

Decostruire e riorganizzare il costrutto di Alleanza Terapeutica

di R. Carli*, R. M. Paniccia**, V. Bonavita***, V. Terenzi***, F. Giovagnoli****

Premessa.

Il costrutto di Alleanza Terapeutica (A.T.) mostra, nelle sue molteplici definizioni, divergenze teoriche problematiche. E' sorprendente rilevare come, nonostante queste divergenze, l'Alleanza Terapeutica sia usualmente accettata quale fattore aspecifico di "tutte" le psicoterapie e sia univocamente considerata come la più importante dimensione predittiva circa l'outcome, l'esito della psicoterapia.

Vediamo quali sono le "parole chiave" con le quali è autorevolmente definita l'Alleanza terapeutica. Clara Zetzel, nel 1958, per prima utilizzò l'espressione A.T. e la descrisse come "condivisione matura della realtà tra paziente e terapeuta in psicoanalisi¹" (Lingiardi, 2002). Luborsky (1976), nell'Alleanza d'Aiuto di tipo 2, parla di "consapevolezza del paziente e del terapeuta di essere impegnati in un lavoro comune". Louise Gaston suddivide l'A.T. in quattro dimensioni: 1- *Patient working capacity*, 2- *Patient commitment*, 3- *Working strategy consensus*, 4- *Therapist understanding and involvement* (Lingiardi, 2002). Interessante notare che le prime due dimensioni sono riferite al paziente, l'ultima al terapeuta e la terza ad un "consenso" sulle strategie che può essere riferito solo a tutt'e due i protagonisti della relazione. Bordin (1979) definisce l'A.T. come reciproco accordo in riferimento agli obiettivi (*Goal*) del cambiamento che si intende perseguire con la psicoterapia, ai compiti (*Task*) utili per realizzare tali obiettivi e allo stabilirsi dei legami (*Bond*) che hanno la funzione di mantenere la collaborazione tra paziente e psicoterapeuta. Aaron T. Beck, il noto psicoterapista cognitivista (citato da Lingiardi, 2003), parla di sforzo congiunto per arrivare a una congruenza tra aspettative del paziente circa gli obiettivi terapeutici e aspettative del terapeuta. Ci fermiamo qui, per ora, visto che la definizione di Bordin ha ispirato Horvath e Greenberg (1994) nella costruzione del loro strumento di valutazione dell'A.T., il Working Alliance Inventory (WAI), uno dei più noti strumenti psicometrici per la rilevazione del livello di A.T. entro una psicoterapia. L'analisi dei fattori che compongono WAI, se studiati con specifici strumenti che tra poco descriveremo, costituisce l'obiettivo della ricerca presentata in questo nostro lavoro.

Guardiamo alle parole chiave delle definizioni ora riportate: condivisione; consapevolezza; comune; consenso; [reciproco accordo]; collaborazione; congruenza. Non è interessante? Per parlare di A.T. tutti gli autori citati, ma sicuramente anche altri entro una approfondita analisi della sterminata letteratura nel campo, utilizzano delle parole composte ove il primo termine della "composizione" linguistica è il termine latino "cum" che vale con, insieme: cum divido; cum sapio; cum munus; cum sensus; cum laboro; cum gruo. Il senso implicito, nell'etimo delle parole utilizzate, è quello di "fare qualcosa assieme". Nelle parole utilizzate è implicita, quindi, la nozione di reciprocità. Pensiamo ora all'origine del costrutto di A.T.: per molto tempo si è discusso se fosse o meno una fenomenologia diversa da quella del transfert, dimensione centrale nella teoria della tecnica psicoanalitica. Ma, attenzione: il transfert è un processo definitoriamente individuale, concerne il paziente quale individuo. Guardiamo, ad esempio, alla definizione di transfert data da Laplanche e Pontalis (1967) nel

* Professore ordinario, Facoltà di Psicologia 1, Università di Roma "Sapienza".

** Professore associato, Facoltà di Psicologia 1, Università di Roma "Sapienza".

*** Psicologa, allieva della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica, Roma.

**** Professore a contratto, Facoltà di Psicologia 1, università di Roma "Sapienza"

¹Non si capisce perché l'Autrice non abbia utilizzato, per la propria definizione, il termine setting. Quanto viene asserito per A.T., infatti, non si differenzia per niente dalla nozione di setting, di cui parleremo più avanti. Di fatto, in psicoanalisi, l'unica dimensione di realtà che è condivisa da paziente e terapeuta, è il setting, nelle sue dimensioni di orario, pagamento e assetto della seduta (lettino e poltrona).

loro “*Vocabulaire de la psychanalyse*” (enfaticamente tradotto in italiano come “Enciclopedia della psicanalisi”): “Il termine *transfert* designa, in psicoanalisi, il processo con cui i desideri inconsci si attualizzano su determinati oggetti, nell’ambito di una determinata relazione stabilita con essi e soprattutto nell’ambito della relazione analitica.

Si tratta di una ripetizione di prototipi infantili che è vissuta con un forte senso di attualità.

E’ per lo più il *transfert* della cura che gli psicoanalisti chiamano *transfert*, senza altra qualificazione.

Il *transfert* è tradizionalmente riconosciuto come il terreno in cui si svolge la problematica di una cura psicoanalitica, la sua impostazione, le sue modalità, la sua interpretazione e la sua risoluzione.”

Anche nelle definizioni più sopra riportate si fa riferimento ai singoli individui, il paziente e lo psicoterapeuta; quando si parla di A.T., peraltro, compaiono sistematicamente dimensioni che concernono il rapporto, la relazione tra i due. E’ a questo proposito che si fa riferimento alle parole composte, ove una delle componenti è il termine latino “cum”. Consideriamo attentamente il fatto che la nozione di A.T. nasce entro l’alveo teorico e tecnico della psicoanalisi. Ci si può chiedere, crediamo legittimamente, con quale motivazione per definire questa nozione, che ha a che fare (contrariamente al *transfert*, come anche al *controtransfert*) con un rapporto e non con due individui, si ricorra a dimensioni “razionali” quali l’accordo e la reciprocità, tralasciando la più importante dimensione psicoanalitica, il modo di essere inconscio della mente. La risposta, crediamo, è semplice e stupefacente al contempo: la psicoanalisi classica ha utilizzato la nozione di inconscio per parlare di singoli individui, nel loro mondo interno; non di relazioni. L’esperienza psicoanalitica, d’altra parte, si fonda sul processo relazionale tra paziente e psicoanalista, sia nell’accordo sul setting² che nella dinamica del rapporto analitico. La concezione individualista del disturbo psichico così come della psicoterapia, porta a considerare le dimensioni relazionali “al di fuori” della teoria psicologica che fonda l’intervento psicoterapeutico stesso. Ma queste dinamiche relazionali, non considerate nel processo terapeutico per la mancanza di una teoria della tecnica che concerna la relazione³ e non l’individuo, concorrono a giustificare l’attenzione sull’Alleanza Terapeutica. In altri termini: la psicopatologia dell’individuo si pone quale oggetto della psicoterapia e, per dare senso alla cura di tale psicopatologia riferita al singolo individuo, servono teorie individualiste dell’intervento psicoterapeutico; la relazione tra psicoterapeuta e paziente, d’altro canto, regge la stessa possibilità che la psicoterapia abbia luogo, che duri nel tempo; di qui la rilevanza del rapporto, della sua natura reciproca, dell’accordo che “deve” reggere l’individuazione degli obiettivi e dei metodi per il loro perseguimento. L’A.T., quindi, si propone quale costrutto sostitutivo di una teoria che analizzi la relazione quale oggetto della psicoterapia, non quale condizione integrativa per la sua realizzazione.

Abbiamo proposto una teoria psicoanalitica della relazione, fondata sul costrutto di collusione: la simbolizzazione emozionale del contesto, da parte di chi condivide uno specifico contesto, fonda la relazione nelle sue componenti simboliche. Con l’Analisi della Domanda abbiamo, inoltre, proposto un modello di relazione, specifico dell’esperienza psicoterapeutica a orientamento psicoanalitico. Entro una relazione psicoterapeutica considerata quale esito del processo collusivo, non è necessario postulare l’A.T.: la simbolizzazione della relazione organizza il rapporto terapeutico; la dinamica collusiva, con i fallimenti della collusione indotti dalle trasformazioni entro la relazione, può aiutare a comprendere le vicissitudini della terapia nelle sue differenti vicende e nel suo processo.

Non è nostro intento approfondire queste affermazioni, sviluppate in altri lavori. Quanto interessa proporre in questa ricerca è una “decostruzione” del costrutto di A.T., quale emerge nella WAI di Horvath e Greenberg, se utilizzata con una specifica metodologia fondata sull’Analisi Emozionale del Test.

²Si veda sul tema Codignola (1970).

³Ricordiamo alcuni lavori in proposito: Carli (2007a, 2007b, 2008a, 2008b); Carli, Grasso & Paniccia (2007); Carli & Paniccia (2003).

La misurazione dell'Alleanza Terapeutica.

Si è detto della profonda contraddizione rilevabile all'interno di un costrutto, quello di A.T., spesso utilizzato per parlare di cose differenti entro la psicoterapia, dalla "collaborazione intellettuale dell'analizzato" di cui parla Freud nel suo *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico* del 1912, sino ai break down nella collaborazione tra paziente e terapeuta, quelle rotture dell'A. T. proposte da Safran e Muran e riprese poi da Colli e Lingiardi.

E' interessante notare come, nella psicologia degli anni ottanta e novanta, soprattutto negli Stati Uniti e in Canada, si è sentito il bisogno di misurare, con apposite scale, inventari, o altri strumenti psicometrici, i costrutti dei quali si proponevano le direttrici teoriche. La costruzione di uno strumento di misura nei confronti di un costrutto teorico, d'altro canto, ha il potere indiscusso di "reificare" il costrutto stesso, rendendolo una "cosa" acriticamente assunta, nella misura in cui è misurabile e si può tradurre, quindi, in un numero, in una misura trattabile dal punto di vista statistico. Gli esempi, in proposito, sono molti: dal nevroticismo all'empowerment, dall'alessitimia al transfert, dallo stile di attaccamento all'A.T. Vorremmo richiamare l'attenzione sulla differenza tra costrutti come quello di dipendenza-indipendenza dal campo di Herman Witkin, elaborati in base ai dati empirici raccolti entro lo studio della percezione e organizzati per spiegare i dati stessi, e gli strumenti psicometrici dei quali stiamo parlando: strumenti di misura proposti per dare un valore numerico a costrutti nati in base a esperienze cliniche e costruiti con l'intento di dare una misura a eventi fenomenicamente riconducibili a dimensioni simili. Nel primo caso il costrutto unifica i dati empirici, nel secondo lo strumento vuole dare uno statuto misurabile a un costrutto definito concettualmente, spesso con contraddizioni e differenti punti di vista. La reificazione di un costrutto conflittuale, tramite uno strumento di misura, mette fine al dibattito sul senso di ciò che si misura. Tutto questo può comportare un vero e proprio problema nel dibattito scientifico sul costrutto stesso, visto che dati spesso contraddittori non pongono problemi sullo strumento, ma sulle applicazioni del costrutto. Si pensi, questo è solo un esempio, alle ricerche sulla relazione tra alleanza e gravità del disturbo: alcuni autori trovano che più è grave il disturbo meno forte è l'alleanza; altri non hanno rilevato differenze dell'alleanza, in relazione alla gravità del problema trattato. L'accettazione acritica e l'uso acritico di tali strumenti può indurre confusione e ridondanza di dati, spesso in contraddizione tra loro, nella ricerca entro il settore interessato.

Working Alliance Inventory, di Horvath e Greenberg, è fondato sulla definizione di A.T. data da Bordin; quest'ultimo autore considera l'A. T. come un reciproco accordo tra paziente e terapeuta su obiettivi, compiti e legami, come è stato sottolineato in precedenza. Lo strumento di misura WAI, nella sua versione italiana, è composto di 36 item suddivisibili in tre scale: scala *Goal* con 12 item (6 in forma affermativa e altrettanti in forma negativa), scala *Task* con 12 item (7 in forma affermativa e 5 in forma negativa), scala *Bond* (9 affermativi e 3 negativi). Esiste anche una versione breve, di 12 item.

Ci sono tre versioni del WAI: una fondata sul punto di vista del paziente (WAI-P), la seconda sul punto di vista del terapeuta (WAI-T) e la terza che rappresenta il punto di vista dell'osservatore esterno alla terapia (WAI-O). Molte sono le ricerche ove l'applicazione della WAI ha consentito la misurazione dell'A.T., secondo vari piani sperimentali. E' tramite queste ricerche che l'A.T. è risultato il costrutto più capace di predire l'esito della psicoterapia, a sua volta misurato con differenti metodologie.

La metodologia della ricerca.

Sappiamo che un'esperienza dell'inconscio "allo stato puro" è impossibile: come dice Matte Blanco, precipiteremmo in uno stato di non esistenza. Ciò è dovuto al fatto che "esistere", vale a dire l'esperienza di essere nel tempo e nello spazio, comporta il pensiero dividente e eterogenico. Ma la simbolizzazione emozionale dei differenti aspetti della realtà è sempre presente nella nostra mente, e fonda la relazione sociale collusiva. Ciò avviene anche in psicoterapia. La psicoterapia psicoanalitica, come le altre esperienze umane, è costituita da

componenti fondate sul pensiero dividente e eterogenico, che stabilisce relazioni e quindi è in grado di separare e distinguere gli oggetti della realtà, e da componenti fondate sul pensiero omogeneo e indivisibile; queste ultime determinano la dinamica emozionale dell'esperienza. Le prime componenti sono date dal setting (tempo della seduta e orario; pagamento; assetto della seduta con il paziente steso sul lettino e l'analista seduto dietro, fuori dalla vista del paziente: questo assetto è atto a favorire, tra paziente e analista, una relazione ove si riducono al minimo gli stimoli basati sulla reciprocità dello sguardo e ove le associazioni del paziente si basano sulla prevalente simbolizzazione emozionale della relazione); le seconde, dalle libere associazioni e dalle vicende emozionali che segnano la relazione analitica. Come si vede, non si prevedono accordi sugli obiettivi della psicoterapia o sul legame; *il setting e la sua condivisione sono l'unico elemento che organizza e rende possibile l'esperienza psicoanalitica*. Ogni trasgressione al setting, in quanto si pone necessariamente sul piano dell'agito, non è analizzabile e può portare alla rottura del rapporto terapeutico. Per questo è importante che il paziente sia informato sul senso delle condizioni di lavoro richieste dalla psicoanalisi. Quanto avviene in psicoanalisi, acquista un senso psicoterapeutico solo tramite l'analisi; analizzare significa pensare le emozioni evocate dalla situazione del setting, entro la relazione psicoanalitica. WAI, di contro, chiede di valutare entro il pensiero dividente alcune dimensioni che, nella nostra visione della psicoterapia, hanno a che fare con la dinamica inconscia della relazione psicoterapeutica. Si è detto che la definizione di A.T. da parte di Bordin voleva essere "panteorica", vale a dire capace di evidenziare le componenti dell'alleanza in tutte le forme della psicoterapia: psicoanalitica, cognitivista, rogersiana. Pensiamo che questa visione allargata dell'alleanza, quindi della relazione tra psicoterapeuta e paziente, sia andata a scapito della dinamica emozionale che intercorre nella psicoterapia e che caratterizza la *vision* psicoanalitica della cura. Ciò significa che, nella formulazione degli item della WAI, si cerca di comunicare, sul piano cognitivo ciò che appartiene a dinamiche emozionali; quindi si vuol costringere entro una valutazione fondata sul senso compiuto delle frasi contenute nella WAI, quanto appartiene a processi emozionali che non possono essere limitati entro le tre categorie G (obiettivi), T (compiti), B (legame).

Guardiamo, ad esempio, all'item 4 della WAI che più sotto presentiamo: "Paziente e terapeuta sono confusi rispetto a ciò che stanno facendo in terapia". Abbiamo detto che, nella relazione psicoanalitica, paziente e psicoterapeuta vivono un rapporto che prende origine entro la simbolizzazione collusiva del contesto dato dal setting della cura. Come abbiamo proposto in altri lavori, la simbolizzazione collusiva è polisemica, quindi altamente non differenziata, ambigua, caratterizzata da emozioni diverse e dal continuo processo di differenziazione–sdifferenziazione delle emozioni stesse. Ciò significa che la relazione psicoanalitica è confusa. Non sono il paziente o il terapeuta a essere confusi, ma la relazione tra loro, quella relazione che origina dal processo collusivo. Se si considera la relazione psicoanalitica in quest'ottica, la confusione è quindi altamente probabile. D'altro canto, se per confusione intendiamo, nella teoria psicoanalitica, l'ingresso del modo di essere inconscio della mente nelle transazioni entro la relazione, come è possibile dare un punteggio "ordinale" alla confusione? Questa obiezione non concerne solo l'item in discussione, ma tutti gli item della WAI.

Presentiamo ora la WAI-O forma breve, nella versione italiana.

1	Paziente e terapeuta sono d'accordo circa i passaggi che vanno affrontati per migliorare la situazione del paziente. [T]	1 2 3 4 5 6 7
2	Paziente e terapeuta si sentono fiduciosi sull'utilità della loro attività terapeutica. (per esempio, il paziente riesce a guardare in modo diverso i suoi problemi) [T]	1 2 3 4 5 6 7
3	Il paziente crede di piacere al terapeuta e il terapeuta crede di piacere al paziente. [B]	1 2 3 4 5 6 7
4	Paziente e terapeuta sono confusi rispetto a ciò che stanno facendo in terapia. [G]	1 2 3 4 5 6 7

5	Il paziente ha fiducia nelle capacità del terapeuta di aiutarlo. [B]	1 2 3 4 5 6 7
6	Paziente e terapeuta sono impegnati in uno sforzo comune per raggiungere obiettivi concordati. [G]	1 2 3 4 5 6 7
7	Il paziente sente che il terapeuta lo stima come persona. [B]	1 2 3 4 5 6 7
8	Paziente e terapeuta sono d'accordo su quali siano le cose importanti su cui il paziente deve lavorare. [T]	1 2 3 4 5 6 7
9	Paziente e terapeuta hanno costruito un rapporto di fiducia reciproca. [B]	1 2 3 4 5 6 7
10	Paziente e terapeuta hanno idee differenti su quali siano i reali problemi del paziente. [G]	1 2 3 4 5 6 7
11	Paziente e terapeuta hanno stabilito un buon livello di comprensione reciproca sul tipo di cambiamenti che sarebbero giusti per il paziente. [G]	1 2 3 4 5 6 7
12	Il paziente crede che la strada intrapresa per risolvere i suoi problemi sia quella giusta. [T]	1 2 3 4 5 6 7

Abbiamo riportato in [] l'attribuzione dei singoli item alle tre scale: obiettivi [G], compiti [T], legami [B].

Una valutazione di Alleanza Terapeutica si ottiene assegnando un punteggio ai singoli item. Questo punteggio, nella metodologia che fonda lo strumento di misura, comporta una lettura "cognitiva" delle singole frasi, fondata sul senso condiviso di ciascun enunciato; la nostra ipotesi, di contro, prevede che il punteggio assegnato risenta della simbolizzazione affettiva evocata dalle singole frasi. Questa lettura emozionale degli item, d'altro canto, può riorganizzare il senso di Alleanza Terapeutica, che potrebbe risultare non rispondente alla suddivisione entro le tre scale dell'A.T., quale è prevista dagli autori dello strumento di misura. Entro le frasi, infatti, ricorrono sistematicamente "parole dense"⁴, quali ad esempio: migliorare, fiducia, utilità, problemi, piacere all'altro, confusione, capacità, sforzo, dovere, concordare, stimare, accordo, reciproco, reali, comprensione, cambiamento, risolvere, giusto. Queste parole, "polisemiche", possono presiedere a una rappresentazione emozionale della relazione tra paziente e terapeuta, diversa da quella prevista dalle tre scale; possono dare specifiche informazioni sulla relazione, non prevedibili dallo schema descrittivo dell'A.T., dato da Bordin, trasferito poi nella WAI da Horvath e Greenberg.

Di qui l'ipotesi di questa ricerca: sostituire la valutazione, tramite punteggio, dei singoli item della WAI-O⁵ forma breve, con le associazioni verbali evocate da ciascun singolo item. Associazioni raccolte da psicoterapisti che associno pensando a uno specifico rapporto terapeutico, da ciascuno di loro vissuto con un paziente particolare, scelto tra quelli in terapia. Tali associazioni si sostituiscono alla valutazione tramite il punteggio 1-7 per ciascun item, e possono darci informazioni sulle simbolizzazioni emozionali evocate dalle frasi che definiscono gli item. Ciò è stato realizzato chiedendo la collaborazione di un insieme di 28 psicoterapeuti, di differente orientamento teorico⁶.

Ecco le caratteristiche dei 28 psicoterapeuti interpellati:

ETÀ	
fino a 35 anni	6

⁴ Si veda: Carli & Paniccia (2002).

⁵ Abbiamo scelto la WAI-O perché, nei suoi item, ricorrono sia la parola *paziente* che quella *terapeuta*. Interessava che le associazioni fossero stimulate dalle due polarità della relazione, entrambi presenti nelle frasi sulle quali associare.

⁶ Non parliamo di campione, ma di un insieme di psicoterapeuti. Questo per il fatto che la costruzione di un campione prevede una conoscenza delle dimensioni che caratterizzano l'universo. Non pensiamo sia stato ancora definito, nelle sue variabili costitutive, l'universo degli psicoterapeuti italiani.

da 36	22
SESSO	
m	11
f	17
ORIENTAMENTO TEORICO	
psicodinamico	16
cognitivo	2
sistemico	5
misto	5
ANNI D'ESPERIENZA	
fino a 5	4
da 5 a 10	6
oltre 10	18

Abbiamo chiesto a ciascuno psicoterapeuta di stilare una breve resoconto di presentazione riferito a un paziente, scelto tra quelli attualmente in terapia. Ciò al fine di focalizzare il pensiero dello psicoterapeuta su uno specifico paziente. In seguito, abbiamo chiesto di associare liberamente sugli item della WAI, presentati uno alla volta, in riferimento al paziente prescelto e oggetto del resoconto. Abbiamo così raccolto e registrato le associazioni sui 12 item. Sull'intero testo delle associazioni (testo comprendente le associazioni di tutti gli psicoterapeuti, per tutti gli item della WAI) è stata effettuata l'Analisi Emozionale del Testo, mantenendo quali variabili illustrative le suddivisioni per item e per psicoterapeuta.

L'ipotesi della ricerca prevede che l'analisi dei cluster di parole dense, presenti nelle associazioni degli psicoterapisti ai 12 item della WAI, si riorganizzino in strutture differenti da quelle delle tre scale previste dalla teoria di Bordin. L'analisi di questa attesa riorganizzazione ci potrà dare informazioni sul costrutto di A.T., articolandone le componenti entro categorie più vicine alla distinzione proposta tra componenti "organizzative" della terapia e dinamica emozionale della stessa.

Risultati.

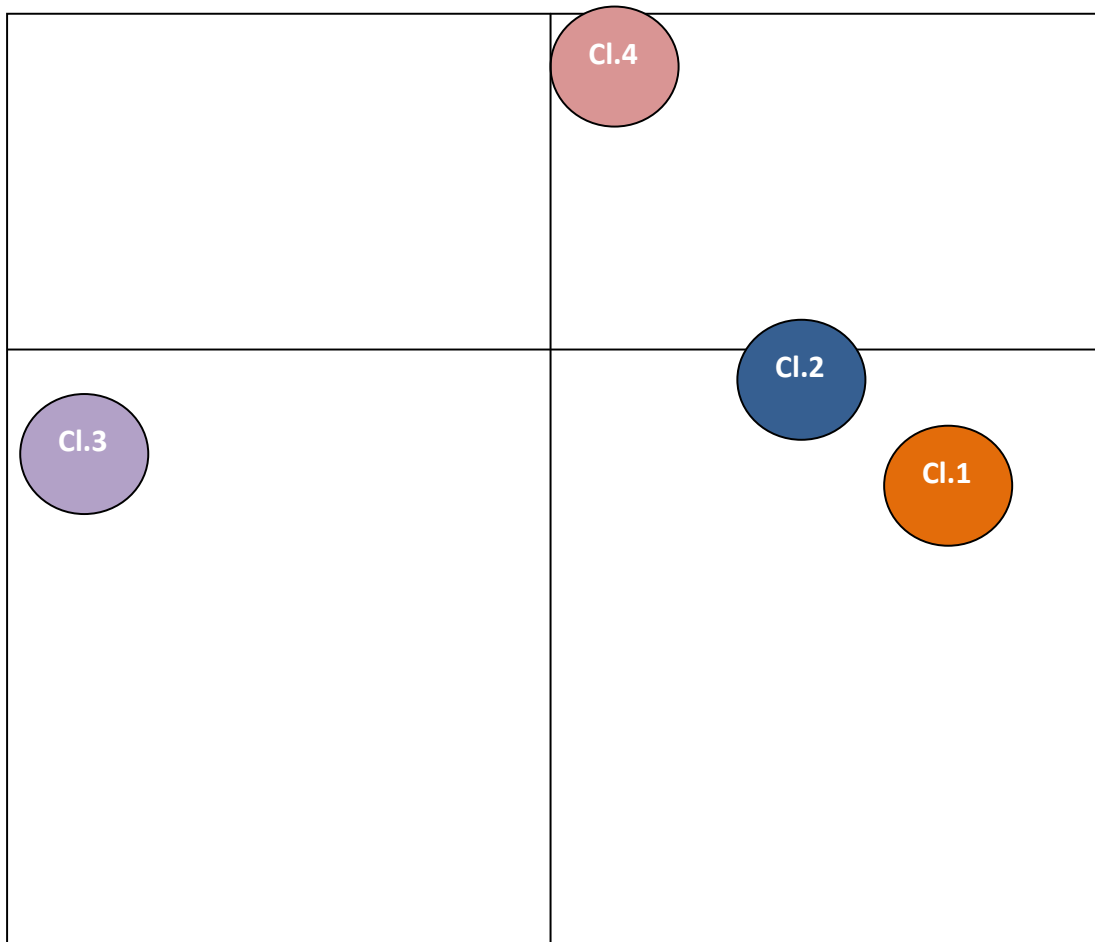
Per l'AET abbiamo utilizzato il programma Alceste (Analyse des Lèxèmes Cooccurrents dans les Enoncés Simples d'un Texte), di Max Reinert. Come previsto dal metodo AET, siamo intervenuti su A2 DICO (il dizionario delle forme verbali, generato dal programma) accettando le sole parole "dense" presenti nel dizionario, come uniche forme da trattare; marcando le singole forme "non dense" con la lettera "r" (*rejeté*) al fine di poterle escludere dall'analisi. Questa operazione richiede un lungo lavoro e, per le singole forme verbali del dizionario, una scelta competente da parte del ricercatore; consente, d'altro canto, di effettuare le analisi successive in coerenza con le ipotesi teoriche di AET che considera i cluster di parole dense, presenti nel testo, come indicatori delle differenti processualità collusive che attraversano il testo stesso.

L'AET ha analizzato 318 parole dense, mentre sono state classificate come "non dense" 838 forme verbali. Sottolineiamo questo dato, per evidenziare come alcune analisi del testo possono lavorare su tutte le forme verbali presenti nel testo: in tal caso si ottengono riorganizzazioni di parole che, di fatto, riproducono quanto è già presente nel testo, senza alcuna informazione aggiuntiva fondata su una teoria psicologica. Si tratta di analisi del testo che richiedono poco lavoro, ma che alla fine offrono scarsa informazione sul piano dell'interpretazione psicologica del testo stesso.

Il testo è stato suddiviso da Alceste in 653 unità elementari di contesto (u.c.e.). Per l'analisi sono state utilizzate 349 u.c.e., vale a dire il 53.45% di quelle generate dal programma informatico. Quando la quota delle u.c.e. trattate supera la metà di quelle generate da Alceste in base al testo sottoposto ad analisi, quest'ultima ben rappresenta il testo che si intende analizzare.

Il trattamento delle parole dense ha dato origine a quattro cluster, così disposti entro lo spazio fattoriale (nei riquadri sono riportate le parole dense che caratterizzano il cluster e il

valore decrescente di χ^2 , ad indicare la centralità più o meno elevata delle singole parole entro il cluster stesso):



Consideriamo, infine, la distribuzione degli item della WAI entro i quattro cluster.

Item presenti nel cluster 1:

5 - Il paziente ha fiducia nelle capacità del terapeuta di aiutarlo [B]

8 - Paziente e terapeuta sono d'accordo su quali siano le cose importanti su cui il paziente deve lavorare [T]

Item presenti nel cluster 2:

1 - Paziente e terapeuta sono d'accordo circa i passaggi che vanno affrontati per migliorare la situazione del paziente [T]

9 - Paziente e terapeuta hanno costruito un rapporto di fiducia reciproca [B]

Item presenti nel cluster 3:

2 - Paziente e terapeuta si sentono fiduciosi sull'utilità della loro attività terapeutica. (per esempio, il paziente riesce a guardare in modo diverso i suoi problemi) [T]

3 - Il paziente crede di piacere al terapeuta e il terapeuta crede di piacere al paziente [B]

4 - Paziente e terapeuta sono confusi rispetto a ciò che stanno facendo in terapia [G]

7 - Il paziente sente che il terapeuta lo stima come persona [B]

Item presenti nel cluster 4:

10 - Paziente e terapeuta hanno idee differenti su quali siano i reali problemi del paziente [G]

11 - Paziente e terapeuta hanno stabilito un buon livello di comprensione reciproca sul tipo di cambiamenti che sarebbero giusti per il paziente [G]

12 - Il paziente crede che la strada intrapresa per risolvere i suoi problemi sia quella giusta [T]

L'item 6: Paziente e terapeuta sono impegnati in uno sforzo comune per raggiungere obiettivi concordati. [G], non è iscritto in alcun cluster.

Un primo rilievo, in base ai dati ottenuti: non vi è alcuna relazione tra i cluster di parole dense emersi con l'AET e le tre scale di WAI, previste dai loro costruttori. Gli item appartenenti alle tre scale si distribuiscono casualmente entro i quattro cluster ottenuti con AET.

Vediamo ora di analizzare la dinamica emozionale, quale emerge nei singoli cluster e nella loro relazione entro lo spazio fattoriale. A questo proposito riportiamo i valori di relazione tra cluster e fattori:

	Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3
Cluster 1 (27% delle u.c.e.)	.711	- .612	- .396
Cluster 2 (14% delle u.c.e.)	.646	.118	1.307
Cluster 3 (38% delle u.c.e.)	- .907	- .295	.072
Cluster 4 (21% delle u.c.e.)	.088	.997	- .315

Proponiamo ora l'analisi dei singoli cluster e della loro relazione entro lo spazio fattoriale generato da Alceste.

Per l'analisi delle parole dense che danno origine ai singoli cluster, utilizziamo la metodologia indicata in Carli e Paniccia, 2002: si esaminano i successivi incontri di parole dense (la prima parola densa con la seconda, la prima e la seconda con la terza e così via); l'analisi è fondata sulla progressiva riduzione della polisemia che caratterizza le parole dense, nei loro incontri; è a partire da questa restrizione della polisemia che si può individuare il senso collusivo del cluster. La posizione dei differenti cluster nello spazio fattoriale consentirà poi un secondo ordine di analisi, fondato sulla relazione tra loro.

Sul primo fattore si contrappongono il cluster 1 e il cluster 3.

Il cluster 1.

Il primo incontro di parole dense è: condividere – terapia: si evidenzia, sin dall'inizio delle parole dense del cluster, la connotazione della psicoterapia quale condivisione (dal latino *cum divido* che vale spaccare in due o dividere con l'altro); la terza parola densa è costruire (dal latino *cum struo*, che vale mettere una cosa sull'altra, costruire assieme). Seguono processo e esplorazione, ad indicare un procedere cercando di scoprire: si tratta di ricerche che si fanno insieme. Ed ecco la parola che rende esplicito quanto era presente nel prefisso *cum* delle parole dense precedenti: insieme.

La psicoterapia è vissuta come processo e come relazione; insieme è la parola densa che indica il senso emozionale del cluster: si condivide, si costruisce, si esplora la complessità; paziente e psicoterapeuta fanno insieme queste cose. Il processo comporta esplorazione, quindi un cenno all'avventurarsi nell'ignoto ove l'essere insieme, il condividere l'esperienza, attenua la pericolosità di questa esplorazione e consente di costruire, aumentando la complessità (ecco la parola densa successiva) della relazione stessa.

Si tratta di un cluster che sottolinea la funzione di rapporto della psicoterapia, e la dinamica collusiva assume la connotazione di un procedere, costruttivo di senso.

Guardiamo alle parole dense degli item WAI che, tra le variabili illustrative, vengono iscritti entro il cluster 1.

Nell'item 5 si sottolinea la dipendenza critica del paziente dal terapeuta (fiducia, ma nelle capacità), anche se il tutto è volto all'aiuto, quindi a modelli di relazione senza tecnica.

Nell'item 8 si prevede un accordo, anche se su un lavoro che il paziente "deve" fare. Quindi, ancora dipendenza del paziente dal terapeuta.

Ma questa dipendenza ha, come abbiamo visto, connotazioni critiche: la fiducia è nelle capacità del terapeuta, non nel terapeuta tout court; il paziente "deve" lavorare su cose importanti; cose sulle quali, è importante sottolinearlo, egli è d'accordo con il terapeuta, partecipa quindi alla loro definizione.

Sembra che le associazioni degli psicoterapeuti espandano e sviluppino questa dimensione critica dell'atteggiamento dipendente del paziente, in una sorta di simmetrizzazione della dipendenza, che si estrinseca nell'esplorare assieme, nel condividere e nel costruire. La dipendenza del paziente, caratterizzata da atteggiamento critico negli item WAI, si trasforma in una reciprocità di intenti e di azioni nelle associazioni.

Gli item della WAI sembrano sollecitare una sottolineatura del processo collusivo che organizza la condivisione dell'esperienza terapeutica.

Sul polo opposto del primo fattore si situa il cluster 3.

Qui si contrappongono dimensioni che indicano valutazioni cognitive, quali capacità e stima, con dimensioni emozionali problematiche quali limite, depressione, frustrazione, tentativo. Nel cluster 1 si evidenzia una reciprocità simmetrica gratificante, qui la relazione sembra, di contro, fondata su una profonda asimmetria: da un lato il paziente valuta la capacità del terapeuta e sente la stima di quest'ultimo nei suoi confronti; dall'altra emerge la frustrazione dovuta al vissuto di un limite derivante dalla supremazia del terapeuta, e la conseguente depressione; tutto ciò sembra riferibile alla valutazione positiva, atta a porre lo psicoterapista in una posizione predominante, perché fondata su un potere asimmetrico. Il tentativo di uscire da questa dimensione asimmetrica sembra far riferimento alla richiesta di una maggior umanità da parte dell'altro, del terapeuta. Sembra si voglia dire che non basta il fatto di valutare l'altro come capace e riceverne la stima, per evitare il sentimento del limite e la frustrazione della conseguente depressione. Serve una umanità che renda più simmetrico ciò che un rapporto, fondato sulla valutazione, rende ineluttabilmente asimmetrico.

Guardando agli item della WAI ci si può chiedere da dove venga questo vissuto di asimmetria e di frustrazione. Sembrerebbe che un vincolo problematico sia quello del "piacere all'altro", quale dinamica seduttiva che comporta una dipendenza reciproca tra paziente e psicoterapeuta. Di fatto, se l'obiettivo è quello di piacere all'altro, subentra confusione su ciò che si sta facendo in terapia; l'intento di piacere all'altro vincola entro una dimensione di impotenza e di seduzione reciproca; piacere all'altro sembra profondamente in contraddizione con l'assetto psicoterapeutico, una terapia ove l'utilità di ciò che si fa, quindi il cambiamento, è riferita al solo paziente. Gli item denotano asimmetria esplicita (gli item 2 e 7, ove è il paziente che guarda in modo diverso i suoi problemi ed è sempre il paziente che riceve la stima del terapeuta, senza un movimento reciproco); dove non c'è questa asimmetria, si vive confusione, in un tentativo di simmetrizzare la seduzione. L'intento di piacere all'altro sembra confondere e, di conseguenza, aumentare l'asimmetria della relazione.

Sul primo fattore, quindi, si contrappongono due processi collusivi: l'uno volto a condividere e costruire, l'altro volto al piacersi reciproco e alla asimmetria circa la stima e gli esiti della psicoterapia. Quindi una collusione simmetrica e una collusione asimmetrica, con esiti molto diversi: il paziente "deve" meritarsi la stima del terapeuta, ne valuta la capacità, entrambi sono in un atteggiamento seduttivo reciproco; tutto questo esita in una frustrazione depressiva, che deriva dal sentimento di limite e di confusione che il paziente (ma anche il terapeuta) vive in tale dinamica collusiva.

Sul secondo fattore si contrappongono ancora il cluster 1 e il cluster 4.

Il cluster 4, quindi, potrà mostrare una differente modalità collusiva nei confronti di quella già evidenziata nel cluster 1.

Cluster 4.

E' il cluster ove si ripetono le parole dense degli item WAI: giusto, reale, risolvere, cambiamento. Questa dimensione ripetitiva può essere interpretata quale motivo per avviare una dinamica reattiva: il desiderio di agire le emozioni si propone quale contrapposizione alla prescrizione circa ciò che "è giusto per il paziente" e circa i suoi "reali problemi". Sembra quindi che la componente prescrittiva, insita negli item WAI, comporti una fantasia infantile di reattività agita, entro le associazioni dei nostri psicoterapisti. Reattività che si estrinseca in parole dense quali rabbia, droga, terribile, a-rischio, fallimento. Sembra che la cultura del cluster sia decisamente oppositiva nei confronti delle dimensioni di "realtà" indicate negli item: avere idee differenti sui reali problemi del paziente, avere una comprensione reciproca sui cambiamenti giusti per il paziente, credere che la strada intrapresa sia quella giusta.

Ricordiamo che, negli item che correlano con questo cluster, si parla di "reali problemi" del paziente, di "strada giusta" per risolvere i problemi del paziente e di "buon livello di comprensione reciproca". L'asimmetria non è a carico della relazione tra paziente (dipendente) e psicoterapeuta (dotato di potere) come nel cluster 1 e, più ancora, nel 2; qui si pretende che criteri "oggettivi" quali la realtà e la giustezza (giustizia) siano i parametri con i quali il paziente deve confrontarsi. Il desiderio di agire emozioni si propone, quindi, quale modo per sfuggire al primato della realtà giusta, sembrerebbe per riaffermare la priorità della propria emozionalità. Qui, in altri termini, emerge la reazione emozionale a una terapia presentata come correzione del deficit: di un deficit oggettivamente definito quale "reale problema" e per il quale il paziente è tenuto a intraprendere la "strada giusta". La minaccia della diagnosi "oggettiva", implicita negli item WAI, sembra portare le associazioni verso una profonda reattività emozionale e verso processi di rabbia e distruzione. Può anche essere vero il reciproco: là dove ci sono agiti emozionali, dove c'è rabbia, fallimenti, droga, è importante che si definisca una riconduzione all'ordine, da parte del terapeuta, socialmente legittimata. Nell'uno come nell'altro caso, è evidente il conflitto tra richiamo all'ordine e reattività emozionale.

Sul terzo fattore si pone il cluster 2.

Si tratta del cluster che identifica la psicoterapia quale sviluppo, in contrapposizione ad una psicoterapia quale correzione di deficit secondo parametri realistici, come nel cluster 4 più sopra descritto.

E' un cluster caratterizzato da molti verbi: sviluppare, crescere, ripensare, approfondire, scoprire, discutere, implicarsi. La psicoterapia è vista quale rapporto di consulenza, ove è massima la simmetria tra paziente e psicoterapeuta. Una simmetria che lascia spazio a dubbi e a discussioni, ove la funzione consulenziale dello psicoterapeuta si pone al servizio dell'obiettivo di sviluppo, presente nel paziente e nella relazione.

Le frasi degli item WAI con maggior peso emozionale su questa dinamica collusiva volta allo sviluppo sono: "fiducia reciproca" e "essere d'accordo". L'obiettivo è il "miglioramento" della situazione del paziente, senza accenno a problemi, ingiunzioni o parametri realistici. Si salva la soggettività, quale elemento che pone in una posizione simmetrica i due protagonisti della relazione.

Ricordiamo, infine, che l'item 6 della WAI (Paziente e terapeuta sono impegnati in uno sforzo comune per raggiungere obiettivi concordati) non viene incluso in alcun cluster. Nell'analisi comparativa dei dati sarà possibile formulare alcune ipotesi su questa mancata inclusione dell'item in uno dei quattro cluster.

Quale Alleanza Terapeutica emerge dalle parole dense presenti nelle associazioni agli item WAI, da parte dei 28 terapeuti partecipanti alla nostra indagine?

Lo stimolo fornito con la WAI sembra evocare, nel primo come nel secondo fattore dell'Analisi Emozionale del Testo, una comune simbolizzazione del potere entro la relazione terapeutica. Ciò significa che le associazioni agli item WAI, entro i cluster del primo e del secondo fattore, evocano nei nostri terapeuti emozioni collusive collegabili a una relazione di potere tra terapeuta e paziente. Qui l'alleanza è rappresentata, quindi, da accettazione o reazione al potere del terapeuta sul paziente. Il cluster 1, che si contrappone al 3 sul primo fattore e al 4 sul secondo fattore, sembra essere al centro di questa tematica. Nel cluster 1, come abbiamo visto, la dinamica collusiva sembra volta al superamento della dipendenza del paziente nei confronti del terapeuta. Questo superamento sembra definito dalla parola densa "insieme" ove la simmetria, implicita nella parola, consente di rappresentare la psicoterapia quale esplorazione, condivisione, costruzione. Sono alcuni specifici segnali di simmetria, presenti negli item WAI che si situano nel cluster, a motivare e a promuovere questa dinamica volta a rendere più simmetrica e condivisa la dipendenza del paziente dal terapeuta.

L'A.T. si propone, quindi, quale superamento della dipendenza e della differenziazione tra paziente e terapeuta, entro la rappresentazione simbolico emozionale del potere. "Insieme", come abbiamo visto, è la parola che tiene ancora distinte le figure del paziente e del terapeuta, ma al contempo le unisce nella funzione costruttiva, attorno alla quale si organizza la collusione volta a rappresentare la relazione terapeutica. Costruire, dal latino: *cum struere* ove il verbo *struo-ere* significa disporre a strati, quindi costruire e *cum* significa assieme, insieme; di qui l'inesattezza dell'espressione co-costruire, spesso utilizzata in psicologia clinica per esprimere un significato che è già completamente espresso dalla forma "costruire".

Vediamo quali dinamiche contrappositive a questo processo collusivo si ritrovano sul primo e sul secondo fattore.

Sul primo, si propone una asimmetria nella valutazione del processo terapeutico e nella stima, ove è il solo paziente che guarda in modo diverso ai propri problemi o che si sente stimato dal terapeuta; la simmetria, parallelamente, viene evocata in una sorta di seduzione reciproca, atta a evocare confusione e limiti. Di qui la frustrazione depressiva e la richiesta di una maggior umanità da parte dello psicoterapeuta.

Sul secondo fattore, di contro, il potere asimmetrico si spersonalizza entro dimensioni di realtà e di giustizia o, come direbbe Roland Barthes (1957), giustizia; qui la reattività sembra potente, e si direziona tutta entro l'agito emozionale, contrapposto a questo richiamo all'ordine; ad un ordine potente in quanto non impersonato dallo psicoterapeuta ma da elementi di realtà e di giustizia che egli impersona di fronte al paziente.

In sintesi, nei primi due fattori l'elemento rilevante, la simmetria – asimmetria del potere tra paziente e psicoterapeuta, sembra indurre differenti processi collusivi: ove l'asimmetria viene superata, si realizza una possibilità di "insieme" o, come direbbe ancora Barthes, di "insiemità"; se questa asimmetria di potere viene sottolineata dallo stimolo emozionale (parole dense) insito negli item WAI, allora si hanno reazioni volte a evocare la frustrazione depressiva o a esaltare la reazione agita delle emozioni.

Sul terzo fattore le individualità vengono superate e sussunte entro finalità di sviluppo, ove non sono più distinte la figura del paziente e quella dello psicoterapeuta. Qui la dinamica collusiva integra i due protagonisti entro un obiettivo che non è più solo dell'uno e, forse, dell'altro; non è più consensuale ma condiviso. La collusione, in questo cluster, comporta la condivisione simbolica del processo che caratterizza la psicoterapia. E' evidente che, nel processo collusivo di questo cluster, non si è all'interno del costruito di Alleanza Terapeutica tra paziente e psicoterapeuta, ma si simbolizza la reazione volta allo sviluppo.

Si può quindi affermare che gli item WAI evocano, nelle associazioni degli psicoterapeuti della nostra ricerca, due ordini di rappresentazioni collusive del rapporto psicoterapeutico:

- una relazione fondata sulla asimmetria del potere tra paziente e psicoterapeuta⁷; qui i due protagonisti della relazione sono orientati a simbolizzare emozionalmente l'altro quale figura dotata di potere o succube del proprio potere, e a strutturare processi difensivi nei confronti di tale simbolizzazione emozionale (nel cluster 1 si "simmetrizza l'asimmetria" e si può simbolizzare un lavoro insieme; nel cluster 3, l'asimmetria provoca frustrazione depressa; nel cluster 4 si reagisce emozionalmente all'asimmetria oggettivata nei termini di realtà e giustizia). Importante notare che, in tutti e tre i cluster, paziente e psicoterapeuta rimangono ben distinti e sembrano orientati a limitare la loro dinamica collusiva alla sola simbolizzazione dell'altro.

- Una attenzione alla relazione⁸, ove i due interlocutori dell'alleanza terapeutica "scompaiono" entro una relazione attenta e finalizzata a una "cosa terza", lo sviluppo. Non lo sviluppo del paziente, ma lo sviluppo della relazione entro un contesto. E' l'attenzione alla relazione quale oggetto simbolico a sé stante, non come risultante dell'accordo – disaccordo tra i due protagonisti, che consente il rapporto con la cosa terza; cosa terza che concerne la relazione, è importante sottolinearlo, non uno dei due protagonisti. Si tratta dello sviluppo: nozione che concerne la relazione e che si contrappone alla correzione del deficit, a carico del solo paziente.

In sintesi, la ricerca mostra come gli item WAI, volti a misurare l'Alleanza Terapeutica, evocano problemi di simmetria – asimmetria del potere simbolico tra paziente e terapeuta; problemi che possono essere agiti nella relazione, tramite differenti processi difensivi, o che possono essere superati attraverso la dinamica collusiva volta a guardare alla relazione e al suo prodotto, lo sviluppo.

Perché problemi di potere in psicoterapia? Se pensiamo alla psicoterapia psicoanalitica, ogni dinamica del potere "reale" tra psicoanalista e paziente è ristretta al concordare il setting di lavoro. Entro il setting, le fantasie collegate al potere dell'uno sull'altro, sia nella mente del paziente che in quella dello psicoanalista, sono oggetto di analisi. Vale a dire di un pensiero che dia senso alle fantasie, alle simbolizzazioni collusive che caratterizzano la relazione. Pensare emozioni è il tipico e costante lavoro psicoanalitico. Nell'ambito psicoanalitico, quindi, non si pone un problema di Alleanza Terapeutica, al di fuori del setting. Né di rottura dell'alleanza. Certo, le fantasie dei pazienti possono essere critiche nei confronti dell'analista, così come lo possono essere i contenuti dei sogni o le associazioni libere, durante una o più sedute. Il problema sta tutto nella possibilità di analizzare queste fantasie, così come le fantasie di complicità, di simpatia, di condivisione degli obiettivi terapeutici, come qualsiasi cosa passi per la mente dello psicoanalista o del paziente. Le cose sono ben diverse in altri tipi di psicoterapia, segnatamente nella psicoterapia cognitiva. Qui il potere dello psicoterapeuta nei confronti del paziente è lo strumento principale per il lavoro psicoterapeutico. Se si guarda al periodo di massima diffusione della tematica collegata con l'Alleanza Terapeutica, gli anni settanta e ottanta, si può constatare come sia anche il periodo, specie negli Stati Uniti, di massima diffusione e affermazione della teoria e della psicoterapia cognitiviste. Un periodo ove, come abbiamo avuto modo di sottolineare, si è anche fortemente alterata la nozione riferita al modo di essere inconscio della mente quale "logica" alternativa alla logica del pensiero dividente e eterogenico; per arrivare, con la nozione di inconscio cognitivo, a una ibridazione sospetta a scapito della vera scoperta innovativa e originale del pensiero freudiano. Pensiamo che il cognitivismo abbia bisogno dell'Alleanza Terapeutica, quale alternativa al processo di analisi delle fantasie sollecitate dalla relazione collusiva tra psicoanalista e paziente, entro la cura psicoanalitica. Il cognitivismo ha bisogno dell'Alleanza Terapeutica quale sanzione del potere dello psicoterapeuta, cornice importante per l'azione stessa della psicoterapia intesa quale correzione di un deficit. In quanto volta a correggere deficit, la terapia cognitivista si situa nell'alveo della relazione medica, ma senza il sostegno culturale che l'atto medico utilizza nella propria prassi. Crediamo che questa dinamica del potere sia ben espressa negli item

⁷ Si tratta, lo ricordiamo, degli item 5 e 8 per il cluster 1; degli item 2, 3, 4, 7 per il cluster 3 e degli item 10, 11, 12 per il cluster 4.

⁸ Si tratta degli item 1 e 9 per il cluster 2.

WAI, e sia stata recepita in modo esplicito entro le associazioni degli psicoterapisti partecipanti alla nostra ricerca.

Nell'ambito delle associazioni evocate dagli item WAI, inoltre, non si differenziano le tre scale indicate come obiettivi, compiti e legami. Riteniamo che tutto questo sia collegabile al fatto che nel WAI si parla esplicitamente di obiettivi, compiti e legami, ma all'interno di una dinamica emozionale che iscrive questi elementi nella relazione di potere dello psicoterapista sul paziente. Il contenuto emozionale degli item, infatti, evoca dinamiche di potere tra paziente e terapeuta o possibilità di orientamento alla relazione, quindi alla realizzazione di sviluppo della relazione.

L'item 6, che non concorre a nessun cluster di parole dense presenti nelle associazioni, sembra quello che più rappresenta l'Alleanza Terapeutica classicamente intesa: si parla di "sforzo comune" e di "obiettivi concordati", ma anche di "paziente e terapeuta". Pensiamo che questa separazione tra paziente e terapeuta, contrastante con le parole dense "comune" e "concordati", ponga il cluster in una posizione centrale, non differenziata, tra dinamica del potere e relazione volta allo sviluppo.

Ci si può chiedere: con altri terapeuti, diversi da quelli che hanno contribuito alla nostra ricerca, sarebbero possibili nuove clusterizzazioni delle parole dense associate agli item WAI? Pensiamo di sì. Troveremmo, probabilmente, nuove dinamiche evocate dagli item WAI e nuove riorganizzazioni del costrutto di A.T.. Questo, d'altro canto, confermerebbe la nostra ipotesi: gli item WAI sono frasi ambigue⁹, che ben esprimono l'ambiguità del costrutto di Alleanza Terapeutica, non solo nella sua costruzione teorica ma anche nello strumento che lo misura.

Bibliografia.

- Barthes, R. (1957). *Mythologies*. Paris: Editions du Seuil. Trad. It. (1974). *Miti d'oggi*. Torino: Einaudi.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Carli, R. (2007a). Notazioni sul resoconto. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 186-206. Consultato il 15 maggio 2009 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_07/Carli.htm
- Carli, R. (2007b). Pulcinella o dell'ambiguità. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 382-396. Consultato il 15 maggio 2009 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero3_07/Carli.htm
- Carli, R. (2008a). Il resoconto e la diagnosi. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 154-170. Consultato il 20 maggio 2009 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_08/Carli.htm
- Carli, R. (2008b). Le figure dense in Vittore Carpaccio. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 247-256. Consultato il 15 maggio 2009 http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_08/Carli_b.htm
- Carli, R., Grasso, M., & Paniccia, R.M. (2007). *La formazione alla psicologia clinica: Pensare emozioni*. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccia R.M. (2002). *L'analisi emozionale del testo*. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2005). *Casi clinici: Il resoconto in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Codignola, E. (1970). *Il vero e il falso: Saggio sulla struttura logica dell'interpretazione psicoanalitica*. Torino: Boringhieri.

⁹ Con il termine ambiguità intendiamo una specifica modalità, propria del modo di essere inconscio della mente, di rappresentare specifici oggetti della realtà. Si veda, in proposito, Carli, 2007b.

Freud, S. (1912). Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico. *OSF*, 6, 532-541.

Horvath, A.O., & Greenberg, L. S. (Eds.) (1994). *The working alliance: Theory Research and Practice*. New York : John Wiley & Sons.

Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF. Trad. it. (1968). *Enciclopedia della psicoanalisi*. Bari : LaTterza.

Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica: Teoria, ricerca e clinica*. Milano: Cortina Editore.

Lingiardi, V., & Colli, A. (2003). Alleanza terapeutica: Rotture e riparazioni. *Quaderni di psicologia, analisi transazionale e scienze umane*, 38. consultato il 20 maggio 2009 su <http://www.psychomedia.it/cpat/articoli/38-lingiardi-colli.htm>