

La valutazione dell'Attività Referenziale rispetto all'evoluzione del transfert: uno studio su un single-case

di R. Mariani*, R. Williams**, A. Scanu***, C. Pazzagli****

Introduzione:

Il presente lavoro ha come scopo la valutazione delle variazioni nella capacità di integrazione cognitivo - affettiva del paziente, valutata secondo il costrutto di Attività Referenziale (Bucci, 1997b), in riferimento all'evoluzione delle dinamiche transferali, valutate secondo la metodologia del Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) di Lurborsky (1977) nel corso del processo di una psicoterapia ad orientamento psicodinamico. Lo studio dei processi di integrazione dei codici di rappresentazione dell'esperienza emotiva, effettuato da Bucci, ha evidenziato che l'Attività Referenziale (RA) assume nel corso delle sedute un andamento dinamico e ciclico. In particolare, si riscontra un incremento del processo referenziale in concomitanza all'attivazione di particolari schemi affettivo-cognitivi all'interno della relazione terapeutica. L'analisi dell'andamento di questa variabile in relazione all'evoluzione delle dinamiche transferali può dunque fornire utili indicazioni riguardo l'intreccio tra queste due dimensioni del processo terapeutico. Di ulteriore e specifico rilievo può risultare l'analisi di quali componenti del conflitto motivazionale espresso nel transfert giungano ad essere integrate in nuovi schemi cognitivo-affettivi delle relazioni interpersonali. Il focus del lavoro è, quindi, l'osservazione ed il monitoraggio del processo terapeutico di un paziente nel corso del suo trattamento psicoterapeutico, attraverso una analisi empirica quantitativa. La peculiarità di questo studio, che si inserisce in un filone di ricerca più ampio definito "ricerca sul processo", è quella di creare un costante collegamento tra l'evidenza empirica e la prospettiva teorica, nonché rilevare un andamento che indichi una progressione efficace dell'intervento in atto. Gli strumenti prendono vita in contesti teorici differenti e vengono in questa ricerca messi in relazione tra loro, evidenziandone le specificità e le possibili integrazioni.

L'AR rappresenta quell'attività della mente che costruisce i nessi fra l'esperienza sensoriale, le emozioni e il pensiero, e che può essere espressa attraverso le parole. La variabile AR consente di attribuire alle trascrizioni delle sedute punteggi che indicano i livelli di integrazione fra diverse "qualità" formali del linguaggio nella comunicazione. Questi fornirebbero un'indicazione della misura in cui l'esperienza non verbale, tra cui le emozioni, risulta attivata nella mente di chi parla, nel momento in cui sta pronunciando il discorso, così da evocare esperienze corrispondenti nell'ascoltatore o nel lettore. Fin dalle prime ricerche sono state individuate delle differenze significative nello stile di narrazione individuale (Bucci, 1984), misurabili su una scala di alta o bassa AR. Il livello di AR presenta una variabilità sia di stato che di tratto: indica cioè cambiamenti in uno stesso soggetto nel corso del tempo in funzione di eventi esterni o interni, o differenze interindividuali più stabili. L'osservazione dell'andamento dell'AR attraverso le narrative di un paziente, nel corso di una seduta terapeutica, dovrebbe consentire di ottenere dati

* Specialista in Psicologia Clinica

** Specialista in Psicologia Clinica

*** Dottoranda in Psicologia Dinamica e Clinica Università La Sapienza Roma

**** Ricercatore in Psicologia Dinamica Università di Aosta

quantitativi che permettano di leggere le variazioni della capacità di connettere emozioni e parole (Bucci, 1997b), e dunque anche di focalizzare i passaggi narrativi più significativi per quel paziente rispetto ai suoi schemi emozionali distintivi (cfr. De Coro & Mariani, 2006). Il modello del codice multiplo riguarda la generale funzione di connessione soggettiva tra esperienza non-verbale - compresa l'esperienza emozionale - e quella verbale. In altri termini "Il processo referenziale è l'operazione che connette i formati rappresentazionali multipli dei sistemi non-verbali tra loro stessi, e tra loro e le parole" (Bucci, 1997b). Esistono, secondo Bucci (1997b), tre modalità di base in cui gli esseri umani rappresentano ed elaborano le informazioni: modalità subsimboliche, simboliche non-verbali e simboliche verbali. L'AR è, quindi, definita come "la capacità di esprimere l'esperienza non-verbale, in particolare l'esperienza emotiva, in forma verbale. Le emozioni sono definite come schemi di azioni e immagini operanti sia all'interno che al di fuori della coscienza, e diversamente dagli altri schemi cognitivi sono maggiormente caratterizzati da modificazioni fisiologiche viscerali, piuttosto che da simboli o immagini (Bucci, 1997a). In termini più generali, si possono considerare gli schemi emozionali come costituiti da desideri, aspettative e credenze sulle persone, che si sviluppano attraverso ripetute interazioni con altri significativi, in particolare con le figure di accudimento nell'infanzia. Gli schemi, in questo modo, possono includere rappresentazioni di oggetti o di caratteristiche di oggetti e delle loro relazioni dove sono presenti tutte le componenti: motorie, viscerali e somatiche. Queste strutture emotive possono essere attivate ed evocate dai ricordi autobiografici o anche dagli scambi verbali con altre persone: raccontare o sentir raccontare un'esperienza, quindi, può riattivare uno specifico schema emozionale. I passaggi caratterizzati da alta AR sarebbero quindi indicativi di momenti in cui il paziente si immerge in una narrazione ricca e dettagliata, riuscendo a trasmettere all'ascoltatore una rappresentazione vivida dell'accaduto ed una possibile visualizzazione della situazione raccontata. Diversamente, però, da metodi come il CCRT (Luborsky, 1977) che indagano le variazioni dei temi ridondanti nei racconti del paziente e la capacità del terapeuta di cogliere le ridondanze, lo studio del processo referenziale si basa sull'analisi formale del testo, poiché è interessato a cogliere qualità strutturali del linguaggio usato dai parlanti. Secondo Bucci è possibile ipotizzare un andamento ottimale del processo referenziale all'interno della seduta, che sarebbe espressione di un recupero ed una ricongiunzione di uno specifico schema emozionale cognitivo-affettivo dissociato. In una situazione relazionale emotivamente carica come quella di una seduta di psicoterapia si attiverebbe il processo referenziale. In una prima fase si innescherebbe un insieme di sentimenti e trasformazioni neurovegetative che fanno parte dello schema emozionale dominante nell'esperienza affettiva del paziente, ma che sono difficilmente esprimibili a parole. Questa prima fase è così caratterizzata da una AR bassa. Successivamente, queste modificazioni potrebbero essere associate ad uno specifico ricordo, collegando così il livello subsimbolico al simbolico non-verbale e innalzando i livelli di AR. Il terzo passaggio, in un processo efficace, consisterebbe in una riflessione a due sulle immagini e sui ricordi affiorati, che permetterebbe un'integrazione dell'esperienza con il linguaggio attraverso gli scambi verbali fra paziente e terapeuta. Tale rielaborazione riporterebbe su livelli medio-bassi la variabile. (Bucci 1997a). Questa fluttuazione appena descritta viene identificata come "ciclo della buona ora", supposto essere l'andamento ottimale di una seduta (Freedman, Lasky & Hurvich, 2002). L'altro strumento di analisi del processo, utilizzato nella ricerca, rintraccia i principali temi conflittuali del paziente mettendone in evidenza la ripetizione dello schema relazionale che il paziente può riproporre. Oltre alla valutazione classica del CCRT, viene qui introdotto un riadattamento dello strumento in chiave motivazionale. Il metodo del CCRT è uno strumento di misura relativo al modello relazionale centrale che ricorre in ogni

persona. Il metodo venne sviluppato a partire dal 1976 (Luborsky, 1977), essendo inizialmente parte di uno strumento per la misura dell'alleanza terapeutica. Successivamente, l'attenzione dell'autore si focalizzò sulle interazioni all'interno delle sedute studiate e su tre categorie in particolare: i desideri del paziente sulle persone, le risposte degli altri e la reazione a questa risposta del paziente.

Queste categorie divennero dunque le tre componenti del CCRT:

1. Wish: desideri, bisogni, intenzioni.
2. RO: risposte degli altri.
3. RS: risposte del sé.

Il metodo del CCRT ha le sue radici nella concezione freudiana di modello di transfert (1912), che nel corso degli anni è stato utilizzato come uno strumento di valutazione del "caso" e del "processo", proprio per la facoltà di riuscire ad operationalizzare il transfert. Il principio fondante presuppone che in ogni seduta terapeutica sia possibile individuare una certa quantità di temi conflittuali inconsci. Il metodo di Luborsky prevede un insieme di passaggi fondamentali. Innanzi tutto, esso si fonda sull'individuazione di "Episodi Relazionali" (ER) individuati all'interno dei trascritti delle sedute. Gli Episodi Relazionali si caratterizzano come "momenti di esplicita narrazione di episodi in cui il paziente interagisce con altre persone o con il sé". (Luborsky & Crits-Christoph, 1990, p. 31). Gli ER devono sottostare ad un criterio di completezza che esclude quegli episodi che risultino frammentati o incoerenti. Essi sono per definizione delle "Narrative che presentano un inizio, un corpo centrale ed una fine". (Luborsky & Crits-Christoph, 1990, p. 32). Attraverso gli ER è possibile risalire alle tre componenti suddette. Queste vengono conteggiate sino ad individuare le componenti principali che caratterizzano conflitti centrali del paziente. Luborsky & Crits-Christoph (1990) sostengono, infatti, che le tre componenti siano da considerarsi in relazione fra loro, tanto da formare una "sequenza" collegata. In questa sequenza il desiderio e le risposte costituiscono un pattern in cui c'è un bisogno che deve essere soddisfatto in relazione alle persone. Dunque, il conflitto è innescato tra i bisogni e le risposte degli altri e del sé. Questo concetto è sovrapponibile al conflitto intrapsichico descritto da Freud tra impulsi dell'ES e risposte dell'IO.

Secondo Luborsky, i desideri devono essere soddisfatti in relazione alle persone e mirano a cambiare la natura della relazione. Il riadattamento del CCRT in chiave motivazionale (Dazzi, De Coro & Andreassi, 2003) trae spunto dal graduale passaggio di interpretazione della patologia, da patologia della personalità a patologia delle relazioni. Soprattutto nell'ambito evolutivo, il disturbo viene visto sempre più all'interno di un contesto relazionale, piuttosto che come disturbo dell'individuo. Nell'ambito dell'*infant research*, risulta particolarmente utile la proposta di Joseph Lichtenberg (1989) che, integrando i dati della ricerca e del lavoro clinico, ha proposto una revisione della teoria psicoanalitica della motivazione in termini di sistemi motivazionali.

Un sistema motivazionale è un'entità psicologica costituita sulla base di un bisogno fondamentale, la cui soddisfazione è necessaria per il mantenimento della coesione del sé (Stern, 1985).

I bisogni sono:

- Bisogno di regolazione fisica delle esigenze fisiologiche
- Bisogno di attaccamento-affiliazione
- Bisogno esplorativo assertivo
- Bisogno di reagire avversivamente attraverso l'antagonismo o il ritiro
- Bisogno di piacere sensuale ed eccitazione sessuale

Ognuno dei cinque sistemi motivazionali, costituito da un gruppo interrelato di bisogni e desideri, è presente fin dalla nascita e permane per tutta la vita. Essi si caratterizzano inizialmente con risposte innate e successivamente si sviluppano e si organizzano in relazione all'ambiente, alle interazioni con le figure di accudimento ed al livello di sviluppo neurofisiologico.

Lo sviluppo dei sistemi motivazionali procede di pari passo con lo sviluppo del senso del Sé; si passa, dunque, dalla percezione di regolarità e cambiamenti nel mondo esterno (caratteristica della sensazione di emergenza del Sé), alla sensazione di separazione e riconoscimento dell'altro col Sé nucleare, fino alla consapevolezza della condivisibilità dei contenuti mentali del Sé soggettivo. Ad eccezione del sistema avversivo, mobilitato e caratterizzato da sensazioni di disagio e pericolo, la soddisfazione dei bisogni relativi agli altri sistemi porterà ad esperienze connotate da affetti positivi. Esperienze che, in seguito, il bambino, poi adulto, sarà motivato a ricreare. Ogni sistema motivazionale si organizza indipendentemente, ma al tempo stesso può svolgere il ruolo dominante di organizzatore, inducendo gli altri alla quiescenza, in determinati momenti della vita. I sistemi motivazionali si integrano per assicurare l'ordine nella motivazione totale, il cui fine ultimo è la sopravvivenza. Il termine "sistema" è stato scelto per enfatizzare i concetti di organizzazione, cambiamento e plasticità. A differenza del concetto di struttura, quello di sistema permette di concettualizzare lo sviluppo come il prodotto di un insieme complesso di interazioni, che è in costante cambiamento e che si muove verso livelli organizzativi più articolati. Dazzi, De Coro & Andreassi (2003) hanno proposto una nuova organizzazione della componente "desiderio" del CCRT, in termini di sistemi motivazionali. Questa riorganizzazione ha portato alla creazione di un sistema di siglatura applicato alle trascrizioni delle sedute di pazienti con diagnosi diverse, rivelatosi capace di discriminare tra le diagnosi stesse. Applicando l'adattamento del CCRT secondo i sistemi motivazionali è possibile fornire una lettura operazionalizzata dei modelli cognitivi-affettivi, rilevando i sistemi motivazionali attivi, momento per momento, nel corso della psicoterapia. Una ricerca sul caso singolo (Ortu, Andreassi, Scanu & Dazzi, 2004) ha applicato questo sistema di siglatura basato sulla riformulazione dei Desideri secondo i cinque sistemi motivazionali alle sedute del caso clinico proposto da Lichtenberg, Lachman, & Fosshage, (1996). Questo caso è stato utilizzato dagli autori per illustrare il "movimento" dei sistemi motivazionali nel corso di una psicoterapia. Il caso era relativo ad una psicoanalisi durata nove anni, presentata e discussa attraverso l'esposizione di 5 settimane di lavoro, una ogni due anni. I risultati espressi dagli autori (Lichtenberg, Lachmann & Fosshage, 1996) messi a confronto i con i risultati del CCRT-motivazionale e i commenti dell'analista hanno fatto emergere una congruenza tra sistemi motivazionali rilevati secondo le categorie CCRT-motivazionale e valutazione del caso da parte di Lichtenberg Lachmann e Fosshage, (1996). Gli autori esprimevano le loro considerazioni cliniche sul sistema emergente facendo particolare riferimento alle Scene Modello: "Le scene modello illuminano ed incapsulano in forme grafiche e metaforiche esperienze che rappresentano temi motivazionali salienti, costruiti e ricostruiti come fantasie inconsce e credenze patogenetiche" (Lichtenberg, Lachman, & Fosshage, 1996, p. 3). Esse organizzano le narrative e le associazioni del paziente, per cogliere importanti configurazioni transferali e attualizzazioni di ruolo e per mettere maggiormente a fuoco le esplorazioni dell'esperienza e delle motivazioni del paziente. Lichtenberg e coll. ritengono che il processo analitico possa essere considerato come un'elaborazione di scene modello. Nella ricerca di Ortu, Andreassi, Scanu e Dazzi (2004), si evidenzia nel corso del processo terapeutico una diminuzione della prevalenza del sistema motivazionale avversivo, capace di ridurre l'esplorazione congiunta e il progresso terapeutico, a favore

del sistema motivazionale dell'attaccamento, capace di sostenere l'alleanza terapeutica ed una esplorazione delle aree problematiche.

L'integrazione di questi tre strumenti applicati nello studio di un single-case dovrebbe permettere di individuare i passaggi significativi della narrazione del paziente e poter così individuare all'interno di essi quali schemi cognitivo-affettivo sono prevalenti, se e come possono essere dissociati e se e come possono essere pervasivi per il soggetto perchè ricorsivi e ridondanti nel paziente. Gli studi che hanno confrontato i dati del CCRT e quelli della AR sulle medesime sedute di psicoterapia rilevano una costante relazione tra i picchi positivi di AR e la presenza di Episodi Relazionali comprendenti tutte o parti delle componenti del CCRT. Gli alti livelli di AR nella narrazione dei pazienti sembrano quindi individuare i modelli centrali delle dinamiche relazionali, e con essi i momenti rilevanti del disagio portato dal paziente (Bucci 2002; De Coro, Mariani, Pazzagli, Andreassi, Ortu & Caviglia, 2004; Ortu, Pazzagli, Calcioli, Lingiardi, Williams & Dazzi, 2001). In un'altra ricerca, rivolta ad indagare le qualità della narrazione nei pazienti depressi, l'Attività Referenziale nei racconti di ricordi precoci è stata messa in relazione con la rilevazione di Episodi Relazionali e con l'autovalutazione della depressione clinica (con il *Beck Depression Inventory*). È stata, così, confermata la corrispondenza tra CCRT ed alta AR nel rilevare le relazioni oggettuali significative nei diversi soggetti; inoltre è stata trovata una relazione significativa tra livelli bassi di AR ed episodi connotati da emozioni negative. Infine, la misura della AR è risultata discriminante, nel gruppo di soggetti non-depressi, per individuare coloro che raccontavano pochi Episodi Relazionali (come nel gruppo dei depressi), mettendo così in evidenza la possibilità di considerare la bassa AR come un fattore di rischio rispetto alla presenza di una depressione latente non auto-percepita (Ben-Meir & Bucci, 2004). Attraverso questo studio ci si aspetta, quindi, di rilevare questa corrispondenza tra AR e CCRT classico e motivazionale in un caso caratterizzato da un basso funzionamento dettato dalla sua diagnosi clinica.

Specifici Quesiti di Ricerca

Lo studio integrato di differenti strumenti di analisi del processo in psicoterapia consente di esplorare la corrispondenza tra costrutti teorici e applicazione pratica. Studi citati in precedenza direzionano l'indagine di ricerca verso alcune ipotesi da convalidare. Una corrispondenza tra AR, CCRT-classico e CCRT-motivazionale, metterebbe in risalto una relazione tra configurazione transferale conflittuale vs schema emozionale cognitivo-affettivo dissociato. L'indagine quindi intende:

- Verificare se vi sia una corrispondenza tra i picchi e gli ER, se a picchi di AR corrisponda una narrazione di Episodi Relazionali (ER), attraverso i quali è possibile estrapolare peculiari configurazioni di transfert. Se si verificasse tale corrispondenza sistematica si evidenzerebbe l'utilità di ricorrere ai costrutti del CCRT e della RA nell'identificazione precoce all'interno del processo terapeutico delle configurazioni relazionali salienti del paziente (ciò consentirebbe di far emergere rapidamente all'interno di un processo terapeutico i momenti salienti e le principali configurazioni transferali conflittuali);
- Verificare se ad un numero maggiore di ER corrisponde un "ciclo della buona ora", caratterizzato da un andamento della variabile AR così configurato: bassa AR nella fase iniziale, alta AR nella fase centrale e bassa AR nella fase conclusiva;
- Verificare se esiste una corrispondenza tra l'individuazione di un andamento del processo referenziale definito come "ciclo della buona ora" e l'emergere di un sistema motivazionale di attaccamento che direziona verso una migliore alleanza terapeutica.

Metodologia

Strumenti:

Attività Referenziale

Operativamente l'attività referenziale è una variabile costituita da 4 sottovariabili, definite come concretezza, specificità, chiarezza, immaginazione.

- La concretezza: misura il livello di qualità sensoriali e/o percettive delle parole utilizzate, includendo i riferimenti a tutte le modalità sensoriali, al movimento e all'esperienza corporea.
- La specificità: rileva la quantità di dettagli presenti nel trascritto e quindi misura il grado di specificazione nella descrizione di personaggi, luoghi ed oggetti di un episodio, oppure dei diversi elementi di una serie di pensieri e/o stati d'animo.
- La chiarezza: si riferisce al livello di comprensibilità con cui le scene, gli eventi e/o i pensieri appaiono espressi nel linguaggio; in particolare valuta la messa a fuoco del tema e l'articolazione dei passaggi, i quali permettono a chi ascolta o legge di seguire più o meno facilmente il discorso.
- L'immaginazione: è intesa come attività di produzione di immagini. Misura il livello di evocatività del linguaggio usato, cioè quanto le parole ed il racconto complessivo riescono a suscitare risonanza emotiva nell'ascoltatore attraverso le immagini (Bucci, 2000).

Le quattro sottovariabili tendono a misurare quelle caratteristiche del linguaggio che possono essere definibili e quantificabili da giudici parlanti la stessa lingua. Le variabili sono tra loro relativamente indipendenti e, come tali, misurabili su una scala da 0 a 10 separatamente, ma nello stesso tempo intercorrelate, in quanto stimano la qualità e l'intensità della comunicazione dell'esperienza emozionale nel linguaggio. La media tra i quattro punteggi attribuiti definisce il valore dell'AR. I testi sono in primo luogo segmentati in brani, che dipendono dalla lunghezza e dalla struttura del testo. Ogni segmento è definito "Unità Ideativa" ed è caratterizzato da un racconto che introduce uno spostamento del focus narrativo, oppure un nuovo argomento. Di solito è possibile riconoscere intuitivamente questi punti di passaggio, spesso senza riuscire a stabilire gli elementi espliciti su quali si basa il giudizio. Per le unità ideative nelle sedute di psicoterapia, le segmentazioni devono tenere in considerazione, oltre lo spostamento di focus, gli eventuali interventi demarcativi del terapeuta. Gli interventi interpretativi o rilevanti del terapeuta possono essere considerati un punto di demarcazione di una unità ideativa e l'inizio di un'altra. È necessario che i giudici concordino sulla segmentazione avvenuta e si confrontino nelle situazioni ambigue. Due o più giudici addestrati esprimono la loro impressione circa il materiale narrativo. Il giudizio si basa sulle quattro dimensioni, valutando esclusivamente la forma narrativa del testo. Le scale della Immaginazione e della Concretezza misurano le caratteristiche sensoriali, mentre la Specificità e la Chiarezza ne riflettono il grado di articolazione e la qualità comunicativa. L'attribuzione di punteggi alle unità ideative è fornita da giudici esperti in doppio cieco e, successivamente, ne viene calcolata l'attendibilità attraverso l'ICC (indice di correlazione intraclassi) e il coefficiente alfa di Cronbach. Il punteggio di AR attribuito ad uno specifico segmento è la media dei valori di AR attribuiti dai giudici.

Il Core Conflictual Relationship Theme (CCRT)

È un metodo per la misurazione di pattern relazionali ripetitivi disadattivi. Il metodo del Tema Relazionale Conflittuale Centrale è basato sull'individuazione di unità narrative chiamate "episodi relazionali" (ER) che i pazienti raccontano in modo tipico o che

possono mettere in atto con il terapeuta durante le sedute di psicoterapia. Gli Episodi Relazionali corrispondono “ad una parte di seduta che si presenta come un momento relativamente distinto di esplicita narrazione di episodi in cui il paziente interagisce con altre persone o con il Sé” (Luborsky & Crits-Christoph, 1992, p. 31). L’applicazione pratica del CCRT prevede due fasi di valutazione per le narrative: una di segmentazione del trascritto di una seduta di psicoterapia in unità narrative (Episodi Relazionali) e una di codifica di questi episodi rispetto alle loro componenti secondo specifiche categorie interpretative designate da Luborsky. “Il pattern relazionale centrale, script o schema che ogni persona segue nello stabilire le sue relazioni può essere derivato considerando gli elementi invariati delle narrazioni che le persone fanno delle proprie relazioni” (Luborsky, Crits-Cristoph, 1998, p. 31). Gli ER devono sottostare ad un criterio di completezza che porta ad escludere quelle parti di narrazione del paziente che non comprendano almeno le seguenti componenti: Wish (la componente motivazionale originaria del nucleo conflittuale del paziente) la Response of Other (l’aspettativa relativa alla risposta che riceverà il desiderio da parte dell’altro). Essi sono per definizione delle “Narrative che presentano un inizio, un corpo centrale ed una fine” (Luborsky & Crits-Christoph, 1992, p. 32). La seconda fase consiste nell’individuazione, all’interno degli ER, le 3 componenti:

Wish: desideri, bisogni, intenzioni,

RO: risposte degli altri,

RS: risposte del sé.

Le risposte dall’altro e le risposte del Sé vengono suddivise in categorie *positive* e *negative*.

Negative: quelle risposte che implicano per il paziente che sia avvenuta, o che c’è l’aspettativa che avvenga, un’interferenza nella soddisfazione dei suoi desideri.

Positive: si riferiscono alla non interferenza nella soddisfazione dei desideri e/o un sentimento di padronanza nella gestione dei desideri.

A ciascuna delle componenti degli episodi relazionali viene, a questo punto, attribuita la rispettiva categoria standard. Dopo aver valutato i tipi di componenti più ricorrenti si può procedere alla formulazione del CCRT. Le categorie di W, RO e RS che compaiono più frequentemente vengono, infatti, a costituire il CCRT di quel paziente che esprime il suo conflitto centrale, generalmente tra i desideri (W) e le risposte dagli altri (RO) o del Sé (RS). (cfr. Ortu, 2006). Uno studio condotto da Luborsky, Crits-Christoph et al. (1992) su 33 pazienti estratti dal più ampio campione del Penn Psychotherapy Project ha inoltre messo in luce come, anche in un trattamento riuscito, alcuni aspetti del Tema Relazionale Conflittuale Centrale possano rimanere invariati: i desideri, i bisogni e le intenzioni di una persona tendono infatti a rimanere stabili in varie situazioni e nel tempo (Luborsky & Crits-Christoph, 1990, cap. 9). Il paziente, tuttavia, raggiunge di solito una maggior consapevolezza dei propri modelli relazionali, che diventano più flessibili. Di conseguenza, è in grado di reagire meglio a situazioni conflittuali e si aspetta dagli altri risposte più positive nei suoi confronti.

CCRT - Motivazionale

A partire dall’individuazione degli ER secondo il metodo classico descritto in precedenza, si procede alla modalità di siglatura che è analoga a quella utilizzata per il CCRT di Luborsky:

- individuazione degli Episodi Relazionali
- individuazione delle componenti Wish- secondo i 5 sistemi motivazionali
- individuazione delle componenti pervasive.

Il CCRT-motivazionale prende in considerazione solo la componente Desideri, escludendo le risposte del Sé e dell'Oggetto. I desideri dei cluster del CCRT classico sono stati ridefiniti sulla base della teoria motivazionale di Lichtenberg (1989) (cfr. De Coro, Mariani, Pazzagli, Andreassi, Ortu & Caviglia, 2004).

I sistemi a cui si fa riferimento sono:

- Sistema motivazionale della regolazione fisica delle esigenze fisiologiche
- Sistema motivazionale di attaccamento-affiliazione
- Sistema motivazionale esplorativo assertivo
- Sistema motivazionale avverso
- Sistema motivazionale sensuale/sessuale

L'esaminatore conteggia successivamente la frequenza della componente desiderio e indica il sistema motivazionale prevalente e se compare un sistema secondario.

Campione

Lo studio viene effettuato su 4 sedute Psicoterapia psicodinamica presso un Centro Clinico Universitario in corso da 5 anni, con sedute bisettimanali. Sono stati studiati i primi due anni di trattamento, scegliendo le trascrizioni di 4 sedute audioregistrate, ad intervalli di 6 mesi: n. 2 – 12 – 41 – 82. L'assessment clinico secondo DSM-IV, ASSE I Disturbo d'ansia Generalizzata; ASSE II Significativi tratti Narcisistici ed Istrionici, ASSE IV con un'esperienza di lutto grave e recente. La valutazione strutturale risulta di funzionamento borderline.

Risultati

L'Attività Referenziale nel corso del Processo Terapeutico

L'attribuzione dei punteggi è stata fornita da due giudici esperti in doppio cieco riportando i seguenti valori:

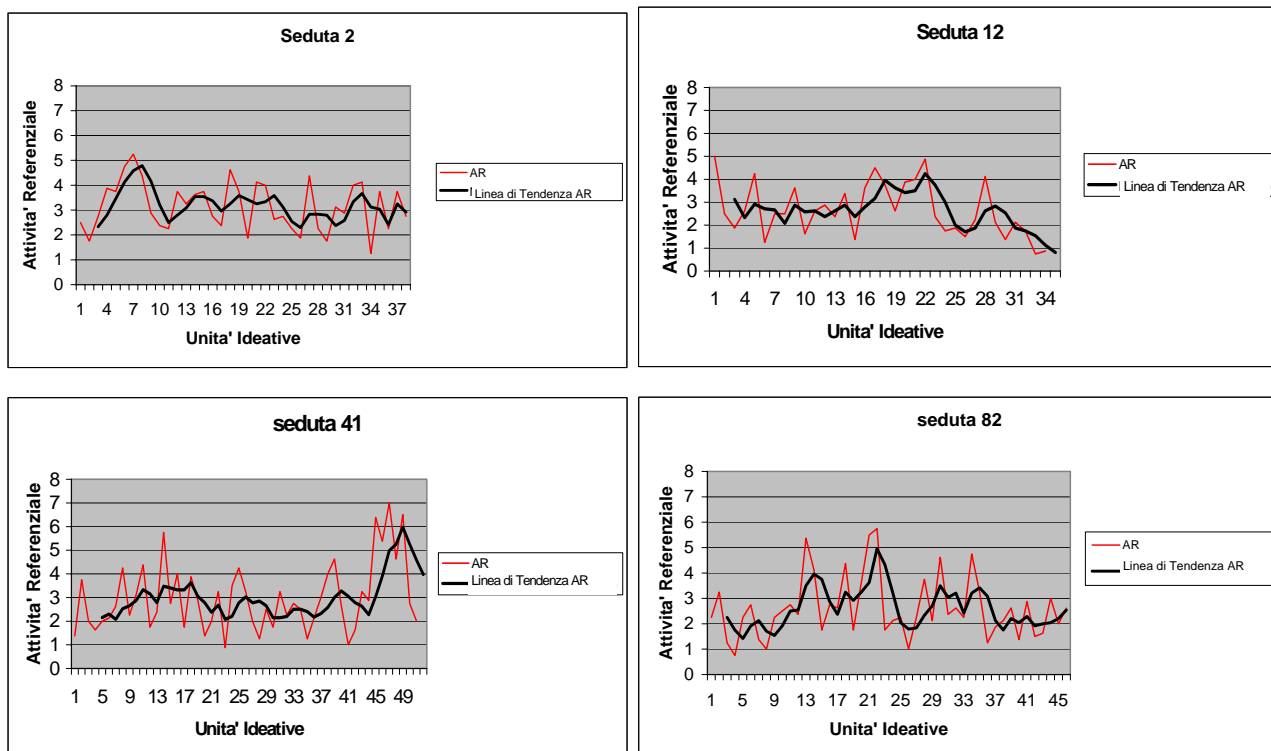
Sedute	N. UI	AR Min	AR Max	AR Media	Deviazione Standard	ICC	alpha
2	38	1.25	5.25	2.9	0.97	0.65	0.80
12	34	0.75	5	2.7	1.15	0.48	0.73
41	51	0.88	7	2.9	1.44	0.78	0.92
82	45	1	6	2.6	1.24	0.73	0.83

I valori medi dell'AR rimangono costanti all'interno delle diverse sedute, mostrando uno stile narrativo caratterizzato da un processo referenziale scarso. Un andamento costante

dell'AR nelle diverse sedute indica una caratteristica di tratto del paziente, che potrebbe essere messa in relazione alla gravità della diagnosi clinica del paziente. Si riscontra una maggiore d.s. nelle sedute 41 e 82 dove l'ampiezza di fluttuazione della variabile cresce.

L'andamento dell'AR all'interno delle sedute mostra una limitata fluttuazione del processo referenziale nelle sedute 2 e 12, mentre per le sedute n. 41 e 82 sussiste una maggiore fluttuazione ed ampiezza del range dei punteggi. La seduta 82 presenta una specifica fluttuazione della variabile che risponde alle caratteristiche ipotizzate del "ciclo della buona ora", Bassa AR > Alta AR > Bassa AR (Bucci, 2002; Freedman, Lasky & Hurvich, 2002). La seduta che presenta tutti i punteggi delle singole unità ideative al disotto del punteggio medio delle scale è la seduta 12, dove non compaiono picchi che superano il valore 5 della scala AR.

Grafici dell'andamento dell'Attività Referenziale per seduta.



Analisi del CCRT CLASSICO

L'individuazione degli ER e delle tre componenti principali è stata affidata a due giudici esperti. L'accordo tra i due giudici è stato del 95% ($K = .90$) per quanto riguarda l'individuazione degli ER, mentre per quanto riguarda le tre componenti è stato rispettivamente Wish: 95% ($K = .90$), RO 87% ($K = .75$), RS: 82.5% ($K = .65$).

L'analisi del tema conflittuale centrale in ogni singola seduta mostra un andamento anomalo della componente Desiderio, che è, invece, presupposto costante nel corso della terapia (Luborsky, 1977). Le tematiche risultanti riportate in tabella evidenziano un miglioramento della relazione del paziente con le figure significative e, nello specifico, con il terapeuta, evidenziato dalla presenza di Risposte dell'Oggetto positive nelle sedute 41 e 82. La seduta 82 è costituita da ER con maggiori livelli di completezza, da una variazione positiva sia della Risposta dell'Oggetto, sia della Risposta Sé, mostrando un principio di trasformazione terapeutica caratterizzata dalla presenza di una predisposizione ad aiutare. La 12a seduta è caratterizzata da una drastica diminuzione del numero di ER; questi stessi risultano non completi mancando la componente di RO.

Seduta	N. ER	CCRT
2	15	- lo non vorrei essere ferito - Gli altri sono dominatori e si impongono - lo sono ansioso e ho paura
12	5	- Voglio essere vicino - Sono insicuro
41	14	- Vorrei essere aiutato - Gli altri mi sono vicini - lo mi arrabbio e mi sento in ansia
82	14	- Vorrei essere vicino - Gli altri sono empatici - lo sono disposta ad aiutare

CCRT Motivazionale

L'individuazione degli ER è stata affidata a due giudici esperti. L'accordo tra i due giudici è stato del 95% ($K = .90$) per quanto riguarda l'individuazione degli E; per quanto riguarda i Wish è stato del 95% ($K = .90$).

Nel corso delle prime tre fasi il sistema motivazionale dominante è quello avversivo, che esprime un bisogno di reagire in modo ritirato o antagonista. Nella seduta 12 compaiono dei desideri relativi al sistema dei bisogni di regolazione fisiologica, accanto a quelli avversivi. Questo aspetto indicherebbe una attivazione somatica maggiore, che induce ad una elevata presenza di aspetti di pensiero concreto e riferimenti al corpo, sia sottoforma di sintomo, sia di aspetti di funzionamento fisiologico. Nella seduta 82 si riscontra una trasformazione del sistema motivazionale secondario. Pur rimanendo, il sistema avversivo, un organizzatore dominante, si riscontra la presenza di un sistema di Attaccamento come secondario. Questo aspetto è in relazione alle componenti RS e RO indicate nel CCRT classico nella medesima seduta. Nella quarta fase si nota una maggiore predisposizione del paziente ad accedere ad un legame di fiducia che incentiva l'alleanza terapeutica.

Seduta	N. ER	CCRT motivazionale
2	15	Sistema Avversivo
12	5	Sistema Avversivo/Bisogni fisiologici
41	14	Sistema Avversivo
82	14	Sistema Avversivo/Attaccamento

Relazione tra CCRT e AR

I picchi di AR presenti nelle sedute ricadono all'interno di ER completi e/o parziali in misura maggiore nelle sedute 41 e 82. Si rileva un incremento della sovrapposizione di picchi di AR negli ER nel corso del trattamento. Questo aspetto segnala uno sviluppo nelle capacità narrative, ovvero, una maggiore integrazione di schemi emozionali attivati in relazione a specifici episodi relazionali significativi.

Seduta	N. ER	Percentuale dei Picchi Alti di AR che colgono gli ER
2	15	50%
12	5	40%
41	14	86%
82	14	81%

Discussione

I risultati hanno consentito di tracciare una stretta relazione tra processo referenziale, tema centrale conflittuale e sistema motivazionale prevalente. Si è visto, infatti, che l'andamento nelle 4 fasi del trattamento delle differenti variabili segnala una trasformazione tra la seconda e la terza fase. Attraverso il CCRT-classico l'andamento del processo può essere distinto in due sottogruppi di sedute. Nelle ultime due interviene una trasformazione che introduce la presenza di risposte positive dell'oggetto per poi arrivare alla seduta 82, con la manifestazione di risposte positive sia del sé e che dell'oggetto. Anche il CCRT motivazionale sottolinea un processo di cambiamento riscontrabile nella variazione del sistema motivazionale secondario. Nella quarta fase,

infatti, emerge un secondo sistema motivazionale di attaccamento, che segnala una trasformazione nell'organizzazione dell'esperienza del paziente. L'andamento dell'AR parallelamente segnala un processo di trasformazione dato dall'aumento della deviazione standard dei punteggi; inoltre si configura un andamento nella seduta 82 congruente con il ciclo della buona ora.

Il processo così configurato, integrando i modelli teorici presi in esame, segnala come schemi cognitivo-affettivi del paziente inizino ad attivarsi nella prima e seconda fase. Tuttavia, meccanismi dissociativi di funzionamento, evidenziabili nella narrazione del paziente dalla presenza di sistemi aversivi e fisiologici non consentono ancora di elaborare ed integrare l'esperienza. Solo nella terza fase, dove i processi narrativi mostrano una migliore integrazione tra i diversi sistemi di codifica, si può introdurre una possibilità di cambiamento che consiste nell'introduzione di esperienze relazionali aggiuntive. Questi nuovi schemi cognitivo-affettivi non si sostituiscono ai precedenti, ma ne forniscono una alternativa, utile per riorganizzare l'esperienza e la rappresentazione della realtà. Rispondendo in maniera puntuale alle ipotesi formulate si può constatare che:

- L'ipotesi della corrispondenza tra picchi di AR ed ER, risulta parzialmente confermata. Laddove gli ER tendono ad essere frammentati e parziali, nelle prime due fasi di trattamento, la corrispondenza non risulta significativa. Nelle ultime due fasi, in cui la narrazione relazionale assume un carattere più integrato, la relazione tra le due variabili risulta significativa.
- Il numero degli episodi relazionali non è correlato alla presenza del "ciclo della buona ora", bensì la maggiore coincidenza di picchi di AR che ricadono negli episodi relazionali segnalano la presenza di un "ciclo della buona ora": si potrebbe dire forse che quando c'è una maggiore corrispondenza tra ER e picchi di RA sembra anche presentarsi l'andamento della RA tipico del "ciclo della buona ora".
- Risulta confermata la corrispondenza tra la presenza di un andamento del processo referenziale definito come "ciclo della buona ora" e l'emergere di un sistema motivazionale di attaccamento che consente un miglioramento dell'alleanza terapeutica e che potrebbe consentire una trasformazione negli schemi cognitivo-affettivi del paziente.

In conclusione, con un paziente il cui assetto relazionale e motivazionale impedisce un'adeguata connessione con il terapeuta, schemi disadattivi centrali non sono compiutamente integrati nelle narrazioni del CCRT. La possibilità di monitorare l'andamento della AR, intesa sia come capacità di connessione interpersonale che di integrazione cognitivo-affettiva, segnala al terapeuta il momento in cui le narrazioni del CCRT rispecchiano con maggiore validità l'attivazione degli schemi relazionali disadattivi. Questo può indicare come il processo referenziale possa essere una variabile significativa per direzionare il focus del clinico e far porre l'attenzione proprio su quelle sedute dove gli schemi disadattivi sono messi in evidenza. Ciò consentirebbe una analisi puntuale delle interazioni salienti ed una piena comprensione dei sistemi organizzativi del paziente, al fine di introdurre un cambiamento funzionale. Una ulteriore considerazione deriva dalla possibilità di mettere in relazione la gravità della diagnosi del paziente, cui è associata una valutazione strutturale di funzionamento borderline, con i livelli costanti di RA Bassa e la presenza di Risposte prevalenti del Sé e dell'Altro negative. Tali risultati sono in linea con la ricerca di Ben-Meir e Bucci (2004), dove la bassa AR e scarsi ER, come nelle prime due fasi del processo, possono significare la presenza di una depressione latente non auto-percepita, nonché una relazione significativa tra livelli bassi di AR ed episodi connotati da emozioni negative.

Più in generale, vorremmo sottolineare come la valutazione multi-strumentale del processo terapeutico da noi proposto offra un'utile prospettiva di ricerca del cambiamento clinico a diversi livelli.

In primo luogo, questa impostazione consente di confrontare alcuni degli assunti delle teorie psicodinamiche sui fattori del processo terapeutico necessari a produrre il cambiamento clinico con dei dati empirici direttamente derivati dal contesto di trattamento.

In secondo luogo, questa impostazione di ricerca consente di evidenziare la validità euristico-clinica del ricorso all'operazionalizzazione di costrutti psicodinamici sul processo terapeutico. I costrutti come CCRT e RA, difatti, sembrano offrire una griglia di lettura dei processi di cambiamento psicoterapeutico che a) garantisce una pronta e adeguata formulazione delle dinamiche cliniche salienti del singolo trattamento, di facile applicazione anche nell'esperienza immediata del clinico; b) prescinde dagli specifici orientamenti di scuola dei diversi clinici migliorando la possibilità di comunicazione tra operatori; c) permette di seguire il processo di cambiamento clinico secondo gli assunti condivisi dalle diverse scuole ad orientamento psicodinamico.

Bibliografia

Ben-Meir, M., & Bucci, W. (2004, June). *Referential Activity as a Moderator in Interpretation of the BDI; Reaching Beneath the Uncertainty of Self-Report*. Paper presented in 35th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Rome.

Bucci, W. (1997a). Patterns of discourse in "good" and troubled hours: A multiple code interpretation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45, 155-187.

Bucci, W. (1997b). *Psychoanalysis and Cognitive Science*. New York: Guilford (trad. it. *Psicoanalisi e Scienza Cognitiva*, G. Fioriti, Roma, 1999)

Bucci, W. (1984). Linking words and things: Basic processes and individual variation. *Cognition*, 17, 137-153.

Bucci, W. (2002). The Language of Emotions. *Evolution and Cognition*, 8, 2, 172-183.

Bucci, W., & Kabasakalian-Mckay, R. (1992). *Scoring Referential Activity. Instructions for Use with Transcripts of Spoken Narrative Texts*. Ulm: Ulmer Textbank. (trad. it. In De Coro, A. & Caviglia, G. (Eds.) *La valutazione dell'attività referenziale*, Kappa, Roma, 2000).

Conte, M., & Dazzi, N. (1988). *La verifica empirica in psicoanalisi*. Bologna: Il Mulino.

Dazzi, N., De Coro, A., & Andreassi S. (2003, June). *CCRT and Motivational Systems in Case Formulation*. Paper presented at European Congress of SPR.

De Coro, A., & Mariani, R. (2006). L'Attività Referenziale: Un costrutto per lo studio del linguaggio delle narrative nella psicoterapia dinamica. In N. Dazzi, V. Lingiardi & A. Colli (Eds.) *La ricerca in psicoterapia* (pp. 437-461). Milano: Raffaello Cortina.

De Coro, A., Mariani, R., Pazzagli, C., Andreassi, S., Ortu, F., & Caviglia, G. (2004, October). *Il nuovo dizionario computerizzato per la valutazione dell'attività Referenziale: un'applicazione allo studio del caso singolo*. Paper presented at VI national meeting of AIP, Aosta.

De Coro, A., Tagini, A., Andreassi, S., & Pazzagli, C. (2002). Il processo primario e la ricerca empirica: Una nota sul modello di Wilma Bucci per lo studio della psicoterapia psicoanalitica. *Rassegna di Psicologia*, XIX (2), 73-90.

Freedman N., Lasky R., & Hurvich M. (2002, September). *Two pathways toward knowing psychoanalytic process*. Paper presented at IPA conference Pluralism of Sciences: The Psychoanalytic Method between Clinical, Conceptual and Empirical Research, Frankfurt.

Freud, S. (1912). Zur Dynamik der Übertragung, In *Zentralblatt für Psychoanalyse*, 2 (4), 167-73 (trad. it. Dinamica della traslazione, In *Opere di Sigmund Freud*, Bollati Boringhieri, Torino, 1974, vol. VI, pp. 523-31).

Lichtenberg, J.D. (1989). *Psychoanalysis and Motivation*. Hillsdale-London: The Analytic Press. (trad. It. *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*, Raffaello Cortina, Milano, 1995)

Lichtenberg, J.D., Lachmann, F.M., & Fosshage, J.L. (1996). *The clinical exchange*. The Analytic Press, Inc. (trad. It. *Lo scambio clinico*, Raffaello Cortina, Milano, 2000)

Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy: The groundwork for a study of their relationship to its outcome. In J. L. Claghorn (Ed.) *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.

Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The core conflictual relationship theme. In N. Freedman & S. Grand (Eds.) *Communicative structures and psychic structures* (pp. 367-395). New York: Plenum Press.

Luborsky, L. (1990). A guide to the CCRT method. In L. Luborsky, P. Crits-Christoph, *Understanding Transference: The CCRT Method*. New York: Basic Books (trad. It. Capire il transfert. Raffaello Cortina, Milano, 1992).

Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding Transference - The Core Conflictual Relationship Theme Method* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Mitchell, J. (1995). Coherence of the relationship theme: An extension of Luborsky's Core Conflictual Relationship Theme Method. *Psychoanalytic Psychology*, 12, 495-512.

Ortu, F. (2006) Il transfert e la ricerca con il CCRT. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 271-299). Milano: Raffaello Cortina Editore,

Ortu, F., Andreassi, S., Scanu, A., & Dazzi, N. (2004, October). *CCRT e Sistemi Motivazionali nello studio del processo terapeutico*. Paper presented at the VI national meeting of AIP, Aosta.

Ortu, F., Pazzagli, C., Cascioli, A., Lingiardi, V., Williams, R., & Dazzi, N. (2001). Ricerca concettuale e ricerca empirica nella psicoterapia psicodinamica: Una metodologia per lo studio del processo. *Ricerca in Psicoterapia*, 4 (1), 29-48.

Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. London: Karnac Books (trad. It. *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987).