. Dal punto di vista formativo, prima che gli specializzandi del terzo anno intraprendano l'esperienza al Centro clinico, può risultare utile trovare uno spazio per chiarire con loro quale siano il ruolo ed il compito dell'osservatore (che non è un supervisore) e le modalità comunicative efficaci per scambiarsi i *feedback*.

Dalle risposte alle domande 3 e 4 emerge come gli allievi strutturino progressivamente la capacità di imparare attraverso la relazione, non solo dal fatto di osservare il lavoro di un collega. La partecipazione all'attività del Centro clinico rappresenta un'esperienza di arricchimento quindi non solo in termini di irrobustimento delle competenze terapeutiche; è un'opportunità di crescere nella formazione all'interno di un rapporto di colleganza che nel tempo acquisisce maggiore rilevanza in quanto occasione di confronto e crescita professionale. Utilizzando la prospettiva del modello dell'apprendimento esperienziale si può affermare che l'osservatore, mentre il collega lavora, ha l'opportunità di consolidare le sue competenze professionali ripercorrendo le fasi del modello di Kolb e Fry (1975) a partire dall'esperienza vicaria, e poi nel confronto, possono ripercorrerle insieme arricchendo ulteriormente il loro apprendimento.

Dalle risposte alle domande 6, 7 e 8 si coglie come gli allievi che si sperimentano al CEPI, sia nel ruolo di terapeuti che di osservatori hanno modo di fare esperienza diretta dell'impatto che può avere sul lavoro clinico una più o meno chiara definizione del *setting* e dei confini, e la cura delle variabili di contesto (es.: connessione adeguata), di riflettere su di essi e di trarne delle indicazioni per le esperienze future. Ancora una volta, dunque, viene ripercorso il processo dell'apprendimento esperienziale legato a questi aspetti specifici (*set/setting*) del lavoro terapeutico. Dal punto di vista formativo è utile prevedere uno spazio con gli specializzandi che si avviano a fare terapia nel Centro clinico, per confrontarsi su come definire in termini pratici e semplici il ruolo dell'osservatore, in maniera tale che il cliente sia maggiormente rassicurato da queste informazioni iniziali e abbia chiari i confini relazionali e del *setting*; tali confini risultano ancora più chiari se l'osservatore si ponga ai margini o al di fuori della spazio visivo del cliente. Un altro spunto formativo interessante viene dal fatto di aver rilevato come la modalità *online* risul-

ti meno efficace per chi fa da osservatore; sebbene la scelta dell'*online* sia stata dettata dall'emergenza del COVID-19 e abbia permesso di continuare l'esperienza formativa nonostante le misure sanitarie restrittive, quanto emerso dal sondaggio può arricchire la riflessione sui possibili vantaggi e svantaggi della formazione a distanza e gli eventuali accorgimenti da curare qualora si optasse per tale modalità.

È interessante notare come gli spunti per la formazione che abbiamo fin qui esplicitato siano in sintonia con i vari suggerimenti forniti dagli specializzandi nelle risposte alla domanda 5 per aiutare il collega osservatore a porsi non come supervisore, ma come supporto e accompagnamento al terapeuta che tiene la seduta. Senza ripetere quanto riportato in precedenza sulla domanda 5 (*cfr.* anche Appendice), ai fini della formazione sono emersi anche altri di spunti pratici (ad es.: registrazioni video e non solo audio? esperienza di co-terapia in un gruppo? ...) su cui si può continuare a riflettere per far sì che l'esperienza degli specializzandi di fare terapia nei Centri clinici con un osservatore si valorizzi e si affini ulteriormente ai fini della loro crescita.

In conclusione, si può considerare un punto di soddisfazione per le Scuole considerate nel presente sondaggio constatare che l'aver pensato a suo tempo ad un'occasione di apprendimento alla pari quale quella che si realizza tra terapeuta ed osservatore, sia effettivamente risultata, da quanto emerso dal sondaggio, un moltiplicatore dell'apprendimento esperienziale dei terapeuti in formazione ed un'opportunità di sostegno emotivo nel percorso di crescita professionale. L'impatto della coppia terapeuta-osservatore nella formazione può essere, dunque, un tema interessante per ulteriori riflessioni e ricerche.

Bibliografia

- Bosco, G. (1877) *Il sistema preventivo nell'educazione della gioventù*. In P. Braido (Ed.)(1997) *Don Bosco educatore. Scritti e testimonianze* (pp.263-271). LAS.
- Barbon, R., De Villa, D., & Tauriello, S. (2015). La formulazione del caso, *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 21, 1-2, 59-87.
- Bastianelli L. (2015-2016). Effetti neurovegetativi della psicoterapia analitico transazionale: l'HRV come misura del cambiamento. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 21, 3 – 22, 1, 239–261.
- Bastianelli, L., & Ceridono, D. (2019). Marker biologici e ricerca in psicoterapia: una prospettiva integrativa per la valutazione dell'esito. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 25, 1-2-3, 65-79.
- Bastianelli, L., Fulignoli, P., Maffei, S., & Visone, C., (2012). Supervisione alla pari tra psicoterapeuti per la prevenzione del burnout: da una esperienza ad una proposta. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 18, 2, 305- 321.
- Bianchini, S., & Ceridono, D. (2015). La formazione in psicoterapia: il modello dei CePI sul territorio secondo l'Analisi Transazionale Socio Cognitiva. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 21, 1-2, 11-33.
- Braido, P. (2006) *Prevenire, non reprimere. Il sistema educativo di don Bosco*. LAS.
- Ceridono, D. (2015-2016). Contributi per una ricerca radicata nella pratica in Analisi Transazionale. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 21, 3 – 22, 1, 263–277.
- Ceridono, D., Tosi, M. T., Bastianelli, L., Bianchini, S., & de Nitto, C. (2019). Un metodo multi-prospettico per studiare i casi singoli della psicoterapia erogata nei centri clinici delle scuole che adottano il modello dell'Analisi Transazionale Socio-Cognitiva. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 25, 1-2-3, 33-47.
- de Nitto, C. & De Luca, M. L. (2015). Promuovere l'efficacia della terapia breve in un'ottica di Analisi Transazionale Socio-Cognitiva, *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 21, 1-2, 35-57.
- Frankl, V. E. (2000). *Le radici della logoterapia. Scritti giovanili 1923-1942*, a cura di E. Fizzotti. LAS.
- Kolb, D. A., & Fry, R. (1975). Toward an applied theory of experiential learning. In C. L. Cooper (Ed.) *Theories of group processes* (pp. 33-57). John Wiley & Sons.

- Scilligo, P. (1987). Imparare ad apprendere e risolvere problemi. *Polarità*, 1, 107-124.
- Spallazzi, D., & Gubinelli, M. (2000). Psicoterapia breve e AT: l'esperienza del Centro Clinico IFREP di Roma. *Psicologia, Psicoterapia e Salute*, 6, 1, 61-84.

	2007		2021	
	3° anno	4° anno	3° anno	4° anno
1. Nel ricevere il feedback dell'osservato ore cosa hai trovato utile?	<ul style="list-style-type: none"> - ricevere un punto di vista alternativo su come concettualizzare il problema e la relazione terapeutica; - ricevere ipotesi di lavoro, ipotesi di blocco; - ricevere incoraggiamenti nei momenti di difficoltà; - cogliere interventi efficaci prodotti durante il colloquio; - osservazione stile terapeutico, valutazione punti di forza e debolezza; - riflettere sul controtransfert; - attenzione al 	<ul style="list-style-type: none"> - ricevere feedback sul processo terapeutico; - avere un punto di vista esterno alla relazione paziente terapeuta; - ricevere strategie, modalità di lettura e spunti concreti per il caso esaminato; - elementi trascurati in seduta possono emergere dall'osservazione - confronto immediato sullo stile terapeutico (comportamento verbale e non verbale); - sostegno affettivo. 	<ul style="list-style-type: none"> - ricevere un punto di vista alternativo su come concettualizzare il problema e la relazione terapeutica, avendo la possibilità di osservare e fare propri stili terapeutici differenti; - ricevere ipotesi di lavoro, ipotesi di blocco; - ricevere incoraggiamenti nei momenti di difficoltà; - cogliere interventi efficaci prodotti durante il colloquio. - riflettere sul controtransfert - poter condividere a caldo le impressioni repentine che avevo sul paziente; - attenzione al 	<ul style="list-style-type: none"> - punto di vista diverso dal proprio sulla relazione sul processo terapeutico durante il colloquio; - andamento del colloquio; - ricevere osservazioni sullo stile personale (comportamento verbale e non verbale); - confronto sul processo e sulle sue difficoltà.

		2007		2021	
		3° anno	4° anno	3° anno	4° anno
		comportamento non verbale.		comportamento non verbale; - avere una visione globale ed esterna della seduta, approfondire punti ciechi e alternative di lavoro	
2. Nel ricevere il feedback dell'osservatore cosa non hai trovato utile o controproducente?		<ul style="list-style-type: none"> - niente; - ricevere interpretazioni personali, non aderenti; - giudizi e svalutazioni invadenti durante il colloquio; - ansia di essere osservata; - assumere il ruolo di supervisore 	<ul style="list-style-type: none"> - difficoltà del paziente ad aprirsi; - presenza poco discreta dell'osservatore e non collaborativa con il terapeuta; - feedback giudicante e critico - ricevere suggerimenti immedesimandosi come terapeuta e non come osservatore 	<ul style="list-style-type: none"> - ricevere critiche o giudizi senza prima discutere della seduta e dell'obiettivo del lavoro fatto; - opinioni rispetto alla strategia; - utilizzo di parametri e criteri diversi per esempio rispetto alla gestione del tempo di seduta. 	<ul style="list-style-type: none"> - ricevere interpretazioni personali, non aderenti - giudizi e svalutazioni invadenti durante il colloquio, anche a livello di setting

	2007		2021	
	3° anno	4° anno	3° anno	4° anno
3. Come osservatore cosa tieni presente nel dare il tuo feedback?	<ul style="list-style-type: none"> - punti forza e debolezza del terapeuta; - ipotesi su problema del cliente, processo di blocco, aspetti emotivi; - relazione terapeutica (contenuto e processo - reazioni emotive); - riflessioni su direzione; - contratto terapia; - relazione tra terapeuta e cliente - comunicazione verbale e non verbale (T e cl.); - contratto tra terapeuta e osservatore; - modalità appropriate per dare feedback; - offrire alternative e proposte. 	<ul style="list-style-type: none"> - ascoltare il terapeuta; - rispecchiare punti di forza e debolezza del terapeuta; - condividere punto di vista con il terapeuta (rispetto no giudizio); - controtransfert e stato emotivo; - contratto con terapeuta su osservazione; - processo del cliente, blocchi; - comunicazione verbale e non verbale; - relazione terapeuta-cliente; - rispetto del terapeuta; - reazioni emotive; - andamento colloquio/processo 	<ul style="list-style-type: none"> - modalità con cui dare il feedback (no critica e giudizio, con curiosità, cura della relazione tra terapeuta e osservatore); - contratto tra terapeuta e osservatore; - punti di forza del terapeuta e ragionare insieme sulle difficoltà; - pensare a domanda di supervisione con il terapeuta; - offrire ipotesi e alternative; - osservazione della relazione e processo tra terapeuta e cliente; - comunicazione non verbale, para-verbale (T. e cl.) in specifici momenti 	<ul style="list-style-type: none"> - richiesta del terapeuta e contratto di osservazione, cura della relazione con il collega; - protezione del cliente e confronto con terapeuta; - mantenere rel. OK-Ok col terapeuta nel dare feedback; - punti di forza; - processi individuati; - condividere collegamenti, riflessioni, spunti alla luce del processo e del contratto di terapia; - processo disfunzionale, alleanza, contratto, direzione - esperienze delle proprie reazioni cognitive e emotive (controtransfert

	2007		2021	
	3° anno	4° anno	3° anno	4° anno
5. Hai suggerimenti per valorizzare l'esperienza di fare terapia con un osservatore?	<ul style="list-style-type: none"> - griglia di osservazione; - confronto su obiettivi e stati d'animo precedenti al colloquio; - compilazione del diario clinico; - presenza di più osservatori; - chiarire la differenza di ruoli tra osservatore e 	<ul style="list-style-type: none"> - trascrizione completa dell'interazione; - griglia di osservazione; - più osservatori; - accordo tra osservatore e terapeuta; - spazi strutturati durante la maratona per confrontarsi come coppia terapeutica; 	<p>della seduta;</p> <ul style="list-style-type: none"> - rinforzare risorse; - AT come guida (es. giochi, SDI); - sostenere il lavoro del terapeuta in base ai progressi del cliente; - mantenere chiarezza del proprio ruolo con il cliente. 	<p>dell'osservatore).</p> <ul style="list-style-type: none"> - prevedere brevi percorsi di co-terapia di gruppo; - chiedere su cosa si vuole essere osservati prima di cominciare; - "educare" all'osservazione prima di iniziare le terapie; - maggiore valorizzazione osservatore durante le

		2007		2021	
		3° anno	4° anno	3° anno	4° anno
		<p>terapeuta;</p> <ul style="list-style-type: none"> - spazio durante le supervisioni; - videoregistrazione. 	<ul style="list-style-type: none"> - possibilità di scelta sull'osservatore. 	<p>che la terapia ha sull'osservatore e come nelle situazioni critiche terapeuta e osservatore possono influenzarsi a vicenda;</p> <ul style="list-style-type: none"> - turnazione della coppia terapeuta-osservatore rispetto ai quattro clienti così da poter fruire di esperienze e capacità diverse; - sistematizzare uno spazio durante le supervisioni in cui si interroga l'osservatore su quanto osservato riguardo il tema di supervisione. Inoltre l'osservatore potrebbe presentare un'analisi delle transazioni o dei processi 	<p>supervisioni;</p> <ul style="list-style-type: none"> - turnazione coppie terapeuta-osservatore per apprendimento di stili e aspetti differenti; - favorire un insegnamento specifico per fare l'osservatore cioè promuovere la capacità di osservare le relazioni terapeutiche.

		2021	
2007		3° anno	4° anno
		<p>che osserva per integrare le considerazioni del terapeuta;</p> <ul style="list-style-type: none"> - poter, talvolta, fare partecipare anche l'osservatore in qualche momento particolarmente significativo, ad es. in un role playing, in una decisione nuova per il paziente; - indicazioni specifiche sul ruolo di "supervisore"; - parametri per l'osservazione. 	

Pubblicazione online:
ISSN 2974-7457



9 772974 745003

Pubblicazione a stampa
ISSN 2974-7473



9 772974 747007