



**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

# Sensi di colpa interpersonali e transfert: una ricerca empirica

**Facoltà di Medicina e Psicologia**  
**Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica**

Dottorando  
Filippo Faccini

Tutor  
Francesco Gazzillo

Cotutor  
Marco Lauriola

A.A. 2017-2018

## INDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUZIONE</b>  | <b>3</b>  |
| <b>CAPITOLO I: TEORIE ED EVOLUZIONE DEL TRANSFERT</b>  | <b>6</b>  |
| <i>Sigmund Freud</i>   | 7         |
| <i>Melanie Klein &amp; Betty Joseph</i>  | 10        |
| <i>Donald Winnicott</i>  | 13        |
| <i>Phyllis Greenacre, Leo Stone, Richard Sterba, Anna Freud, Otto Fenichel &amp; Merton Gill</i> | 16        |
| <i>Otto Kernberg</i>   | 23        |
| <i>La prospettiva interpersonale, Heinz Kohut &amp; la prospettiva intersoggettiva</i>           | 27        |
| <i>Elisabeth Zetzel, Ralph Greenson &amp; Edward Bordin: alleanze</i>                            | 33        |
| <i>Control-Mastery Theory: Credenze patogene e test</i>  | 37        |
| <b>STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE DEL TRANSFERT</b>  | <b>42</b> |
| <i>Il Core Conflictual Relationship Theme</i>  | 42        |
| <i>La Structural Analysis of Social Behavior</i>   | 46        |
| <i>La Patient's Experience of the Relationship with the Therapist</i>                            | 51        |
| <i>Il Therapy Session Check Sheet</i>  | 53        |
| <i>La Missouri Identifying Transference Scale</i>  | 54        |
| <b>CAPITOLO II: TEORIE ED EVOLUZIONE DEL SENSO DI COLPA</b>                                      | <b>57</b> |
| <i>Breve excursus sul senso di colpa nella teoria psicoanalitica classica</i>                    | 57        |
| <i>Concezione moderna di coscienza morale e senso di colpa</i>                                   | 62        |

|   |           |
|---|-----------|
| <i>La coscienza morale</i>  | 62        |
| <i>Il senso di colpa</i>  | 65        |
| <b>STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE DEL SENSO DI COLPA</b>  | <b>72</b> |
| <i>Test of Self-Conscious Affect-3</i>  | 72        |
| <i>Paura di una Punizione Incombente</i>  | 72        |
| <i>Guilt Inventory</i>  | 73        |
| <i>Gilbert's Shame and Guilt Scale</i>  | 73        |
| <i>L'Interpersonal Guilt Questionnaire - 67</i>   | 74        |
| <i>Interpersonal Guilt Rating Scale - 15</i>  | 75        |
| <b>CAPITOLO III: SENSO DI COLPA INTERPERSONALE E DIMENSIONI<br/>TRANSFERALI: UNA RICERCA EMPIRICA</b> | <b>76</b> |
| <i>Obiettivi e Ipotesi</i>  | 77        |
| <i>Procedura</i>  | 78        |
| <i>Risultati</i>  | 79        |
| <i>Conclusioni</i>  | 84        |
| <b>BIBLIOGRAFIA</b>   | <b>87</b> |

## INTRODUZIONE

Vari autori ritengono che il cuore del lavoro analitico sia l'esplorazione congiunta del modo in cui il paziente fa esperienza (sia a livello preconscious che inconscio) della relazione con il clinico, o del modo in cui paziente e analista costruiscono assieme la loro relazione e il suo senso (Busch, 2004; Gill, 1983; Joseph, 1989). Quest'ottica è in parziale contrasto con l'idea freudiana originale di analisi, ma non è del tutto estranea a chi ha familiarità con il modello kleiniano (Klein, 1932). Molte terapie sono orientate a stabilire un rapporto di cooperazione/collaborazione e fiducia nel lavoro con il clinico (Lingiardi & Gazzillo, 2014), che spesso passa, non senza controversie teoriche, per l'interpretazione di transfert (Ogrodniczuk & Piper, 1999). L'importanza di questo costrutto nella terapia è stata indagata e in parte dimostrata da alcune ricerche. In primis il lavoro di Luborsky e Crits-Christoph (1988), che ha permesso di intendere il transfert come il riproporsi nella relazione con il clinico della tematica relazionale conflittuale centrale propria di diversi pazienti. In secondo luogo, gli studi condotti da Westen (2000) e dal suo gruppo di ricerca (Bradley et al., 2005), hanno permesso di operationalizzare il costrutto del transfert fornendo una valutazione su cinque dimensioni (arrabbiato/rivendicativo/recriminativo; ansioso/preoccupato; evitante/contro-dipendente; sicuro/impegnato; sessualizzato).

Alcuni autori hanno studiato la relazione fra psicopatologia, relazione terapeutica e sensi di colpa alla luce della Control-Mastery Theory (CMT; Weiss, 1993). Secondo gli esponenti di questo gruppo di ricerca, le reazioni transferali, oltre ad essere influenzate dalla personalità del paziente, sono mediate dal ruolo che il senso di colpa ricopre nella relazione terapeutica. Quest'ultimo può essere sia fonte di resistenze che di transfert, e nascerebbe dal desiderio di proteggere se stessi e il proprio analista da potenziali pericoli. Seguendo questo modello, la colpa, in sé interpersonale e prosociale, è un'emozione che può diventare disfunzionale se plasmata e amplificata da credenze patologiche (convinzioni erronee che portano l'individuo a

associare il perseguimento di obiettivi sani e piacevoli a un pericolo per sé e per gli altri); i sensi di colpa più indagati da questi autori sono: Senso di colpa da separazione/slealtà secondo cui separarsi e differenziarsi dai familiari rappresenta un atto assimilabile al tradimento; Senso di colpa del sopravvissuto basato sull'idea che stare meglio degli altri equivale ad aver sottratto benessere alle persone care; Senso di colpa da responsabilità onnipotente in base al quale l'individuo si sente responsabile della felicità e del benessere altrui in modo irrealistico; Senso di colpa da odio di Sé, un sentimento di profondo disprezzo nei propri confronti, nella convinzione di non meritare amore, rispetto e protezione. Questi sentimenti sono spesso irrazionali e alimentano sintomi psichici e comportamenti disfunzionali in grado di influenzare la vita della persona (Locke et al., 2013). Seguendo questo modello, la colpa può essere letta sia come manifestazione di una reazione transferale che come organizzatore della stessa. Il paziente può idealizzare, sessualizzare o anche svalutare il suo terapeuta; si può preoccupare di essere fonte di sofferenza per lui, esattamente come si preoccupava di poterlo essere per i suoi familiari (Bush, 2005). L'analisi della letteratura empirica, a differenza di quella teorica e clinica, evidenzia però la mancanza di ricerche che abbiano indagato a fondo la relazione tra i sensi di colpa e il tipo di relazione che si stabilisce con il clinico.

Tenendo a mente quanto affermato finora, è nato questo progetto di ricerca, il cui scopo è quello di verificare empiricamente se esiste una effettiva connessione fra questi due costrutti. La tesi inizia quindi con un excursus teorico che mira a mostrare l'evoluzione del concetto di traslazione, a partire dagli albori della tradizione psicoanalitica e fino ai giorni nostri. Nel secondo capitolo verrà invece trattato il senso di colpa. Anche qui si è scelto di procedere passando in rassegna le principali teorie sull'argomento, dalla psicoanalisi fino alla psicologia evoluzionistica odierna. Infine, nel terzo ed ultimo capitolo, verrà discusso il

nostro studio: una ricerca empirica, di cui descriveremo gli obiettivi, le ipotesi, il campione, gli strumenti, le procedure, i risultati, i limiti e le prospettive future.

## **CAPITOLO I: TEORIE ED EVOLUZIONE DEL TRANSFERT**

La teoria del transfert è fra i maggiori apporti di Freud alla psicologia ed è anche il pilastro del trattamento psicoanalitico (Etchegoyen, 1986). Il transfert rappresenta una fonte di informazioni cruciale per molti terapeuti, a prescindere dal loro orientamento teorico, in quanto consente di conoscere il modo di relazionarsi di un paziente nonché la sua personalità (Gabbard, 2014; Gilbert & Leahy, 2007; Høglend, 2014; Kernberg, 1984; McWilliams, 2011). A partire dagli studi condotti da Freud e proseguendo lungo tutto il XX secolo, questo costrutto è passato dall'essere considerato come la traslazione di sentimenti, pensieri, desideri (e difese contro di essi) del paziente sull'analista, all'essere visto come la creazione congiunta di un fenomeno proprio di una specifica coppia terapeutica. In questa ottica il terapeuta, che prima doveva limitarsi ad osservare e interpretare obiettivamente e con assoluta neutralità le dimensioni transferali, è considerato, al pari del paziente, come un individuo unico con il suo passato, i suoi conflitti, i suoi punti di forza e di debolezza che plasmano la relazione terapeutica e il modo in cui il paziente ne fa esperienza. Le teorie più moderne sul transfert affermano proprio che la congiunzione delle due storie di clinico e paziente, dei due mondi interni se si vuole, crei la situazione transferale e ne favorisca lo svolgimento (Goldstein & Goldberg, 2004). In questo capitolo si cercherà di dare rilievo ai modelli teorici che hanno contribuito allo sviluppo della teoria del transfert, iniziando da quello Freudiano, passando per i modelli dinamici più rilevanti e concludendo con quelli più recenti.

## **Sigmund Freud**

Sigmund Freud fu tra i primi ad attribuire un valore terapeutico all'esplorazione della traslazione sul medico di desideri, sentimenti e conflitti annessi alle figure dell'infanzia (anche se in un primo momento era considerato alla stregua di un ostacolo). Ufficialmente questo concetto fa la sua comparsa in *Dinamiche della traslazione* (1912), tuttavia se ne hanno i primi accenni già negli *Studi sull'isteria* (1892-1895) e in *Frammento di analisi di un caso d'isteria* (1901). Freud si accorge che i pazienti tendono a ripetere con l'analista una serie di comportamenti, sentimenti e conflitti, che precedentemente erano stati caratteristici della relazione con genitori, fratelli o altre persone importanti nell'infanzia dell'individuo. Se inizialmente l'idea era quella di fornire un valido e benigno supporto al paziente, mantenendo però una neutralità ben precisa nel tipo di interventi, interpretazioni e aiuti da offrire, Freud si accorge che il paziente, dopo qualche tempo, iniziava a sviluppare un vivo interesse per l'analista che diventava sempre di più il centro dei suoi pensieri, desideri e comportamenti osservabili. Ad esempio, i pazienti potevano iniziare a esprimere sentimenti nei confronti dell'analista, essere interessati alla sua vita privata o, più francamente, renderlo la meta di idealizzazioni, rabbia, gratitudine o amore. Il nome *Transfert* o *Übertragung* venne scelto perché questi sentimenti del paziente sembravano essere trasferite dai genitori al clinico a prescindere dalle caratteristiche e dagli interventi di quest'ultimo, il che suggeriva l'idea che fosse del materiale inconscio e arcaico del singolo più che il risultato dell'interazione con il terapeuta. Attraverso il metodo delle libere associazioni, Freud aveva trovato una via per raggiungere contenuti inconsci che potevano spiegare senso e funzione dei sintomi. Tuttavia, proprio attraverso questo metodo, si accorge che inevitabilmente il paziente iniziava a vedere nella persona del medico elementi del suo passato (un padre austero, una madre ipercritica o un altro significativo della sua infanzia) e a reagirvi di conseguenza. Fu questa scoperta che in un primo momento spinse Freud a considerare il

transfert una resistenza al trattamento (Goldstein & Goldberg, 2004). Nel quarto capitolo di *Studi sull'isteria* Freud definisce con precisione l'idea di transfert come una singolare relazione umana che si instaura tra medico e paziente attraverso un falso nesso che sovrappone l'oggetto originario a quello attuale (vale a dire l'attribuzione erronea al medico, di rappresentazioni spiacevoli che emergono durante il lavoro analitico) (Etchegoyen, 1986). La teoria del transfert viene subito collocata da Freud nella dialettica del presente e del passato, nel contesto della ripetizione e della resistenza. Questi transfert sono impulsi o fantasie che diventano coscienti durante la terapia con la peculiarità che i personaggi del passato si incarnano adesso nella persona del medico.

Dato che può essere doloroso per il paziente ricordare o esprimere determinati affetti o desideri, questi vengono rimossi, cioè esclusi dalla coscienza. Come risultato di questo meccanismo ciò che è rimosso preme per una scarica nella vita conscia della persona, a costo di traslarsi su un altro oggetto rispetto a quello originario. Questa traslazione è a tutti gli effetti il transfert, che permette al paziente di spostare i contenuti segregati dalla coscienza sul terapeuta. Ora, uno degli scopi dell'analisi è quello di svelare il passato inconscio in modo da renderlo conscio. Il modo principe per riuscire in questo compito è quello dell'interpretazione di transfert. La disamina di questi desideri, pensieri, pulsioni e comportamenti, nel qui ed ora fornisce al paziente un'esperienza del tutto nuova che favorisce un senso di padronanza, consapevolezza e significazione di sé. Ne *L'interpretazione dei sogni* (1900) Freud era solito dire che "il sogno rappresenta la via regia per l'inconscio" ma un'altra via per il raggiungimento dell'inconscio del paziente è quella percorribile per mezzo dell'interpretazione di transfert. La relazione con il terapeuta e tutto quello che ne scaturisce diventano, da questo momento, il modo che l'inconscio ha per esprimere le sue pulsioni e le sue fantasie ad uno stato di coscienza superiore: sapere ascoltare l'inconscio del paziente mentre lui parla e racconta la sua vita, è alla base della

cura psicoanalitica. Quando Freud scrisse il *Caso dell'uomo dei lupi* (1914) aveva come intento di dimostrare che le nevrosi ossessive dell'adulto erano, nella maggior parte dei casi, frutto di una nevrosi infantile non trattata o trattata malamente. Fu nella stesura di questo testo che ha espresso ciò che fino ad allora non era mai stato detto apertamente riguardo alla nevrosi. Quando si tratta con la psicopatologia, ciò che viene a ripetersi o a traslarsi non sono solo desideri e paure rimossi; è la nevrosi infantile stessa che si ripropone nella vita adulta. In altre parole, il paziente sperimenta con il terapeuta gli stessi problemi nevrotici che sperimentava con i genitori quando era bambino. Quella che si veniva a creare era la cosiddetta nevrosi di transfert, vale a dire una nevrosi, quasi artificiale, la cui interpretazione permette il disvelamento dei problemi reali che hanno condotto il paziente in analisi. Uno dei motivi che spinsero Freud allo studio approfondito della nevrosi di transfert era che non solo attivava i sintomi del paziente, ma ne svelava anche il carattere e la personalità. Secondo il punto di vista classico, l'individuo si appropria a ogni nuova esperienza di vita relazionale, riproponendo una struttura preesistente che ha influenzato e direzionato lo sviluppo della sua personalità. Ne consegue che anche nella relazione terapeutica questa riproposizione emerga, indipendentemente dalle idiosincrasie dell'analista (Goldstein & Goldberg, 2004). Per quanto riguarda l'accoglienza che è stata riservata a questo costrutto, dicevamo prima che questo fenomeno era inizialmente visto come un ostacolo alla terapia. Tuttavia, nel poscritto al caso di Dora, Freud dirà che: "il transfert, destinato a diventare il più grande nemico dell'analisi, diviene il suo migliore alleato se si riesce ogni volta a intuirlo e a tradurne il senso al malato" (1901). Questa frase sarà chiarita meglio, solo alcuni anni dopo, nelle *Cinque conferenze sulla psicoanalisi* tenute alla Clark University (1909). Nella quinta conferenza, parlando del transfert, Freud sottolinea la sua funzione di alleato nel processo analitico, e lo definisce partendo da 3 parametri: realtà e fantasia; conscio e inconscio; presente e passato. L'esperienza emotiva rimossa che il paziente non può ricordare, avviene

nel transfert e pertanto va risolta all'interno dello stesso (Etchegoyen, 1986). Questo vuol dire che i fenomeni che appaiono al momento attuale e in riferimento ad un dato oggetto (persona), non trovano spiegazioni sulla base degli aspetti reali ma possono essere interpretati solo se vengono riferiti al passato. Questo perché l'origine del transfert va ricercata nei modelli, stereotipi o cliché che tutti abbiamo e che sono la risultante di due componenti: la disposizione innata ad affrontare la realtà e le esperienze vissute durante i primi anni di vita.

### **Melanie Klein & Betty Joseph**

Un contributo importante che denota un cambiamento di prospettiva rispetto al transfert è stato offerto da Melanie Klein, che elabora un modello di funzionamento mentale differente da quello proposto da Freud. Al contrario di quanto affermato nel modello freudiano, che fonda lo sviluppo psichico sulla dinamica pulsionale, si evidenzia come aspetto costitutivo evolutivo il rapporto tra l'infante e l'oggetto. L'autrice si è focalizzata sugli aspetti del transfert che si originano nella prima infanzia e ha elaborato una teoria dello sviluppo della mente che vede il suo incipit nelle prime settimane di vita, quando il bambino preverbale è fortemente attaccato a sua madre. Dalla primissima infanzia tutti i processi mentali - come amore, odio, fantasie, ansie e difese - sono connessi indivisibilmente alle relazioni oggettuali. Le forme primitive di relazione che la persona stabilisce con gli oggetti parziali della sua infanzia, evidenziano una dimensione relazionale interna che l'infante gestisce attraverso difese come la proiezione, la scissione, l'identificazione proiettiva e l'introiezione. Secondo Klein, il transfert si origina dall'unione di pulsioni, difese e angosce ad esse associate (cioè dalle relazioni oggettuali), e la forza, la rapidità e la volubilità della situazione transferale, con le annesse fluttuazioni osservabili nei pazienti gravi, ne sono dirette conseguenze (Goldstein & Goldberg, 2004). Una novità di questa teoria è che non vengono

traslate solo le emozioni, le difese e/o gli aspetti delle relazioni oggettuali, ma la situazione mentale totale dell'individuo. Si ha un esempio di quanto detto nell'analisi di transfert primitivi non nevrotici; come spiega Segal (1978) per mezzo dell'equazione simbolica (cioè della capacità di percepire un simbolo come ciò che dovrebbe rappresentare: la bandiera è la patria) la fantasia allucinatoria dilaga nella psiche della persona, la quale si trova nella condizione di vivere nel *qui ed ora* una relazione oggettuale passata. Il transfert diventa a tutti gli effetti una nuova relazione oggettuale che non vede nell'analista una persona su cui trasferire conflitti passati o desideri rimossi, piuttosto è l'analista che diventa uno degli oggetti (parziali o meno a seconda della gravità) del passato. La percezione della realtà presente, come la conseguente risposta del paziente, poggiano su delle fondamenta fatte di conflitti passati irrisolti, che, essendosi originati nella prima infanzia, hanno un carattere estremamente primitivo e intenso che permea le relazioni stesse. In *Le origini della traslazione* (1952) Melanie Klein specifica l'origine di tale processo aprendo alla possibilità del trattamento delle psicosi. Da quando si sono scoperte e comprese alcune delle difese poste in opera nelle relazioni oggettuali primarie, sia contro l'amore che contro l'odio, ci si è resi conto che anche i pazienti psicotici sono capaci di traslazione positiva e negativa (*ibidem*). Ritene che vi sia una relazione oggettuale interna anche nello stadio del narcisismo e dell'autoerotismo perché sin dalla nascita è presente una relazione oggettuale esterna: quella con il seno della madre. In parole povere, secondo quanto detto finora, il fenomeno transferale consiste nella proiezione di oggetti edipici e di oggetti preedipici parziali che permette di rivivere le relazioni precoci con l'oggetto. In analisi emergono specifiche relazioni oggettuali, emozioni, affetti e conflitti che vengono affrontati attivando i sistemi di difesa utilizzati nel passato. Le immagini dei genitori nella psiche del paziente hanno subito in varia misura le deformazioni causate dai processi infantili della proiezione e dell'idealizzazione e perlopiù conservano molto del loro carattere fantastico. In relazione a

ciò il transfert acquisisce il valore aggiunto di essere lo strumento attraverso cui distinguere ciò che è reale dalla vita fantastica dell'individuo. Nella relazione di transfert, quindi, prendono vita la ripetizione di modalità relazionali della prima infanzia e si proietta l'intero mondo interno (fantastico) del paziente, che in analisi può essere inferito dalla globalità del comportamento, dei pensieri, delle emozioni e degli atteggiamenti del paziente. Il transfert è dunque la situazione totale.

Proprio a partire da questo punto dell'ottica kleiniana si inserisce la teoria di Betty Joseph. Vede il transfert come una struttura: una situazione totale all'interno della quale tutto è sempre in movimento e c'è sempre attività (1985). Con situazione totale intende che nella traslazione deve necessariamente esserci tutto quello che il paziente riversa nel rapporto e non solo parti od oggetti (esattamente come affermato da Melanie Klein), né tantomeno fenomeni singoli che necessitano di un'interpretazione. Tuttavia, a differenza di Klein, sosteneva che l'intera relazione terapeutica sia una relazione oggettuale che contiene altre relazioni oggettuali (quelle passate); un fenomeno transferale unico, all'interno del quale si configurano eventi che vanno interpretati alla luce di tutte le relazioni precedenti. Vedendo vari pazienti, Joseph si rende conto che non si può trattare l'interpretazione come una mera spiegazione; il suo scopo ultimo non è tanto chiarire qualcosa al paziente, quanto piuttosto essere rivelatoria del suo modo specifico di funzionare (*ibidem*). Nel testo *Equilibrio e cambiamento psichico* (1991), l'autrice mette in evidenza come a volte il tentativo di interpretare i singoli contenuti riportati da un paziente possa portare fuori strada. Il contenuto emerso può essere espressione di una più profonda identificazione proiettiva, non verbalizzata, ma comunque agita sul terapeuta. In questi casi l'analista può trovarsi a vivere, controtransferalmente, uno stato di impasse o impotenza dovuto al fatto che nonostante le interpretazioni di transfert fornite, non ci sono miglioramenti. Per Joseph la spiegazione di

questo fenomeno risiede nella fantasia inconscia dell'individuo. Un paziente può sviluppare uno stile di funzionamento per far fronte a ciò che è andato male nei suoi rapporti precoci, rimanendo però invischiato nella sua fantasia inconscia al punto da non recepire l'interesse del contributo terapeutico. La necessità di preferire la fantasia alla realtà si sarebbe strutturata durante lo sviluppo dell'individuo e sarebbe stata necessaria per consentirgli di crescere in modo pseudo-normativo. L'irrigidimento di questo meccanismo però impedisce la consueta risoluzione della nevrosi di transfert che, essendo ostacolata dalle credenze personali, si sviluppa ma non trova fine. Lo scopo della terapia diventa quindi lo smantellamento sistematico e costante della fantasia inconscia a favore della comprensione del proprio funzionamento. Questo è possibile stabilendo per i pazienti dei contatti tra il transfert e il loro passato in modo da favorire un senso di continuità nella loro storia e abbandonare la precedente e più distorta sensazione del passato. Non più quindi interpretare il transfert, bensì interpretare il funzionamento nella stanza d'analisi.

### **Donald Winnicott**

In *Le forme cliniche del transfert* (1955), Winnicott spiega la traslazione a partire dai fondamenti della sua teoria, ma è in *Sviluppo affettivo e ambiente* (1965) che esporrà in modo approfondito quanto detto. Pone l'accento sulla relazionalità dell'Io, costruito che esprime la natura del rapporto fra lattante e madre, e costituisce la prima matrice del transfert. All'interno di questo contesto (detto schema di relazionalità dell'Io) hanno luogo le ingiunzioni dell'Es che rafforzano l'Io immaturo del bambino<sup>1</sup>. Pian piano l'ambiente che sostiene l'Io viene introiettato e strutturato nella personalità dell'individuo favorendo così la costruzione di un Io coeso (4-5 anni).

---

<sup>1</sup> Per Winnicott l'Io del bambino è immaturo e necessita della madre buona che funzioni da sostegno. Se così non fosse gli impulsi dell'Es andrebbero a distruggere l'Io troppo fragile del bambino contribuendo alla costruzione di una vita irrealistica e futile (1965).

Lavorando sia come pediatra che come analista, Winnicott, si rese conto che quando si lavora con bambini nel periodo di latenza (6-10 anni) il clinico ha la possibilità di osservare i fenomeni interiori del paziente senza però che questi ne sia coinvolto. In questo particolare momento evolutivo il bambino ha la capacità di associare liberamente, il che rende molto più facile e diretto il lavoro dell'analista. Con bambini di questa età, si può percorrere la strada dell'interpretazione di transfert senza troppe remore. In particolare, l'intervento dovrebbe avvenire nel momento stesso in cui si capisce che c'è qualcosa di interpretabile senza dover aspettare il momento in cui il paziente è più propenso ad accettarlo (*ibidem*).

Tornando alla traslazione nel suo insieme, l'autore sostiene che non è solo una questione di rapporto o di relazione, ma riguarda il modo in cui un fenomeno altamente soggettivo si ripresenta più volte in un'analisi. La terapia consiste nel preparare le condizioni per lo sviluppo di questi fenomeni e nell'interpretarli al momento giusto (con l'adulto). L'interpretazione collega lo specifico fenomeno di transfert ad una parte della realtà psichica del paziente, che in alcuni casi comporta un collegamento con la sua vita passata. In poche parole, il transfert ha la funzione di permettere al passato del paziente di *essere* il presente, tanto che l'analista, ritrovandosi di fronte a un paziente i cui bisogni infantili non sono stati soddisfatti, deve offrire un'alternativa sufficientemente buona di adattamento. Giunge a questa conclusione lavorando con i pazienti adulti e si accorge che la regressione a una fase estremamente dipendente nel transfert, propria in genere di pazienti gravi, consente di vedere le aspettative e i bisogni che avevano quando erano bambini. Data la natura della relazione analitica, questi bisogni si ripropongono nel rapporto analista-paziente esattamente come si erano proposti nella relazione madre-bambino. Anche se questo dato suggerisce che il clinico debba corrispondere ai bisogni del paziente, Winnicott non dirà mai che si debbano soddisfare le sue pulsioni. Sia nel bambino piccolo che nell'adulto grave, infatti, l'Io non ha acquisito abbastanza forza da percepire le ingiunzioni dell'Es come proprie; pertanto

l'eccitamento dell'Es in questi casi può favorire e rafforzare il falso Sé. Mancando di corrispondere a questo tipo di richieste, i fallimenti graduali o "carenze" dell'analista, permettono all'Io non integro del paziente di ricordare le mancanze originarie. Trattando le mancanze attuali come quelle della sua infanzia si veicola al paziente l'idea che può finalmente percepire gli insuccessi del suo processo maturativo e reagirvi. Così ciò che aveva avuto un effetto disgregante, rivissuto attraverso il transfert, permette al paziente di individuare esempi di carenze originarie e di sostituire il sentimento di collera alla sensazione di andare in frantumi provata in origine. Con le parole dell'autore:

*"...il paziente ha bisogno di ritornare, tramite il trauma di transfert, alla situazione esistente prima del trauma originario [deprivazione e/o mancato soddisfacimento dei bisogni]"*  
(Winnicott, 1965 p 271).

Per ottenere questo risultato il paziente ha bisogno di un trattamento concreto e di un setting strutturato in modo da avere l'opportunità di riparare gli "errori" che lo hanno guidato nello sviluppo. In casi meno gravi e in presenza di uno sviluppo più sano, però, ci si trova di fronte un Io più integro e maturo che può certamente tollerare un trattamento meno rigido e può sperimentare gli impulsi dell'Es assumendosene le conseguenze (Etchegoyen, 1986).

**Phyllis Greenacre, Leo Stone, Richard Sterba, Anna Freud, Otto Fenichel & Merton**

**Gill**

Greenacre, contemporanea di Melanie Klein, riconduce la traslazione al periodo di cure che l'infante riceve prima di diventare autonomo e che genera nell'adulto il bisogno di un contatto sensoriale. La matrice specifica, data dall'unione madre bambino nei primi mesi di vita, prende il nome di *traslazione primaria o di base* ed è parte dell'istinto sociale primitivo (Goldstein & Goldberg, 2004). Come nella relazione madre bambino, anche in quella analitica vi è una richiesta (di aiuto) e una risposta annessa, per cui non vi è una relazione paritaria. Si ripropone dunque una situazione di dipendenza che si esprime in una fiducia incondizionata nelle capacità del terapeuta. Secondo l'autrice, deve essere gradualmente sciolta. Ciò è possibile attraverso atteggiamenti specifici dell'analista che non deve porsi nel ruolo di modello o insegnante ma deve lasciare le decisioni al paziente.

*“L'analista non inserisce la propria vita, il proprio punto di vista - morale, politico, religioso o altro - nelle risposte che dà al paziente, il suo scopo è quello di ascoltare, chiarire e comunicare, di volta in volta, una comprensione dei dilemmi attuali del paziente relativamente all'intrusione in essi di inappropriati atteggiamenti emozionali e di tendenze all'azione aventi la loro origine nel passato”* (Greenacre, 1954).

È grazie alla neutralità analitica e alla costanza della condizione concreta del trattamento che si neutralizzano molte delle forze (o resistenze) che potrebbero ridurre l'autonomia del paziente. Il modo di condurre il trattamento è duplice, da una parte c'è la necessità di tutelare il transfert di base che permette l'attaccamento all'analisi e all'analista senza però che diventi troppo intenso e sfoci nella dipendenza; dall'altra il transfert deve essere sviluppato e utilizzato come mezzo per ri-esperire e interpretare la relazione originaria. In questo modo si opera un processo di ri-attribuzione che evita la dipendenza e consente la risoluzione del

transfert sulle figure e sulle relazioni originali. Da quanto detto finora si capisce quanto sia necessario e utile il transfert nell'ottica di Greenacre; tuttavia non si può non notare il paradosso proposto che sottolinea la necessità di una precisione chirurgica quando si lavora con la dimensione transferale.

Nel testo *The psychoanalytic situation and transference* Stone (1967) offre una lettura diversa, seppur per alcuni tratti simile, rispetto a quella di Greenacre. L'autore concorda che il desiderio di raggiungere un ricongiungimento corporeo con la madre, anche simbolico, sia normale per quanto ampiamente negato e/o represso. Tuttavia, si interroga sulla possibilità che la situazione terapeutica rappresenti la riproduzione della ricerca di questa unione (Goldstein & Goldberg, 2004). Partendo da questa domanda definisce il concetto di *Transfert primordiale*; questo fenomeno sarebbe il tentativo di controllare, e nel lungo termine annullare, una serie di separazioni più o meno traumatiche dalla madre. In opposizione a questo concetto, che viene operato dal paziente nella varietà delle situazioni della sua vita, teorizza il concetto di *Transfert maturo* identificato dal desiderio di capire ed essere capito, oltre che dal desiderio di ricevere comprensione (Stone, 1976). A questi desideri, che chi opera in campo clinico può facilmente riscontrare in ogni paziente, aggiunge quelli di essere visto come potenzialmente capace e di voler lavorare bene per una buona terapia. L'autore si era accorto che il dialogo analitico, in cui il paziente parla liberamente e il terapeuta offre interpretazioni, sembra l'eco di un dialogo tra madre e bambino. Così come il bambino trae piacere dal porre domande al genitore imparando cose nuove, così sembra esserci un piacere funzionale nell'apprendere dal terapeuta e nell'ottenere una maggiore chiarezza riguardo a sé. Mentre il transfert primordiale è riferito al ritorno e mantenimento di una relazione infantile con il genitore, il transfert maturo proietta l'individuo verso un incremento di autonomia, individuazione e separazione e promuove una relazione più obiettiva nei confronti degli oggetti originali.

Sterba (1940) parlava di una scissione all'interno della mente del paziente, tra un *Io che fa esperienza delle cose* (o *sperimentante*), e un *Io auto osservante*. Con l'interpretazione di transfert l'analista invita implicitamente il paziente a identificarsi con il suo funzionamento mentale osservante, razionale, curioso e orientato alla realtà. Queste capacità vengono potenziate e nutrite dal processo di identificazione garantendo un effetto salutare (Goldstein & Goldberg, 2004). In questo modo il lavoro sull'interpretazione garantisce una maggiore presa di consapevolezza di sé. Oltre all'interpretazione del contenuto inconscio però, esiste un altro tipo di lavoro nell'analisi terapeutica: la dissoluzione delle resistenze di transfert. Solo attraverso lo scioglimento di queste resistenze è possibile interpretare il contenuto inconscio e ricostruire il passato del paziente. In questo modello le resistenze di transfert rivestono un'importanza particolare, dato che possono essere osservate durante tutto il corso dell'analisi e che costituiscono molto spesso il terreno comune sul quale anche altri tipi di resistenze finiscono per trovare la possibilità di esprimersi. L'analista deve diventare alleati dell'Io osservante del paziente in modo che esso stesso favorisca il percorso di analisi e risoluzione della nevrosi (Sterba, 1940).

Si è detto che in *Dinamiche della traslazione* (1912), Freud stabilisce un importante nesso fra transfert e resistenze, secondo il quale il transfert è di per sé utile alla resistenza. Ma è con *Al di là del principio di piacere* (1920) che questo nesso viene affrontato sollevando i dubbi che da quel momento in avanti porteranno molti analisti a riconsiderare il transfert. Freud scrive che quando il transfert viene inteso come un impulso di Tanathos l'Io mobilita la pulsione di vita per rimuoverlo (Etchegoyen, 1986). Questa considerazione apre la strada alla domanda: il transfert è di per sé resistenza o è solo l'oggetto della resistenza? Anna Freud (1936) sosteneva che ciò che è più facilmente osservabile in analisi non è la traslazione di impulsi e desideri sul medico, bensì la traslazione delle difese utilizzate fin dall'infanzia.

Il fatto che le difese, per quanto inconse esse stesse, siano alleate di una parte conscia dell'individuo le rende molto più facilmente interpretabili e influenzabili. Per questo il suo modello teorico riguardo al transfert è più un modello di interpretazione difensiva. Secondo l'autrice l'analista deve tentare di rispondere alle difese del paziente con tatto e sensibilità, riconoscendo implicitamente il suo diritto a difendere se stesso. L'analista che percepisce le proprie resistenze come un ostacolo che deve essere superato farà sentire il paziente sempre più minacciato, rinforzando le difese stesse. L'interpretazione di transfert, in questo modello, diventa uno strumento pericoloso perché se utilizzata a sproposito rischia solo di complicare le cose. L'intervento terapeutico, invece, deve mirare a far sentire il paziente compreso e capito mostrando che l'interesse dell'analista non risiede solo nello svelare il passato della persona ma principalmente nel comprendere come mai si è dovuto difendere in quel modo.

In *Problemi di tecnica psicoanalitica* (1941), Otto Fenichel sostiene che la pratica della "tecnica attiva"<sup>2</sup> di Ferenczi, comporta la possibilità che l'analista, per il paziente, assuma l'identità di un punitore, un portatore delle minacce di castrazione subite durante l'infanzia, o una figura magica in grado di disperderle. L'autore riteneva che le proibizioni e le frustrazioni, nella misura in cui potevano apparire castranti, risultavano anche controproducenti ai fini del trattamento e dovevano essere quanto più possibile evitate (Etchegoyen, 1986). Per questo, influenzato dalle idee di Anna Freud, raccomandava un approccio che andasse dalla superficie al profondo. L'analista in quest'ottica ha l'intento di attirare l'attenzione del paziente sulle sue difese, e per mezzo di un'interpretazione servita sotto forma di suggerimento o consiglio, mostrargliene il funzionamento. La tecnica di disvelamento delle difese fa sì che il materiale soggiacente che le ha scatenate emerga

---

<sup>2</sup> Per favorire l'emergere del transfert, Sandor Ferenczi propone la sua tecnica attiva nel 1920 che consiste nel dare all'analizzando consigli, direttive e sollecitazioni. Questa tecnica è in aperta opposizione alla neutralità psicoanalitica classica e lui stesso l'abbandonerà quasi del tutto attorno al 1926.

spontaneamente. Grazie a questo materiale, il clinico ha la possibilità di aiutare il paziente a capire che si tratta di difese che un tempo sono servite a contrastare qualcosa cui probabilmente non pensa più da molto tempo. Solo in ultima analisi, la terapia può portare la persona a ricordare e comprendere da cosa si è dovuto difendere e perché; dando così la possibilità di capire per quale ragione ha inconsciamente sentito il bisogno di difendersi dall'analisi in quel dato modo (Goldstein & Goldberg, 2004). Sempre riguardo al transfert, Fenichel sostiene che gli elementi transferali del paziente sono visibili solo attraverso un comportamento non intrusivo e neutrale da parte del clinico, in modo che il paziente sia il meno possibile influenzato o condizionato.

Secondo Gill, la psicoanalisi mira ad un'analisi del transfert il più completa possibile, mentre la psicoterapia no, ma questa formula acquista nuovi significati se considerata alla luce dei cambiamenti relativi al concetto di transfert, da lui revisionato, e al modo di analizzarlo (1979, 1982). Dopo il lavoro che presentò nel 1954 (Gill, 1954), di matrice più vicina a quella della psicoanalisi ortodossa, Gill comprese che le differenze esistenti fra psicoanalisi e psicoterapia erano meno nette di quanto non apparissero inizialmente. Negli anni successivi, per mezzo di osservazioni cliniche e formazione costante, revisionò alcune di queste differenze trasformando parzialmente la lettura del concetto di transfert, che era uno degli spartiacque tra approccio psicoanalitico e psicoterapeutico. L'analisi del transfert può essere definita come un tentativo di capire l'esperienza che il paziente fa del rapporto con l'analista (comprese le sue fonti verosimili qui-e-ora), così che le fonti dell'esperienza passata, i desideri e i conflitti possano essere chiariti e resi più consci, e si arrivi ad una integrazione flessibile del passato e del presente (Gill, 1984).

L'autore sostiene che il concetto di transfert incontaminato è un mito, perché l'espressione del transfert è sempre influenzata da un'interazione (qui e ora appunto) tra analista e paziente. L'opinione comune è che il paziente distorce la situazione, costruendola nei termini

dei suoi modelli intrapsichici. Tuttavia, il comportamento del terapeuta fornisce profondità e verosimiglianza all'esperienza del paziente. Per questo motivo, al posto di un assetto neutrale, che rischia di far annuire il terapeuta anche quando non ha ben chiaro cosa sta esprimendo il paziente, l'esame del transfert dovrebbe iniziare con un'attenta chiarificazione di ciò che la persona esprime. Degli effetti involontari sul transfert possono sfuggire all'analista, persino se questi ha le migliori intenzioni; essi possono però essere riconosciuti più facilmente se l'analista è consapevole del ruolo che l'interazione qui-e-ora gioca sulle manifestazioni transferali.

Un'altra delle innovazioni che Gill fa emergere riguarda le resistenze di transfert. Dal punto di vista dell'autore, se nel concetto di transfert positivo irreprensibile si dà per scontato un comportamento realisticamente appropriato dell'analista, si minimizza l'interesse per la situazione di realtà. Il rischio è quello di ottenere degli insight dal paziente attraverso la manipolazione del transfert anziché per mezzo della sua interpretazione. A differenza di Freud, che teorizzava la non interpretazione del transfert positivo, per Gill è dunque importante che si tenga conto momento per momento della relazione reale che intercorre tra paziente e analista, interpretando il modo che il paziente ha di percepirla. Solitamente non si ammette che il transfert è sempre presente perché, sia da parte del paziente che da parte dell'analista, la resistenza a essere coscienti di ciò porta all'apparire del transfert in forma falsata, in associazioni legate al rapporto corrente in modo non manifesto e chiaro (*ibidem*). Questa forma di *resistenza alla presa di coscienza del transfert*, che riguarda principalmente una difesa dalla consapevolezza dello stesso, va affrontata chiarendo al paziente ciò che egli stesso prova<sup>3</sup>. Questa interpretazione può essere fatta solo individuando e rendendo esplicite le comunicazioni transferali indirette che vengono attuate nella stanza d'analisi, favorendo

---

<sup>3</sup> Nello specifico vanno operate delle interpretazioni di contenuti che, a livello manifesto, si riferiscono a qualcosa di diverso dal transfert e/o contengono allusioni ad esso nascoste (un episodio che viene raccontato allude sottilmente a qualcosa che accade nella relazione terapeutica ma il paziente è restio a trattarlo apertamente) (Gill, 1982)

così anche l'interpretazione delle *resistenze alla risoluzione del transfert*. Gill fa riferimento a quanto detto da Hoffman (1983) riguardo al lavoro sulla risoluzione transferale che dovrebbe, a suo avviso, trovare i propri fondamenti nell'esperienza che il paziente ha maturato circa le sue relazioni trascorse<sup>4</sup>. Soddisfatti questi presupposti, l'analisi del transfert dovrebbe iniziare con la ricerca di ciò che rende questa esperienza verosimile per l'individuo. Lo scopo diventa far notare che la coazione a ri-sperimentare e a ri-attualizzare il passato possono essere strumenti di comprensione di sé, invece che mezzi per distorcere il presente. A differenza di quanto affermato da Freud in *Inibizione, sintomo e angoscia* (1925), secondo l'autore le resistenze all'analisi possono essere espresse solo all'interno del transfert e non è propriamente esatto parlare di resistenze di transfert in quanto quest'ultimo funge da mezzo anziché da fonte. In breve, il concetto di resistenza viene ristretto all'interazione tra due individui (interpersonale) per cui le difese stesse del paziente ne diventano la manifestazione. Ne consegue che, contrariamente a quanto affermato da Anna Freud e dai suoi seguaci, non è necessario analizzare le difese di transfert in quanto il transfert è un fenomeno interpersonale al cui interno prendono corpo le formazioni intrapsichiche (difese) dell'individuo. In quest'ottica l'analisi delle resistenze coincide con l'analisi del transfert (Gill, 1982). Altro punto di disaccordo con l'ortodossia classica, risiede nella scelta del momento per dare un'interpretazione al paziente. Con Gill non si aspetta che il paziente sia quasi consapevole di ciò che l'analista sta per interpretargli; dato che le resistenze sono costantemente presenti nello svilupparsi della relazione reale, queste vanno interpretate fin dal momento della loro comparsa. L'alternativa è il rischio di perpetuare lo stereotipo di un terapeuta inattivo (anziché neutrale) e silenzioso (anziché in ascolto).

---

<sup>4</sup> In questo caso si interpreta un contenuto diretto alla relazione reale, che si esprime però senza l'appoggio del dato di realtà (un atteggiamento nei confronti dell'analista, l'idea che il terapeuta si sia fatto una certa opinione del paziente che coincide con l'opinione, reale o fantasticata, di un familiare) (Gill, 1982, 1984; Hoffman, 1983)

Questo tipo di approccio è molto vicino a quello di altre correnti teoriche che vedono l'esperienza della persona come basata su determinanti individuali e per questo particolarmente intrecciata alla propria identità. Più avanti in questo capitolo si discuterà anche il *Patient's Experience of the Relationship with the Therapist* (PERT; Gill & Hoffmann, 1982), un metodo per codificare l'esperienza che il paziente fa della relazione terapeutica.

### **Otto Kernberg**

Kernberg (1984, 1996) partendo dal lavoro clinico con pazienti gravi e sulla base della propria teoria delle *Relazioni oggettuali interiorizzate*, inquadra un modello teorico/pratico del concetto di transfert. Questo approccio propone un modello di sviluppo della mente che integra concetti della psicoanalisi freudiana e kleiniana, della psicologia dell'Io e del pensiero di autori come Mahler e Jacobson, della teoria delle relazioni oggettuali, delle ricerche sull'infanzia e della biologia delle emozioni (Kernberg, 1975, 1981, 1984). Nella teoria di Kernberg (1984), le relazioni oggettuali interne sono le pietre angolari delle strutture psichiche e rappresentano gli organizzatori delle motivazioni e dei correlati modelli comportamentali. Sono integrate e gerarchicamente organizzate in modo da formare strutture di ordine superiore che organizzano la personalità e il funzionamento psicologico. Una relazione oggettuale interna consiste in un particolare stato affettivo associato all'immagine di una specifica interazione tra il sé e un'altra persona (per esempio, paura, associata all'immagine di un sé piccolo e terrorizzato in interazione con una figura autorevole minacciosa e potente). Dai primi giorni di vita, le relazioni oggettuali interne si sviluppano dall'integrazione tra le disposizioni affettive innate e le interazioni con le figure primarie d'accudimento. Quando si sperimenta ripetutamente un affetto nel contesto di un particolare tipo di interazione, le memorie affettive si organizzano per formare rappresentazioni

durature emotivamente cariche che denominiamo relazioni oggettuali interne. Nel tempo, queste relazioni si intrecciano in modo complesso alle loro origini evolutive (lo stato affettivo associato all'immagine di interazione appunto), e riflettono le interazioni reali e fantastiche con gli altri, così come le difese associate a entrambe le circostanze (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2007). Con le parole dell'autore:

*“Le strutture sono configurazioni relativamente stabili di processi psichici [...] Ho usato l'espressione analisi strutturale per descrivere il rapporto tra i derivati strutturali delle relazioni oggettuali interiorizzate e i vari livelli di organizzazione del funzionamento psichico [...] L'organizzazione strutturale assolve la funzione di stabilizzare l'apparato psichico, mediando tra fattori etiologici e le dirette manifestazioni della malattia e del comportamento. Indipendentemente da quali sono i fattori genetici, costituzionali, biochimici, familiari, psicodinamici o psicosociali che concorrono nel dare origine alla malattia, gli effetti di tutti questi fattori vanno a confluire nella struttura psichica individuale, che poi diventa matrice da cui si sviluppano i sintomi osservabili nel comportamento”* (Kernberg, 1984, p. 17).

I suoi studi sulle personalità borderline lo hanno portato a interessarsi del funzionamento mentale e comportamentale di questi individui: per riassumere, si può dire che i comportamenti tipici del paziente borderline, i suoi stati affettivi caotici, le sue oscillazioni, la sua instabilità emotiva, la sua identità non integrata, ecc., sono la manifestazione di una struttura intrapsichica costituita da relazioni oggettuali scisse, non integrate, che si alternano in immagini tutte buone o tutte cattive. Una delle difese più utilizzate in queste strutture è la scissione, che ha lo scopo di proteggere la rappresentazione diadica Sé-Oggetto buona (cioè un'immagine del Sé e una dell'oggetto legate tra loro da un affetto positivo) dalla distruzione

da parte di quella cattiva e viceversa. In questo contesto, l'oggetto non è semplicemente un veicolo per la gratificazione pulsionale, e le istanze psichiche Es, Io, Super-io sono interiorizzazioni delle relazioni oggettuali e delle reazioni che hanno luogo sotto l'influenza di vari stati emotivi. Le caratteristiche dell'interiorizzazione, infatti, dipendono dagli affetti che agiscono in quel momento fornendo così una coloritura emozionale a ciò che viene assimilato. Questi affetti rappresentano il sistema motivazionale primario e si organizzano in pulsioni libidiche e aggressive, sempre per mezzo delle interazioni con un soggetto umano.

I processi di interiorizzazione sono: 1) L'introiezione, che è la base del processo di interiorizzazione. Comporta la riproduzione di un'interazione con l'ambiente per mezzo della raccolta di tracce mnestiche associate all'immagine del Sé o dell'oggetto e le interazioni di queste due componenti nel loro contesto affettivo (in pratica la *traslazione*). 2) L'identificazione, che presume la capacità del bambino di riconoscere la varietà dei ruoli che si manifestano nelle interazioni con gli altri e coinvolge la capacità del Sé di modellarsi sull'oggetto (molto influenzate dalla fantasia e dall'affettività). 3) L'identità dell'Io, termine preso in prestito da Erickson, per indicare l'organizzazione complessiva delle identificazioni e introiezioni sotto il principio guida della funzione sintetica dell'Io. Applicando e osservando quanto detto finora nella pratica clinica, Kernberg, si accorge che il ripetersi dei comportamenti e degli annessi mutamenti emotivi sfugge tanto al controllo quanto alla comprensione del paziente grave. In molteplici situazioni si assiste a una disconnessione tra il comportamento agito e la base inconscia ad esso legata, sia in seduta che nella vita di tutti i giorni. Per ovviare a questo problema, il lavoro del terapeuta deve consistere nell'evidenziare il più possibile le modalità relazionali (frutto di introiezioni e identificazioni) così come si manifestano in seduta, e nel metterle sempre più in luce con continue interpretazioni di transfert, cioè mostrando il meccanismo intrapsichico che

continuamente determina il comportamento e le emozioni del paziente. Non a caso questa tecnica prende il nome di “Psicoterapia focalizzata sul transfert” (*Transference Focused Psychotherapy*; TFP, 2000), perché è questa la caratteristica principale che la differenzia dalle altre tecniche. Per fare questo lavoro è indispensabile prestare la massima attenzione al mantenimento del setting terapeutico, grazie a un atteggiamento molto fermo, basato su un contratto instaurato all’inizio della terapia. Per merito di questa fermezza il paziente viene spinto a manifestare la sua patologia all’interno della terapia, e soprattutto in parole e in sentimenti più che in azioni, interrompendo le sue tipiche manipolazioni o gli acting out, che vengono inibiti sul nascere (Migone, 1999). Con continui cicli di chiarificazione, confrontazione e interpretazione, il paziente viene sempre messo di fronte al suo modo di funzionare; in modo che col tempo sia padrone dei suoi meccanismi mentali e controlli meglio i suoi comportamenti e stati affettivi. Questa tecnica ha il principale obiettivo di creare le condizioni più propizie per l’analisi dei conflitti del paziente grave (o borderline), senza permettere che la regressione originata dal setting lo porti a un livello psicotico o di passaggio all’atto (Etchegoyen, 1986); si tenta anzi di “nevrotizzare” le caratteristiche di struttura della persona in modo da consentirgli di vivere più serenamente. La modalità terapeutica d’elezione per riuscire in questo intento, è l’uso di un approccio espressivo (vale a dire interpretativo sotto ogni punto di vista). Dato che l’approccio supportivo è già parte integrante dell’intervento terapeutico, secondo l’autore è necessario piuttosto focalizzarsi sull’espressività. Questo perché il paziente legge ogni cosa alla luce del proprio transfert (cioè in virtù di ciò che ha introiettato), per cui può percepire come persecutorio anche un atteggiamento benevolo. Come si vede l’idea di base è quella puramente psicoanalitica: quello che conta è dare informazioni al paziente, trasmettere conoscenza, secondo quel *legame inscindibile*, che prevede che la conoscenza sia di per sé fonte di cura. Volendo fornire qualche esempio di tipologie transferali differenti dei diversi pazienti:

Nel transfert depressivo, i pazienti faticano a mettere a fuoco aspetti inaccettabili di sé (specialmente di tipo aggressivo). La tecnica terapeutica impone in questi casi di aiutare a riconoscere questi aspetti inaccettabili, fornendo al paziente i mezzi per farvi i conti. I pazienti con predominanza di transfert narcisistici, dice Kernberg, hanno difficoltà a dipendere dal terapeuta, poiché dipendere equivale riconoscere l'importanza dell'altro. In questi casi il transfert può essere letto come una resistenza all'attaccamento e risulta molto utile intervenire svelandolo, comprendendolo e interpretandolo. Infine, nei transfert di tipo paranoide, caratterizzati da una forte proiezione dei propri bisogni e desideri aggressivi, il terapeuta deve aiutare a integrare il segmento di esperienza persecutoria, vissuta dal paziente, con il segmento idealizzato di esperienza di sé generalmente scisso (Clarkin et al., 2010).

### **La prospettiva interpersonale, Heinz Kohut & la prospettiva intersoggettiva**

Ehrenberg non si preoccupa di dare definizioni particolari di transfert, si interessa piuttosto di definire quello che lei chiama *Il confine intimo tra paziente e analista* (*The intimate edge*, 1974). Si tratta di quel momento di massimo contatto che si raggiunge in una relazione esente da fusionalità, violazioni dell'individualità e mantenimento dell'integrità soggettiva. Questo punto non è mai statico e può fluttuare da un momento ad un altro, per questo è molto importante essere sensibili alle modifiche interne che si creano nell'uno e nell'altro. Inoltre, è importante prestare attenzione anche alle variazioni presenti nell'interazione dato che vanno a influenzare la spirale di reciprocità che permea la relazione. Più spesso di quanto si creda questo particolare luogo della relazione viene sovra- o sottostimato, al punto che possono verificarsi delle vere e proprie intrusioni (quando non lo si è ancora raggiunto), o situazioni in cui non ci si avvicina affatto per eccesso di cautela. In entrambi i casi si assiste

al mancato incontro sia da parte del terapeuta che del paziente (*ibidem*). L'autrice giunge a questa idea osservando i problemi intrinseci di tecniche di vario tipo. Riconoscere il potere di ciò che traspare inconsciamente dal paziente (ma anche dal terapeuta), obbliga alla riconsiderazione dei concetti di transfert e controtransfert. Vedere questi due concetti come un'unità inscindibile permette di porsi alcune domande: le fluttuazioni transferali e controtransferali cosa permettono di raggiungere? È possibile che prevengano l'emergere di qualcosa o che aiutino a evitarlo? L'interpretazione e le libere associazioni sono in realtà armi a doppio taglio per Ehrenberg. Possono essere i mezzi per generare distanza o evitare che si entri davvero in contatto con il paziente; per contro possono anche essere lo strumento d'elezione per ottenere il risultato opposto. Possono causare rabbia, gratificazione, compiacenza, supporto e così via (Ehrenberg, 2005). I tentativi fatti per facilitare lo sviluppo di un transfert il più incondizionato possibile, come ad esempio l'uso del silenzio, sono fonte di influenze tanto quanto i comportamenti evitati, come ad esempio il dialogo. Dato che tanto i terapeuti quanto i pazienti influiscono l'uno sulle percezioni e i comportamenti dell'altro, anche quando si rimane in silenzio, bisogna considerare la possibilità che le cosiddette reazioni terapeutiche negative siano un effetto iatrogeno dovuto a qualcosa che l'analista fa e di cui non si rende conto. L'obiettivo del terapeuta dovrebbe essere quello di favorire una relazione sana in cui il paziente si sente al sicuro (che non significa che deve poter dipendere dall'analista) ed è consapevole di lavorare insieme al terapeuta per "smontare" lo sviluppo di legami deleteri prima che lo portino a escalation sempre più pericolose (Ehrenberg, 2010). Più i legami sono chiari, e i processi di proiezione e introiezione allentati, più il paziente incrementa la sua agency e può far emergere i suoi desideri; il che consente ovviamente di analizzare eventuali conflitti connessi. Alla lunga questo confine intimo, in cui si può lavorare davvero, cambia e si sposta; per cui diventa necessario muoversi con esso in modo da definirlo e lavorarci prima che cambi nuovamente. Il limite dell'intimità diventa una

crescita dell'intimità che viene conquistata quando si riesce a mantenere una sintonizzazione costante tra analista e analizzando.

È su questo modello teorico che si colloca Lorna Benjamin. Nel 1973 viene pubblicata la sua *Structural Analysis of Social Behavior* (SASB; Benjamin, 1973), una tecnica che nasce dallo studio del comportamento animale (mammiferi), che riconosce che le rappresentazioni relazionali interiorizzate sono fondate sui rapporti interpersonali. In sintesi, ci sono 3 prospettive possibili da cui è possibile osservare la dinamica relazionale: la prima è caratterizzata dall'introversione del giudizio ad opera del sé; la seconda è un'estroversione del giudizio e quindi il sé giudica altre persone; la terza è l'introiezione del giudizio altrui ma traslato su altre persone (si parlerà più approfonditamente di questo modello nel paragrafo degli strumenti). Questo modello, come sostiene l'autrice, ha permesso lo sviluppo dell'*Interpersonal Reconstructive Therapy* (IRT) un tipo di terapia per i pazienti con disturbi di personalità refrattari al trattamento. Per mezzo della SASB è possibile evidenziare quali pattern relazionali si sono rivelati disfunzionali in passato e che tipo di modello relazionale è stato appreso. Usando poi l'IRT è possibile lavorare su questi poli disfunzionali incrementando le capacità di funzionamento.

Kohut concepisce il Sé come qualcosa il cui sviluppo e la cui strutturazione dipende dall'ambiente, che può farlo crescere o arrestare a seconda di determinate caratteristiche (come l'empatia dei genitori); il conflitto è tra i bisogni del Sé e gli oggetti e non è intrapsichico come vuole la teoria classica che postula una conflittualità tra Es, Io e Super-Io. Si tratta di un'entità autonoma, priva di conflitto in se stessa, e che appartiene a un livello di astrazione diverso da quello della struttura tripartita Es/Io/Super-Io, poiché viene concepito come il centro della psiche e sovraordinato rispetto ad essa (Migone, 2015). Lo sviluppo del Sé avviene in due tappe fondamentali, la prima è la formazione del *Sé virtuale*

(l'immagine del bambino, che deve ancora nascere è già presente nella mente dei genitori), la seconda prevede lo sviluppo del *Sé nucleare* nel corso dei primi due anni di vita del bambino. Il *Sé nucleare* rappresenta la base del senso di essere, un centro indipendente di iniziativa e di percezione, integrato con le ambizioni e con gli ideali più centrali, e con l'esperienza di continuità spaziale e temporale, tra mente e corpo (Kohut, 1977). Il *Sé nucleare* si evolve come segue: si realizza un passaggio dal rispecchiamento della grandezza del *Sé*, polo delle ambizioni, alla fusione attiva del *Sé* con l'ideale, polo degli ideali (*ibidem*). Questi due poli sono sottesi da un arco di tensione, caratterizzato dai talenti e dalle abilità della persona.

Nel suo modello teorico, subisce una revisione anche il concetto di transfert. Lavorando con pazienti patologici, nota due particolari tipi di transfert nei pazienti narcisistici, che chiama *transfert speculare* e *transfert idealizzante* (1971). In seguito (1984), identificherà un terzo tipo di transfert, precedentemente considerato una variante dello speculare, che chiamerà *transfert gemellare o alteregoico*; e modificherà anche il termine transfert narcisistico in *transfert oggetto-Sé*. Nel transfert speculare il paziente esprime il bisogno di essere ammirato e rispecchiato dal terapeuta, mentre nel transfert idealizzante esprime il bisogno complementare di idealizzare e ammirare il terapeuta stesso. Kohut sosteneva che il compito del terapeuta non è quello di frustrare questi bisogni, magari interpretandoli come difese, ma di accettarli in quanto tali e di corrispondere empaticamente ad essi per permettere al *Sé* di svilupparsi (un'ottica che ricorda quella di Winnicott). In altre parole, non si tratterebbe di desideri conflittuali, ma di bisogni legittimi del bambino-paziente. Permettendo il ripercorrere di queste tappe evolutive attraverso un terapeuta empatico che ammira il paziente e gli permette di ammirarlo, il paziente riesce gradualmente a mitigare o modificare il suo *Sé* grandioso attraverso quelle che Kohut chiama *interiorizzazioni trasmutanti*. Come affermerà in *The Restoration of the Self* (1977), un atteggiamento poco empatico da parte

dei genitori provoca l'arresto dello sviluppo a un *Sé grandioso* (che condensa al suo interno tutto ciò che c'è di buono nella persona e usa l'altro come mezzo per fare sfoggio del suo esibizionismo) e ad una *Imago parentale idealizzata* (una forma di idealizzazione dell'altro vissuto come onnipotente e salvifico), di cui appunto i transfert speculari e idealizzanti rappresentano la riattivazione (Etchegoyen, 1986). Queste due configurazioni, tramite il rapporto empatico con l'oggetto-Sé (che in questo modello sono identificati nella figura genitoriale dell'infanzia e nel terapeuta della vita adulta), possono gradualmente trasformarsi, grazie all'elaborazione dei transfert speculari e idealizzanti e costituire strutture stabili di autostima collegate, rispettivamente, ad *ambizioni e ideali*<sup>5</sup>. L'ultimo tipo di transfert di cui parla Kohut è, come già accennato, quello gemellare che va a interessare l'area intermedia tra il polo grandioso e quello idealizzato. Così come il danneggiamento del polo delle ambizioni porta a un transfert speculare, e il danneggiamento del polo degli ideali porta a quello idealizzante, la compromissione della zona intermedia (talenti e attitudini) porta alla ricerca di un oggetto-Sé di uguaglianza le cui qualità corrispondono (in via più o meno fantastica) alle proprie e permettano quindi la conferma della propria esistenza (*ibidem*).

La teoria intersoggettivista sposta l'accento sulla soggettività della persona. Gli esponenti di questo movimento teorico usano la parola intersoggettività per descrivere la relazione esistente fra due persone qualunque nella loro soggettività. Atwood e Stolorow (1992) hanno riformulato alcuni concetti dinamici e analitici alla luce di questo orientamento teorico. Ad esempio, il concetto di inconscio è stato rivisitato dando così origine a tre aspetti inconsci propri di ogni persona. *L'inconscio preriflessivo* è la sede dei principi organizzativi e delle

---

<sup>5</sup> Occorre qui specificare che non si riesce mai a colmare del tutto i deficit del polo delle ambizioni; si parla piuttosto di una compensazione di lacune pregresse

convinzioni emotive delle persone, opera automaticamente e al di fuori della coscienza. Questi aspetti nascono da inferenze emotive infantili dedotte dall'esperienza intersoggettiva sperimentata nella famiglia d'origine. *L'inconscio dinamico* è composto da informazioni emotive una volta conosciute ma successivamente segregate o dimenticate per evitare alla persona di affrontare conflitti. Infine, *l'inconscio invalidato* descrive gli aspetti della vita soggettiva della persona che non possono essere esperiti perché non trovano una corrispondenza nell'ambiente emotivo circostante (Orange, Atwood & Stolorow, 1997). Questa delucidazione teorica è necessaria per comprendere a pieno il concetto di *cotransfert* formulato da Donna Orange (1994). In quest'ottica, i principi organizzativi della coppia terapeutica danno vita al campo intersoggettivo dell'analisi. Lo sforzo congiunto per comprendere questi principi, presenti e passati, come funzioni dell'esperienza di particolari campi intersoggettivi, comporta che il passato e il presente della persona siano sempre implicati dialogicamente (almeno in forma implicita). Quando ci si trova di fronte a persone che non provano neanche a comprendere il passato, o non vi hanno accesso alcuno, il dialogo esplicito tra questi due ordini temporali può impiegare molto tempo a svilupparsi. Il campo analitico intersoggettivo, per mezzo della disponibilità emotiva della coppia terapeutica, permette al paziente di avere una seconda possibilità di sviluppo (Orange, 1995). È qui che si inserisce l'intuizione di Orange. Secondo l'autrice, infatti, quando si va a parlare di transfert e controtransfert si opera un errore intrinseco a causa della mancata attenzione data al campo intersoggettivo. Quando emergono dimensioni transferali in terapia, queste vanno a stimolare delle reazioni contro-transferali nel terapeuta. Questo controtransfert però è soggetto a forza, entità e specificità del transfert del paziente; pertanto si tratta di una reazione che risente della soggettività dell'altro. A sua volta quando emerge il controtransfert del terapeuta, il paziente trova il suo transfert modificato dall'emotività del terapeuta. L'interazione tra questi due "mondi" genera un cerchio chiuso che non può non tenere conto

della soggettività dei membri che lo hanno scatenato, né del campo intersoggettivo. Per questo motivo, Donna Orange sviluppa il concetto di cotransfert: in questo modello non si può pensare che ci sia obiettività e asetticità in quanto al centro della lente terapeutica c'è la situazione creata da analista e analizzando.

### **Elisabeth Zetzel, Ralph Greenson & Edward Bordin: alleanze**

In *The concept of transference* (1956), Zetzel parla della relazione che si instaura tra analista e analizzando asserendo che il rapporto tra clinico ed *Io osservante* del paziente è basato su una *relazione oggettuale reale* fondata sulla capacità della persona di instaurare e mantenere stabilmente rapporti significativi. O con le parole di Zetzel:

*“Il rapporto tra l’Io osservante del paziente e l’analista è basato su una relazione oggettuale e dipende dalla capacità del paziente stesso di sostenere un rapporto significativo uno-a-uno”* (Zetzel, Meissner, 1973 p. 357).

Anziché focalizzarsi su riedizioni presenti di conflitti del passato o su traslazioni che connotano la vita relazionale della persona, Zetzel cerca di comprendere cosa c'è alla base della relazione terapeutica arrivando a descrivere, per la prima volta in modo esplicito se si esclude la descrizione freudiana (1938), l'*alleanza terapeutica*. Si tratta di un rapporto stabile e positivo tra terapeuta e paziente che mette quest'ultimo nella condizione di impegnarsi positivamente nel lavoro d'analisi. Riprendendo il lavoro di Sterba (1929), quella che si verifica è una scissione dell'Io tale che la parte dell'Io del paziente che osserva, si allea con l'analista nel rapporto analitico e si identifica con l'analista per modificare le difese patologiche erette contro i pericoli percepiti.

Alla luce di questo modello, il compito dell'analista diventa rispondere al paziente in modo intuitivo e adattivo per favorire la mobilitazione delle caratteristiche dell'Io indispensabili all'alleanza (queste caratteristiche sembrano coincidere con le parti dell'Io sano del paziente che, secondo Anna Freud, permettono l'analisi delle difese transferali). Un altro contributo della teoria della Zetzel è che l'analista entra nella relazione come persona reale e non solo come oggetto di traslazione. Per la prima volta viene esplicitata la natura interattiva e bi-personale del rapporto analitico: non solo il paziente si allea con il terapeuta ma anche il terapeuta con il paziente. Questo modello è costruito sulla relazione madre bambino, ci sono reciproche identificazioni, aspetti razionali e irrazionali, e come un modello diadico "semplice", richiede un processo attivo di adattamento ai bisogni dell'altro con il conseguente tentativo di corrispondervi.

Vale la pena spendere qualche parola sulla regressione di transfert secondo l'autrice. Essa può essere considerata come il tentativo di elaborare esperienze traumatiche infantili, oppure di tornare a uno stato precedente di gratificazione reale o fantasmatica. Nel primo caso l'aspetto regressivo diventa un passaggio preliminare e necessario per l'elaborazione dei conflitti; nel secondo è il mezzo per il raggiungimento di una gratificazione narcisistica che permetta di tornare ad uno status quo primordiale (Etchegoyen, 1986). Con l'avvento di questo modello Zetzel si inserì nel panorama teorico considerando l'alleanza un costrutto che, insieme alla nevrosi di transfert (termine qui utilizzato nell'accezione che ne dà Macalpine: "adattamento graduale di una persona, attraverso la regressione, al setting infantile analitico", 1950), va a costituire il fenomeno transferale nella sua forma di traslazione sull'altro di affetti e conflitti (Etchegoyen, 1986).

Dopo i primi scritti di Zetzel sull'alleanza terapeutica, venne pubblicato l'articolo di Greenson intitolato *The Working Alliance and the Transference Neuroses* (1965), nel quale

l'autore introduce il termine *alleanza di lavoro*, per sottolineare la capacità del paziente di lavorare intenzionalmente durante il trattamento. Si tratta dell'insieme di atteggiamenti razionali e finalistici del paziente nei confronti dello psicoanalista nonché della capacità del paziente di lavorare nella situazione analitica (Greenson, 1967). Queste componenti mature, mettono la persona nella condizione di mantenere un rapporto efficiente con il terapeuta anche nei momenti in cui si sviluppa un'intensa nevrosi di transfert. Come Sterba (1940), Greenson ritiene che l'alleanza si stabilisca tra l'Io razionale del paziente e l'Io analizzante dell'analista: il mezzo che la rende possibile è la parziale identificazione del paziente con l'atteggiamento analitico e riflessivo dell'analista. Per citare l'autore:

*“La vera alleanza si costituisce prevalentemente tra l'Io razionale del paziente e l'Io analizzante dell'analista ed il mezzo che la rende possibile è la parziale identificazione del paziente con l'approccio dell'analista nei suoi tentativi di comprendere il comportamento del paziente”* (1965, p. 179).

Secondo l'autore esistono tre diversi livelli di relazione nella coppia terapeutica: *transfert*; *alleanza di lavoro*; e *relazione reale*. Con il termine relazione reale, si intendono tutti quegli aspetti sani, realistici e maturi che sono propri della relazione che coinvolgono paziente e terapeuta come persone reali al di là dei ruoli di analista e analizzando. È importante considerare che la parola reale acquisisce un doppio significato nel modello di Greenson (Etchegoyen, 1986). Si parla sia di orientamento alla realtà (realtà che contrasta le deformazioni e illusioni della nevrosi di transfert), che di genuinità e autenticità (1967). Questa precisazione è necessaria perché se l'alleanza di lavoro è realistica ed appropriata al tempo stesso è un artificio della situazione analitica; mentre il transfert, in quanto riedizione del passato, è inappropriato rispetto al qui ed ora ma comunque genuino (reazione autentica ma che poggia su deformazioni della realtà). Alcuni pazienti si aggrappano all'alleanza di lavoro a causa di un terrore profondo per gli aspetti regressivi propri della nevrosi di

transfert. In questi casi si assiste al trionfo della razionalità sulle componenti irrazionali consuete. La relazione viene connotata da una forte aderenza alla realtà e la componente emotiva viene ridotta (repressa) al fine di eliminare l'irragionevolezza nevrotica inconscia (*ibidem*). Quando ci si trova in situazioni simili, bisogna lavorare per rendere egodistonico il comportamento rigidamente razionale del paziente, in modo da far emergere la nevrosi nascosta al di sotto dell'alleanza. In altri casi capita che lo sviluppo dell'alleanza di lavoro sia secondario all'interpretazione di transfert. Solo dopo che alcune resistenze transferali vengono adeguatamente analizzate, il paziente riesce a finalizzare il suo comportamento in seduta e a lavorare insieme al clinico per stare meglio (è questo il caso dei pazienti nevrotici "classici" come li chiamava Greenson). Vale la pena sottolineare che il concetto di transfert di cui si è parlato finora, è focalizzato nel qui ed ora e cioè quando analista e analisi diventano la preoccupazione principale nella vita del paziente.

Si ricordi ora, anche se con meno parole di quante ne servirebbero, il lavoro di Bordin (1979) che intende l'alleanza terapeutica come un fattore comune a tutte le terapie e la definisce:

*"...un reciproco accordo tra obiettivi del cambiamento e compiti necessari per conseguirli, grazie allo stabilirsi dei legami che mantengono la collaborazione dei partecipanti al lavoro terapeutico"* (*ibidem*).

Secondo l'autore l'alleanza è costituita in larga parte da un processo di negoziazione da cui scaturisce la scelta di obiettivi terapeutici. Il paziente ha la necessità di percepirsi come elemento agente nel proprio cambiamento. L'alleanza, intesa in questo modo, non è assimilabile a qualcosa che può esserci o meno, va costruita e costantemente negoziata nel tempo, anche attraverso momenti di tensione. Vedendo questo costrutto come l'insieme di

componenti specifici e panteoretici (compiti, obiettivi e legame terapeutico), afferma che sia possibile differenziare le diverse psicoterapie a seconda degli elementi in atto nello sviluppo dell'alleanza; al punto che l'alleanza stessa varia al variare dell'orientamento terapeutico dell'analista.

### **Control-Mastery Theory: Credenze patogene e test**

La Control-Mastery Theory (CMT) (Weiss, 1993; Silberschatz, 2005; Gazzillo, 2016), si configura come un modello psicodinamico-cognitivo di matrice relazionale. Secondo questa teoria gli esseri umani sono intrinsecamente motivati ad adattarsi alla realtà e a padroneggiarla; esercitano un controllo tanto conscio quanto inconscio sui propri processi psichici e seguono, come criterio guida, il principio di sicurezza.

In breve, la mente guiderebbe gli esseri umani non più nel tentativo di evitare il dispiacere e conseguire il piacere bensì in quello di sentirsi al sicuro da pericoli interni ed esterni in modo da potersi adattare alla realtà e all'ambiente circostante. A questo scopo sono deputate le capacità osservative, di apprendimento, di pensiero e memoria dell'individuo. L'adattamento è alla base della sopravvivenza e della realizzazione di obiettivi sani e piacevoli. Elemento molto importante, che si pone a metà strada tra adattamento e sopravvivenza, è la costruzione di un sistema di conoscenze e aspettative che consenta di discernere, tra tutte quelle possibili, le strategie adattive migliori per il mantenimento della vita. Nel tempo, questo sistema è stato chiamato in molti modi da autori diversi: rappresentazioni di sé e degli oggetti, imago, schemi, costrutti, rappresentazioni di interazione generalizzate, modelli operativi interni, aspettative ecc. Senza trascurare le loro differenze, tutti questi concetti rimandano grosso modo allo stesso ambito di senso, l'insieme delle rappresentazioni su noi stessi, gli altri, i rapporti tra noi e gli altri e il mondo, che fungono da guida per il nostro pensiero e il nostro comportamento (Gazzillo, 2016).

Nell'ottica CMT questo sistema prende il nome di *Credenze* e può essere tanto sano e positivo, quanto patogeno e problematico. Nell'ultimo caso sono, come dice il nome, dei veri e propri "credo", che si generano durante l'infanzia nel rapporto con i genitori e i familiari, a partire da *traumi da stress* o *da shock* da cui il bambino ha dedotto che perseguire un proprio obiettivo sano e realistico mette in pericolo i familiari, il loro benessere o la relazione con loro. Sono influenzate dall'immaturità cognitiva ed emotiva del bambino, dal carattere concreto, magico, egocentrico, onnipotente, idealizzante e iper-generalizzante del suo pensiero, dalla visione parziale del mondo che deriva dalla mancanza di esperienza e dalla tendenza a fare inferenze causali scorrette. Vale la pena soffermarsi sul termine "credo" presente in questa definizione. In lingua inglese questo termine verrebbe tradotto con *belief*, vale a dire un'idea talmente radicata dentro di sé che ha ormai una connotazione dogmatica e che pertanto non può essere rinnegata facilmente. Questa particolare caratteristica delle credenze dà un'idea del tipo di lavoro che il clinico deve svolgere con il paziente. Non può limitarsi a fornire la sua lettura del fenomeno né è sufficiente far notare al paziente che, in situazioni simili a quella esposta, si comporta sempre nello stesso modo. Il tipo di lavoro deve essere più profondo e deve letteralmente destrutturare queste convinzioni che il paziente porta dentro di sé e di cui vuole liberarsi più o meno coscientemente. Chiarito il concetto di credenza patogena, si ha l'impressione di parlare di qualcosa di simile alla coazione a ripetere freudiana. Quello che cambia però è ciò che dà l'impulso iniziale. Se nell'ottica psicoanalitica si parla di una traslazione da un tempo ad un altro - e da una figura ad un'altra - di conflitti e desideri, con la CMT si ha a che fare con un meccanismo procedurale che un tempo era adattivo ma che ora è fonte di disagio. I pazienti sono profondamente motivati a disconfermare queste credenze poiché ormai sono costrittive<sup>6</sup> e

---

<sup>6</sup> Per dirla con Bion, è come se il contenitore scelto da bambini diventasse troppo stretto per il contenuto adulto.

causa di dolore. Al tempo stesso però, hanno paura di abbandonarle perché in origine erano adattive e gli permettevano di interfacciarsi con la realtà proteggendoli da nuovi traumi.

Ne *I rifugi della mente* Steiner (1996), si riferisce alle organizzazioni patologiche con una descrizione simile. Per l'autore, quando c'è sviluppo in analisi e fuori da essa, il paziente si sente più forte e più sostenuto dalla sua relazione con gli oggetti buoni e comincia a pensare di liberarsi dal controllo dell'organizzazione patologica. Può accadere che tenti qualche passo fuori dal rifugio ma spesso vi fa ritorno, persuaso di essere ancora dipendente dall'organizzazione, per essere protetto contro il rischio di una catastrofe. È così che resta bloccato nell'organizzazione anche se le condizioni che avevano dato inizio alla dipendenza non esistono più e non sembra averne più bisogno. Appare incapace e riluttante a prendere atto che la situazione è cambiata (Steiner; 1982, 1996). Un altro autore che, seppur non in questi termini, aveva già parlato di questo meccanismo è Ronald Fairbairn che in *Struttura endopsichica e relazioni oggettuali* (1944) parla del "Sabotatore interno". Questo sabotatore è indicato come una componente dell'Io deputata ad attaccare la persona stessa causando dolore e sofferenza. Rispetto alla credenza patogena il sabotatore ha un ruolo più attivo; una parte dell'Io attacca le altre parti dell'Io, il che forse ricorda più la scissione descritta da Freud in *Lutto e melanconia* (1917) che non la credenza stessa. Eppure, l'elemento di comunanza con Fairbairn appare nel momento in cui ci si ricorda che la credenza corrisponde alla realtà dell'individuo. Se il sabotatore è più che altro una punizione autoinflitta dall'Io a se stesso che gli consente controllo onnipotente sulla persona e legami con gli oggetti cattivi, la credenza patogena consente di ottenere il medesimo risultato mantenendo il contatto con una realtà "cattiva". Il paziente che giunge a colloquio per disconfermare le sue credenze patogene, infatti, sarà sempre attratto dalla tentazione di confermarle. Rimanendo convinto che la realtà è come la vede, il paziente si assicura di rimanere in un territorio che conosce bene anche se desidera profondamente stare meglio. È il fenomeno che si crea quando

inconsapevolmente si fa qualcosa che conferma l'idea iniziale. La profezia che si auto avvera – o in ottica CMT *bias di conferma* – funge da sabotatore interno mantenendo il legame con la realtà cattiva. Incidentalmente gli esseri umani persistono nel tentativo di disconfermare queste credenze nonostante una parte di loro voglia vederle confermate. L'unico modo che l'uomo ha trovato per abbattere queste convinzioni è l'attività di *testing*. L'idea di base è che per riuscire a cambiare radicalmente punto di vista sulla realtà, questa vada messa alla prova con ogni mezzo possibile. In questo modo si tenta di aggirare il bias di conferma e trovare persone e situazioni in grado di sorprendere, e dimostrare che la realtà non è necessariamente quella cattiva cui si era abituati. In psicoterapia i pazienti fanno dei test ai loro terapeuti, a volte in modo consapevole ma più spesso in maniera del tutto inconscia. Quando un terapeuta supera un test del paziente, il paziente diventa più rilassato, meno angosciato e più coraggioso; diventa più capace di insight, riesce a recuperare ricordi rimossi, a padroneggiare meglio la sua realtà interna ed esterna, e lavora per realizzare i suoi obiettivi. I test possono essere di tre tipi: *Test di transfert* per compiacenza o ribellione (il paziente cerca di vedere se il terapeuta reagisce in modo simile al genitore traumatico, sperando ovviamente che non sia così); *Test di capovolgimento da passivo in attivo* (il paziente, identificato con il genitore, tratta il terapeuta come è stato trattato dal genitore traumatico, con gli stessi atteggiamenti e comportamenti sperando che il terapeuta gli mostri che non è traumatizzato da questo trattamento); *Test osservativi* (il paziente si limita a osservare il terapeuta, il suo comportamento, il suo atteggiamento, per cercare la prova che il clinico è diverso dai genitori e ha delle capacità e qualità che il paziente ha bisogno di sviluppare) (Weiss, 1993; Gazzillo, 2016). Quanto discusso finora mostra che i test sono il modo per mettere alla prova le proprie credenze patogene nella relazione con un altro significativo. Tendenzialmente i test riguardano una specifica credenza patogena: la persona è convinta di qualcosa quindi usa un tipo di test per vedere se l'analista gliela disconfermerà. Tuttavia, a

volte possono capitare delle situazioni più complesse. Un paziente può scegliere di mettere alla prova più credenze patogene con uno stesso test, oppure può testare la stessa credenza con test diversi uno dietro l'altro. La modalità di testing di un paziente, inoltre, nella maggior parte dei casi è co-costruita nella relazione con il terapeuta; il paziente ha bisogno di qualcosa e prova a comunicare al clinico cos'è e perché ne ha bisogno, come vuole che si comporti e che atteggiamento vorrebbe che assumesse. Ogni coppia terapeutica trova così il proprio modo di lavorare, e ogni terapeuta, indipendentemente dal tipo di formazione che ha ricevuto e dal tipo di tecniche che utilizza, può trovare il modo per superare i test che i pazienti gli fanno. Una buona interpretazione, un utilizzo efficace del dialogo socratico, un'adeguata prescrizione del sintomo, un uso appropriato delle tecniche di esposizione o della validazione empatica può essere utile a superare test (Gazzillo, 2016). Da questo punto di vista, la Control Mastery Theory è integrativa, e la teoria della tecnica che essa propone è in linea con la centralità della relazione terapeutica come fattore di cambiamento, centralità abbondantemente dimostrata dalla ricerca empirica sulle psicoterapie (Wampold & Imel, 2015). Per riassumere, nella CMT al centro del funzionamento mentale c'è il conflitto tra obiettivi sani e credenze patogene. Il concetto di testing delle credenze patogene rimpiazza e assorbe quelli di coazione a ripetere, transfert, resistenza, esteriorizzazione e identificazione proiettiva. Molti dei fenomeni che in psicoanalisi vengono spiegati per mezzo di questi concetti, vengono ricondotti al conflitto fra credenze e obiettivi sani, paziente e sabotatore interno, attività di testing e superamento di test. Non vi è mai una semplice ripetizione del passato rimosso o una mera esteriorizzazione, identificazione proiettiva o enactment delle relazioni tra aspetti del Sé e oggetti interni. Non si parla di resistenze da analizzare e superare, piuttosto di atteggiamenti, azioni, pensieri, emozioni e comportamenti che sono guidati da credenze patogene inconsce e dal desiderio di vederle disconfermate.

## **STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE DEL TRANSFERT**

Terminata questa breve rassegna teorica sul concetto di traslazione arriva il momento di spostare l'attenzione sulla letteratura empirica esistente. Se lo studio clinico e teorico del transfert non ha mai cessato di produrre risultati, diverso è il caso delle ricerche al riguardo. A causa della difficoltà nell'operazionalizzazione di un costrutto tanto vasto, la mole di dati empirici presenti in letteratura è notevolmente inferiore. Uno dei lavori più famosi è certamente quello condotto da Crits-Christoph e Luborsky (CCRT; 1988, 1990) che ha permesso di intendere il transfert come le tematiche relazionali conflittuali centrali proprie di ciascun paziente. In secondo luogo, gli studi condotti da Westen (2000) e dal suo gruppo di ricerca (Bradley et al., 2005), hanno permesso di operazionalizzare il costrutto del transfert fornendo una valutazione su cinque dimensioni (arrabbiato/rivendicativo/recriminativo; ansioso/preoccupato; evitante/contro-dipendente; sicuro/impegnato; sessualizzato), che diventeranno 6 nella validazione italiana dello strumento (Tanzilli et al., 2017). Nel paragrafo seguente tenteremo di trattare più nello specifico alcune di queste ricerche.

### **Il Core Conflictual Relationship Theme**

Nel 1990 Lester Luborsky scrive *Capire il transfert*, un manuale che ha lo scopo di chiarire il funzionamento e lo sviluppo del metodo del Core Conflictual Relationship Theme (Crits-Christoph & Luborsky, 1976). Lo strumento è nato come metodo per la misura dell'alleanza terapeutica tuttavia, durante la sua elaborazione, gli autori si sono accorti che ciò che stavano andando a misurare era la personalità e il modo in cui si configura e si esprime a partire dal tema relazionale centrale delle persone. Lo strumento è stato influenzato da molti autori: Sigmund Freud e i suoi scritti sulla traslazione (1912); Blos e il concetto di trauma residuo (1941); French e Wheeler suggerirono il concetto di conflitto nucleare del paziente (1963);

Arlow parlava di conflitti intrapsichici generati da desideri istintivi basilari e mirati alla loro risoluzione (1961, 1969a, 1969b); per non parlare di altri studiosi come ad esempio Murray, Kelly, Tomkins, lo stesso Bowlby e tanti altri. Ognuno di questi autori ha influenzato a suo modo, e con le sue teorie, la nascita e lo sviluppo del CCRT. Salta agli occhi quanto, in ambito clinico e di ricerca, si sia data importanza alla ricerca di un unico pattern ripetitivo e costante in grado di spiegare parte della patologia e del comportamento umano. Lo strumento ideato da Luborsky e Crits-Christoph vuole contribuire all'indagine di questo pattern e al suo disvelamento sia per scopi terapeutici che a fini puramente accademici.

Il metodo del tema relazionale conflittuale centrale (CCRT) è un metodo di valutazione quantitativa orientato a individuare unità narrative, chiamate “episodi relazionali” (RE), che i pazienti raccontano e mettono in atto in un modo “tipico” durante le sedute di psicoterapia. Per lavorare con questo strumento sono necessarie delle registrazioni delle sedute, o le trascrizioni verbatim delle stesse. Sono previste due fasi di valutazione per le narrative: fase A) durante la quale vengono individuati e identificati gli episodi relazionali; e fase B) in cui si enuclea il CCRT dalla serie di episodi relazionali selezionati. Entrando un po' più nel dettaglio, un episodio relazionale è 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. In ciascuno di essi viene sempre identificata una persona di riferimento con cui il paziente sta interagendo. In questi momenti si individua facilmente, a partire dal discorso del paziente, un inizio, un corpo centrale e una fine. Spesso queste unità sono presentate per mezzo di esemplificazioni e vengono precedute da locuzioni tipo “come” o “per esempio” (Luborsky, 1990).

Durante la fase A), si annota il nome della persona con cui il paziente sta interagendo, che di solito sono figure genitoriali, amici, superiori nonché il terapeuta stesso, e si evidenzia l'intera sezione dell'episodio. A questo punto si verifica che tipo di RE è in atto e si scrive

la sua tipologia accanto al testo. I RE si dividono in: RE con qualcuno di specifico; RE con altre persone (si ha quando nella narrazione appaiono più individui per cui è difficile individuare il soggetto interagente principale); RE con il terapeuta (a sua volta divisa in narrativa, quando il paziente si riferisce a eventi passati o attuali con il terapeuta; e messa in atto, quando è riscontrabile un episodio conflittuale che innesca un agito da parte del paziente); RE Sé (gli episodi che prevedono un'interazione dell'individuo con il proprio Sé, diversa da semplici descrizioni auto-riferite). Un'altra classificazione degli episodi relazionali è quella temporale, i RE infatti possono essere classificati come passati o attuali a seconda del tempo a cui fa riferimento il paziente raccontandoli. È inutile sottolineare quanto il fattore tempo sia un elemento di rilievo per la lettura del CCRT finale.

Terminato questo passaggio gli episodi vengono valutati con una scala a cinque punti da 1 poco dettagliato a 5 esauriente, e vengono siglati solo quelli con punteggio maggiore o uguale a 2.5.

Durante la fase B), una volta che i RE sono stati individuati nel trascritto, si passa alla loro siglatura. Si prende l'episodio completo e si procede a una scomposizione in fattori più piccoli e gestibili. L'esaminatore passa alla divisione in unità di pensiero, vale a dire che evidenzia ogni passaggio in cui compaiono: desideri, bisogni o intenzioni (W); risposte dagli altri (RO); risposte del Sé (RS). I W sono suddivisi in direttamente riferiti ed espliciti, e non espressi in modo esplicito ma chiaramente inferibili dall'esaminatore. Le RO e le RS vengono ulteriormente suddivise in positive o negative e le RO vengono evidenziate come attese o effettivamente espresse. Da qui ha il via la formulazione del CCRT: si riesamina il foglio di siglatura cercando uno o più temi che si adattano alla maggior parte dei RE. In questo modo vengono alla luce i temi (o il tema) che emergono con maggior frequenza all'interno del trascritto e l'unica cosa da farsi rimane quella di enunciarli adeguatamente (*ibidem*).

Terminato questo procedimento, i passaggi vengono nuovamente ripetuti per assicurarsi di non avere perso nessun elemento centrale nella tematica del paziente. Si ripetono quindi le operazioni di siglatura contrassegnandole con il simbolo “ ‘ “. Alcuni passaggi opzionali possono essere applicati all’intero modello: si può valutare il grado di intensità con cui i RE appaiono; registrare la frequenza di comparsa di ciascun componente; valutare l’esperienza del paziente rispetto alle componenti del CCRT (cioè riconoscere e interpretare i RE che si manifestano nella relazione con il terapeuta); infine si possono scegliere e valutare le categorie standard del CCRT (esistono 35 W, 30 RO e 30 RS che gli autori hanno stilato a partire da un campione normativo e integrandole con le categorie apparse in altri strumenti. Far risalire i RE dei pazienti a queste categorie aiuta particolarmente nel campo della ricerca clinica).

Figura 1 Esempio siglatura su testo (fase A).

### Siglatura del CCRT della signora Smyth

#### Siglatura del CCRT

#### Sintesi di episodi relazionali relativi alla signora Smyth, seduta 3

RE n. 2: Ex datori di lavoro,  
punteggio di completezza 4,0

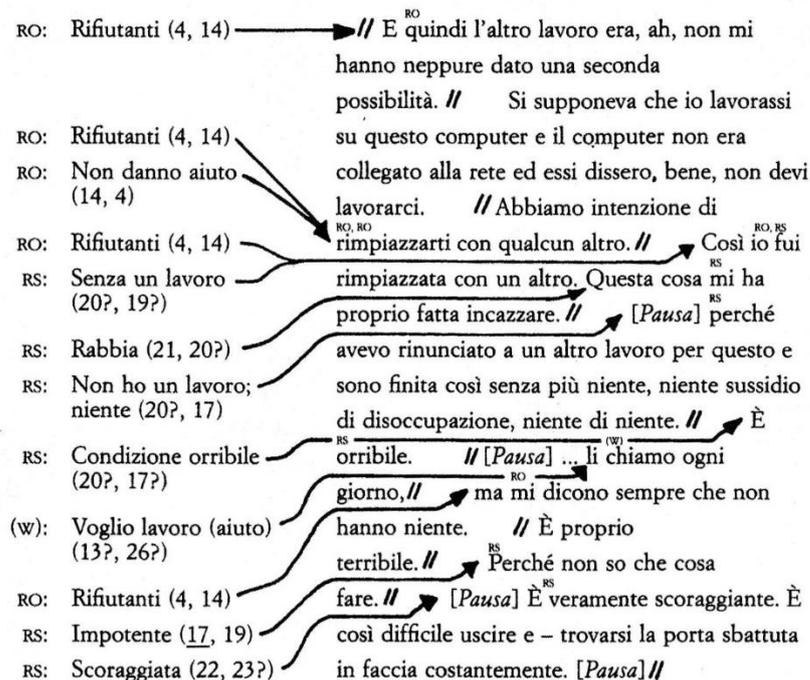


Figura 2 Esempio foglio di siglatura (Fase B).

*Foglio di siglatura del CCRT per ogni episodio relazionale,  
sistema "su misura"*

Paziente: signora Smyth  
Sedute n. 3 e n. 5

Data: 26/1/89  
Esaminatore: L.L.

---

| RE n.: _____<br>Pg n.: _____<br>Persona: | Desiderio, bisogno,<br>intenzione | Risposta dall'altro | Risposta del Sé                        |
|--|-----------------------------------|---------------------|--|
| RE n. 2                                  | Avere un lavoro (aiuto)           | Rifiutante          |  |
|  |                                   | Non dà aiuto        | Rabbia                                 |
|  |                                   |                     | Non avere niente,<br>neppure un lavoro |
|  |                                   |                     | Si sente orribile,<br>SI SENTE MALE *  |
|  |                                   |                     | Impotente                              |
|  |                                   |                     | Scoraggiata                            |

Nel 1978 venne affiancato, come corollario allo strumento, il Relationship Anecdotic Paradigm (RAP; Luborsky, 1978). Si tratta di un'intervista atta a stimolare la produzione di narrative su cui poter attuare il CCRT. Si dà una consegna al paziente: fornire dieci racconti dettagliati di eventi relazionali con altre persone, il più possibile specifici e che abbiano una certa rilevanza per il paziente. Per ognuno degli episodi, si invita a evidenziare quando avvenne, la persona coinvolta, quanto detto-fatto dall'altro e come si è reagito, come si è concluso. Il tempo totale per il racconto degli episodi oscilla fra trenta e cinquanta minuti. Quest'intervista si è mostrata particolarmente utile con quei pazienti che tendono a fornire resoconti confusivi o poco dettagliati; oltre che una buona fonte per la raccolta dati di screening.

### **La Structural Analysis of Social Behavior**

La Structural Analysis of Social Behavior (SASB; Benjamin, 1974), nasce come strumento per la lettura e comprensione del comportamento sociale dei primati ma durante i suoi studi Benjamin capì che lo strumento poteva fornire un valido aiuto anche nello studio delle

interazioni umane. Si è dimostrato versatile nell'analisi della personalità e dei comportamenti sociali ad essa connessi; può essere usata per seguire la sequenza delle associazioni del paziente durante una seduta (Benjamin, 1986) e permette di identificare, momento per momento, i cambiamenti in tali associazioni fornendo una formulazione dinamica dei conflitti. La teoria alla base è molto semplice: a partire dalla relazione tra le nostre aspettative e previsioni e le risposte che riceviamo nel corso dello sviluppo, costruiamo degli schemi relazionali (o interpersonali). Questi schemi sono descritti da molti autori a prescindere dal loro orientamento teorico: Horowitz parla di *Modelli di relazione di ruolo*, Bowlby li chiama *Modelli Operativi Interni*, Safran e Segal *Schemi Interpersonali*, Benjamin parla di *Persone Importanti e loro Rappresentazioni Interiorizzate* (IPIR), Young, focalizzandosi solo sugli schemi problematici, di *Schemi Disadattivi Precoci* e Weiss di *Credenze Patogene*.

L'intento di questo strumento è quello di selezionare gli elementi ripetitivi nelle storie relazionali, o nelle relazioni interpersonali attuali, e dare la possibilità di fare inferenze sugli schemi ripetitivi a partire dalle discrepanze presenti nella situazione relazionale (Horowitz, 1991). Oltre a consentire un'accurata descrizione del susseguirsi delle interazioni tra la persona e il suo interlocutore, la SASB permette la previsione di queste interazioni anche con altri significativi. Grazie a questo strumento il terapeuta riesce a comprendere il modo in cui il paziente si relaziona a lui, partendo non solo dalla descrizione del suo comportamento, ma tenendo anche conto della posizione interpersonale da cui egli stesso è portato a rispondere. Inoltre, gli è possibile inferire quella da cui l'individuo si è mosso, o si muoverà, per relazionarsi a lui. Per mezzo di questi "principi predittivi", il clinico può controllare il proprio stato emotivo e il proprio comportamento (scegliendo di mettere in atto un dato comportamento è possibile prevedere la reazione del paziente). In questo modo è anche possibile superare i test ai quali il paziente sottopone il terapeuta (Weiss, 1993).

Entriamo ora più nel dettaglio della struttura della SASB che si può definire come un sistema circospeso per la concettualizzazione e la misurazione degli stili e dei comportamenti interpersonali. Include tre superfici “a diamante”, ognuna con assi perpendicolari che rappresentano una dimensione di controllo ed una di affiliazione. I tre sistemi, nel loro insieme, permettono di costruire definizioni operative di: comportamento relazionale verso gli altri; comportamento relazionale verso se stessi; propri vissuti intrapsichici (Benjamin, 1974).

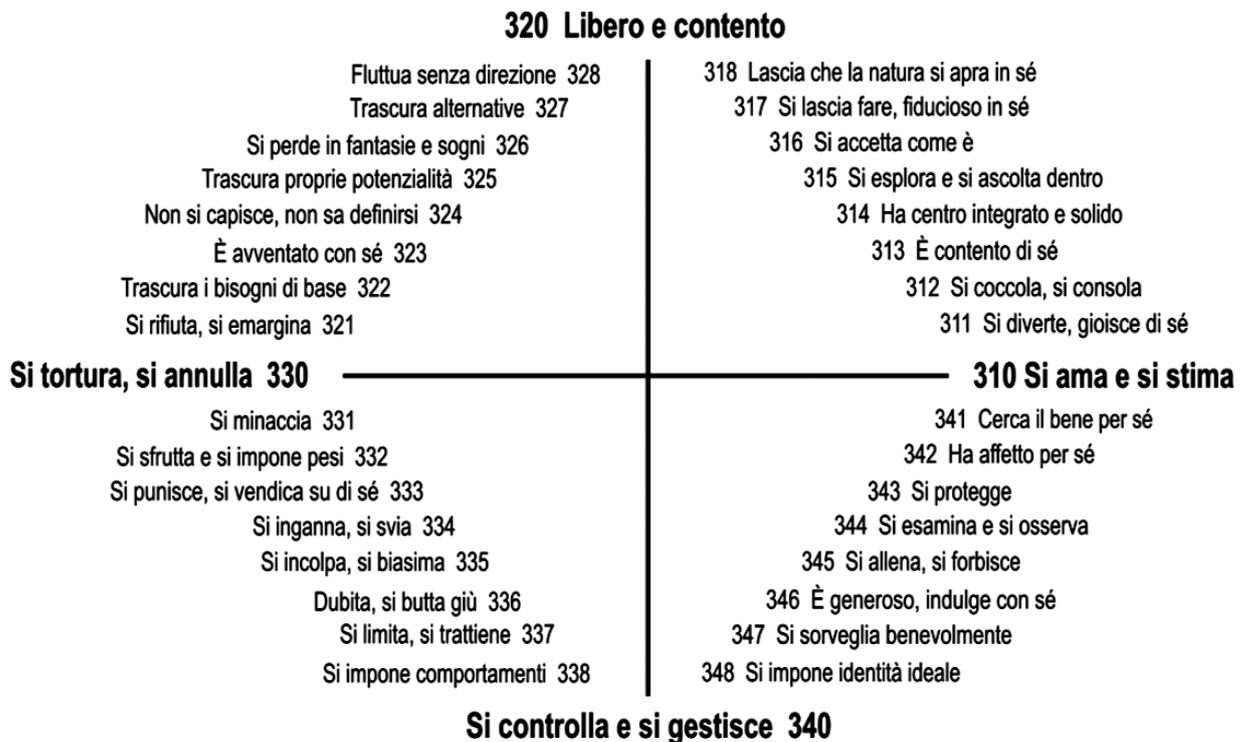
Figura 3 Comportamento verso gli altri



Figura 4 Comportamento verso se stessi



Figura 5 Vissuti intrapsichici (Introietto)



Le prime due superfici (Figure 3 e 4), rendono operativa una visione diversa della dimensione del potere o controllo in modo da comprendere le idee di autonomia, auto-asserzione e differenziazione oltre alle idee dicotomiche di dominanza/sottomissione di altri modelli circomplessi (vedi modelli di Leary e Schaefer). La terza superficie (Figura 5), chiamata “Introietto”, codifica gli atteggiamenti, i messaggi o i comportamenti diretti dal Sé a se stesso e assimilabili a versioni interiorizzate di relazioni e interazioni con altri significativi.

Ogni superficie a diamante viene letta alla luce di tre dimensioni: Focus; Affiliazione; Interdipendenza. Il *focus sull'altro* indica un'azione di tipo transitivo, assimilabile alla modalità di comportamento che i genitori hanno con i figli, questi comportamenti sono pertanto classificati come “genitoriali”. Il *focus su di Sé* implica un'azione intransitiva ed è tipico dei bambini, di conseguenza questo gruppo di comportamenti è chiamato “infantile”. Infine, il *focus sull'oggetto introiettato* sposta l'attenzione all'interno di Sé, le azioni sono di tipo transitivo e operate dalla persona stessa; si classifica con il termine “introietto”. L'*affiliazione* è rappresentata dall'asse orizzontale delle superfici a diamante e può spostarsi da un polo di affettività ostile (lato sinistro) ad un polo di affettività benevola (lato destro). L'ultima dimensione dell'analisi SASB è l'*interdipendenza*, rappresentata dai tre assi verticali delle superfici. L'asse dell'interdipendenza è siglato “Libertà-Controllo” per la superficie Altro, “Autonomia-Sottomissione” per la superficie Sé e “Libertà-Controllo” per la superficie Introietto<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Dato che il modello può sembrare troppo complicato per un uso sistematizzato in campo clinico, sono state create altre due versioni. La più semplice, detta modello a quadrante, riduce di molto il numero di combinazioni comportamentali-relazionali possibili; l'altra versione, detta semplificata, è quella più utilizzata perché tiene conto di un minor numero di variabili ma preserva l'integrità di base dello strumento.

In accordo con diversi modelli terapeutici, i comportamenti disfunzionali sono visti come il ripetersi di modalità che avevano un'utilità nell'infanzia ma che nel qui e ora non hanno più ragione di essere. Dato che le modalità disfunzionali si mantengono grazie ai desideri e alle paure sottostanti, ne consegue che il punto di svolta nel trattamento è quello in cui il paziente sceglie di abbandonarli in favore di schemi più maturi. Per riuscire in questa impresa è fondamentale tenere in considerazione i principi predittivi che, specificando le relazioni probabili tra le posizioni intrapsichiche ed interpersonali, danno l'idea di quale sarà la possibile risposta interpersonale o intrapsichica conseguente ad una determinata interazione. Per individuare il comportamento che più di tutti aiuta nel cambiamento dello schema operativo del paziente, ci si sposta nel quadrante opposto nel grafico di riferimento.

### **La Patient's Experience of the Relationship with the Therapist**

Gill e Hoffman forniscono uno schema di codifica per lo studio delle trascrizioni di sedute di psicoterapia audio-registrate. La scala di esperienza della relazione terapeutica (PERT; Gill & Hoffman, 1982; Gill, 1988), si può definire un metodo di giudizio clinico orientato. Tale metodo include codici per diversi tipi di comunicazioni riguardanti l'esperienza che il paziente fa della relazione con il terapeuta. Al centro dello schema c'è la codifica del testo latente, vale a dire di quelle comunicazioni che sarebbero riferite alla relazione terapeutica ma che vengono dirette ad altri argomenti. C'è anche un codice per comunicazioni esplicitamente riferite alla relazione e uno per eventi facilmente osservabili nell'interazione, di cui non si parla ma che possono influenzare l'esperienza che il paziente fa dell'interazione immediata (Luborsky, 1990). Queste allusioni esplicite e questi eventi espressi verbalmente, servono da base per decodificare il contenuto latente. Il sistema prevede, inoltre, una componente per valutare in che misura gli interventi del terapeuta affrontano i principali aspetti, manifesti e latenti, dell'esperienza del paziente rispetto alla relazione. Tale schema

è reso possibile dalla cornice teorica su cui poggia: il terapeuta è visto come significativamente codeterminante il transfert del paziente (Gill, 1982; Hoffman, 1983).

Vediamo lo strumento più da vicino, lo schema di codifica comprende due categorie, paziente e terapeuta che distinguono le relative esperienze in merito alla situazione terapeutica, più una terza propria del giudice che usa lo strumento. Le esperienze della relazione, prodotte dal paziente e rivolte esplicitamente e direttamente al terapeuta, si codificano con la lettera “r”. Quelle che non si rivolgono espressamente alla relazione terapeutica si codificano con la lettera “x”. Ulteriori distinzioni riguardano le comunicazioni che fanno apparire giustificato un parallelismo tra le esperienze della relazione esterna e quelle orientate dalla terapia senza grandi interferenze; queste sono indicate con “xr”. Il giudice esterno, passando in rassegna la trascrizione verbatim, ha la possibilità di evidenziare due particolari codici: “Jxr” e “Jrr”. La categoria di affermazioni codificata con “Jxr” riguarda le comunicazioni che esprimono in modo esplicito contenuti non riguardanti la relazione terapeutica, che però secondo il giudice possono essere ricondotte ad essa. La categoria “Jrr”, invece, riguarda le comunicazioni esplicitamente dirette alla relazione terapeutica che però, sempre secondo il giudice, possono avere un significato latente inerente differenti resistenze non esplicitate dal paziente. Gli interventi del terapeuta sono indicati con la lettera “R”, quando riguardano associazioni manifeste; “X” quando riguardano materiale non orientato alla relazione terapeutica; “RX” quando riguardano temi transferali non espressi esplicitamente; “XR” quando riguardano temi non transferali espressi esplicitamente<sup>8</sup>. A partire dalla siglatura di queste categorie, il giudice deve scrivere un riassunto clinico condensato, in cui concentra l’attenzione sugli aspetti principali del transfert distinguendo quale aspetto del paziente, del terapeuta e del giudice stesso, è stato

---

<sup>8</sup> Si è cercato di fornire un quadro sintetico delle categorie più rilevanti dello strumento. Tuttavia, data la complessità del PERT e la presenza di ulteriori sottocategorie, si rimanda alla lettura dei testi originali (Hoffman & Gill, 1988)

preso in considerazione. Successivamente si valuta il grado con cui il terapeuta ha ripreso ed elaborato le linee principali del transfert su una scala a 5 punti da 1 transfert non riconosciuto a 5 transfer intensamente analizzato ed elaborato. Questa procedura offre un'analisi microstrutturale di tutto il percorso terapeutico, ma non fornisce alcuna analisi del transfert in sé. Offre la possibilità di accertarsi delle resistenze di transfert, elemento centrale nella teoria di Gill, come si è visto nei paragrafi precedenti.

Gli strumenti per l'indagine del transfert trattati finora sono solo alcuni fra quelli esistenti. Si è scelto di parlare specificamente di questi per la loro importanza storica e per l'impronta pionieristica senza la quale non sarebbe nato questo filone di ricerca. Tuttavia, se da un lato si tratta di procedure di valutazione brillanti e storicamente importanti, non si può fare a meno di notare quanto siano poco economiche in termini di risorse e di tempo. La valutazione del transfert ha sempre trovato grosse difficoltà data l'eterogeneità del costrutto e la difficoltà di operationalizzare le variabili in gioco. A questo problema di fondo va però aggiunta l'estrema difficoltà in cui qualsiasi ricercatore incorre nel momento in cui sceglie di usare uno qualsiasi di questi strumenti. Per ovviare a questo problema sono nati alcuni strumenti clinician friendly il cui scopo, forse ambizioso, è la valutazione per mezzo di questionari carta e matita del costrutto Transfert.

## **Il Therapy Session Check Sheet**

Il Therapy Session Check Sheet (TSCS; Graff & Luborsky, 1977), è un questionario clinician-report composto da 3 item, che permette di "quantificare" il transfert espresso durante l'ultima sessione di terapia (transference amount), e di descriverne la "qualità" in senso positivo o negativo (positive and negative transference). La valutazione è condotta su una scala a 5 punti con 1 = per nulla visibile e 5 totalmente visibile. La reliability degli item

di questo strumento è stata dimostrata in più ricerche; ad esempio gli autori hanno indagato la consistenza interna del questionario, con l'alpha di Cronbach, trovandola compresa tra .81 e .84.. Gelso e collaboratori (1997), usando questo strumento all'interno di un protocollo più ampio, hanno calcolato la test-retest reliability misurando il transfert in più sedute. I risultati erano .66 per il transfert positivo, .86 per il transfert negativo e .69 per la mole. In linea di massima si presenta come un questionario estremamente veloce e molto intuitivo per cui può rivelarsi utile qualora sia necessaria una rapida valutazione del modus operandi del paziente. Data la sua struttura non sembra però fornire grande aiuto nella pratica clinica.

### **La Missouri Identifying Transference Scale**

La Missouri Identifying Transference Scale (MITS; Multon, Patton, & Kivlighan, 1996), è un questionario composto da 37 item disegnato per valutare il transfert del paziente secondo l'occhio esperto del clinico. Ogni item è valutato su una scala a 5 punti che va da 1 = per nulla evidente a 5 = molto evidente. Nello specifico si tratta di un elenco di aggettivi basati sulla teoria di Greenson (1967) che individua 5 caratteristiche del transfert dei pazienti: inappropriata, intensità o carenza di emozioni, ambivalenza, imprevedibilità e tenacia. Nello studio di validazione dello strumento è stata condotta un'analisi fattoriale che ha prodotto due fattori che spiegavano il 52% della varianza totale. Gli autori hanno chiamato questi fattori: Reazioni Transferali Negative (NTR, 25 item) e Positive (PTR, 12 item). La coerenza interna dello strumento, calcolata con l'alpha di Chronbach, è risultata molto buona: NTR = .96 e PTR = .88. La validità dello strumento è stata misurata con l'ausilio della TSCS precedentemente discussa; in particolare le PTR hanno mostrato una discreta correlazione positiva e significativa con le scale di transfert positivo e quantità (rispettivamente  $r = .31$  e  $r = .38$  per  $p < .01$ ); le NTR hanno mostrato una buona correlazione con la scala del transfert negativo ( $r = .53$  per  $p < .01$ ). Successivamente gli autori hanno

confrontato i risultati del MITS con quelli ottenuti dai pazienti all'Interpersonal Schema Questionnaire (ISQ; Safran & Hill, 1989) una scala di misura della percezione che l'individuo ha dei suoi genitori su 4 dimensioni: controllo, socievolezza, affiliazione e fiducia. Più i genitori dei pazienti erano percepiti come controllanti, non socievoli, non affidabili e con poche capacità di affiliazione, più il terapeuta segnalava la presenza di transfert negativo nella seduta.

Altri strumenti hanno tentato, con più o meno successo, l'operazionalizzazione del costrutto del transfert. Ad esempio, la Relationship Rating Scale (RRS; Gelso, Hill, & Kivlighan, 1991), è stata sviluppata per valutare il transfert, gli insight e l'alleanza di lavoro, così come percepite dal clinico. E anche il Patient's Relationship Questionnaire (PRQ; Westen, 2000; Bradley et al., 2005), strumento carta e matita di 90 item che ha permesso di valutare 5 dimensioni transferali: arrabbiato/rivendicativo/recriminativo; ansioso/preoccupato; evitante/contro-dipendente; sicuro/impegnato; sessualizzato che sono state poi messe in relazione con i cluster di asse II del DSM-IV-TR (APA, 2000). I risultati emersi suggerivano: che i disturbi del cluster A fossero associati negativamente alla dimensione sicuro/impegnato; che quelli del cluster B fossero fortemente connessi alle dimensioni sessualizzato e arrabbiato/rivendicativo/recriminativo; e che quelli del cluster C fossero associati positivamente alla dimensione ansioso/preoccupato. Colli e collaboratori (2016) hanno studiato il tipo di relazione tra le dimensioni transferali individuate da Westen, e i cluster di asse II del DSM-IV-TR su un campione italiano: l'evitante/contro-dipendente era associato ai disturbi del cluster A; l'arrabbiato/rivendicativo/recriminativo era associato positivamente ai disturbi del cluster B; l'ansioso/preoccupato era associato positivamente ai disturbi del cluster C. Infine, nel 2017, è stata condotta la validazione dello strumento di Westen e Bradley in Italia (Tanzilli et al., 2017), i dati raccolti dai ricercatori nel campione

italiano hanno evidenziato una struttura a sei fattori, anziché cinque. In questa forma, lo strumento identifica le dimensioni: Ostile, Positivo/alleanza terapeutica, Speciale/con ogni diritto, Ansioso/preoccupato, Evitante/rifiutante, Sessualizzato. Le caratteristiche di questa versione dello strumento saranno discusse nei capitoli seguenti.

## **CAPITOLO II: TEORIE ED EVOLUZIONE DEL SENSO DI COLPA**

In questo capitolo provvederemo a illustrare l'evoluzione dello studio del senso di colpa a partire dai suoi albori e fino ai giorni nostri. Per motivi di spazio, in questa sede, discuteremo solo alcune delle teorie che hanno studiato questo costrutto. Le teorie moderne più accreditate non tengono troppo in considerazione l'ottica psicoanalitica classica, ormai in parte superata. Tuttavia, ci sembra d'obbligo esporre, seppur brevemente, i primi studi in merito allo sviluppo della coscienza morale e alla genesi del senso di colpa. In particolare, l'ottica freudiana (Freud, 1900; 1905; 1912-13; 1922; 1924) e quella kleiniana (Klein, 1937, 1948, 1957), che si sono configurate come due delle prime teorie psicoanalitiche di spessore, che hanno tentato di fornire una spiegazione dell'eziologia del senso di colpa.

### **Breve excursus sul senso di colpa nella teoria psicoanalitica classica**

La prima teoria freudiana (1900, 1905) faceva risalire il senso di colpa al conflitto tra le pulsioni sessuali che premono per emergere, e i valori morali appresi sia nel corso dello sviluppo che attraverso i processi di socializzazione. Quest'ottica era però destinata a subire profonde trasformazioni. In *Totem e Tabù* (1912-1913), Freud afferma che la comprensione del tabù getta luce sulla natura e sulla nascita della coscienza morale. Si può parlare di una coscienza tabù e di un senso di colpa tabù che si manifestano, o sono meglio comprensibili, solo dopo aver trasgredito il tabù stesso. Ma che cos'è la coscienza morale?

*“... è la percezione interna della riprovazione di determinati impulsi di desiderio che sorgono in noi... Questa riprovazione non ha bisogno di richiamarsi a nient'altro al di fuori di sé; è sicura di se stessa. Questo fatto emerge ancora più chiaramente nel senso di colpa, nella percezione della condanna interiore di atti con i quali abbiamo realizzato determinati impulsi di desiderio. [e ancora]*

*... il tabù è un comandamento della coscienza morale, la sua violazione fa sorgere un tremendo senso di colpa che tanto è ovvio quanto è ignota la sua origine.” (Freud, 1912-1913).*

Ciò che l'autore suggerisce esplicitamente in questo testo, è la natura intrinsecamente ambivalente dell'uomo e della percezione delle sue azioni. La coscienza morale è vista come il frutto di un'ambivalenza emotiva nell'ambito delle relazioni nelle quali quest'ultima è insita (cioè quelle significative per l'individuo).

In breve, la colpa originerebbe a partire dall'elaborazione del complesso edipico, che per mezzo dell'angoscia di castrazione, porta allo sviluppo dei rudimenti del Super-Io e quindi di un Io ideale formato da proibizioni e obblighi morali. Il contravvenire ai dettami o agli obblighi paterni, il desiderio di toccare o possedere qualcosa di cui ci è fatto divieto, però, sono tutte espressioni della natura umana e pertanto una parte costituente dell'inconscio dell'individuo che, se sublimata a dovere, è in grado di condurre fino alla formazione di una coscienza morale e di costruzioni mistico/religiose (*ibidem*).

In *L'Io e l'Es* (1922), Freud amplia la concettualizzazione del senso di colpa (inconscio e non) aggiungendovi un'analisi fatta a partire dal modello strutturale Es – Io – Super-Io.

*“...l'ideale dell'Io risponde a tutti i requisiti che gli uomini si aspettano di trovare nell'essere superiore... Nella sua qualità di formazione sostitutiva della nostalgia del padre, l'ideale dell'Io contiene il germe dal quale si sono sviluppate tutte le religioni. Il giudizio sulla propria pochezza derivante dal confronto fra l'Io e il suo ideale, produce quella sensazione di devota umiltà alla quale si richiama il credente nel suo fervore. Nel corso dello sviluppo umano maestri e autorità hanno continuato a svolgere le funzioni del padre; i comandi e i divieti di costoro hanno conservato la loro efficacia nell'Io ideale, ed esercitano ora, come “voce della coscienza”, la censura morale. La tensione fra le esigenze della coscienza morale e le prestazioni dell'Io viene [quindi] avvertita come senso di colpa.” (Freud, 1922).*

In questo libro, il padre della psicoanalisi, fornisce un ulteriore contributo allo studio e alla definizione del senso di colpa, operando una distinzione tra la colpa inconscia e quella conscia. Attraverso l'analisi di diversi quadri clinici, questa differenziazione permette di comprendere la natura della coscienza morale e le modalità in cui essa filtra, e allo stesso tempo permea, la genesi della patologia.

Il normale e cosciente senso di colpa è basato sulla tensione fra l'Io e il Super-IO, ed è l'espressione di una condanna del primo da parte della sua stessa istanza critica. Nella nevrosi ossessiva e nella melanconia la colpa risulta cosciente in modo evidente: l'ideale dell'IO si manifesta vigorosamente e infierisce contro l'IO crudelmente, portando alla formazione del ben noto Super-IO sadico. In particolare, nella nevrosi ossessiva il senso di colpa è molto forte, ma non riesce a legittimarsi di fronte all'IO. L'IO del soggetto tenta perciò di difendersi dalle accuse di colpevolezza e cerca in ogni modo di essere sostenuto nel suo tentativo di respingere questa sensazione. L'impressione che si ha è che il Super-IO, in quanto in parte cosciente, abbia attratto una porzione di coscienza considerevole a discapito dell'IO, e la usi a suo piacimento per torturare la persona. Questa sensazione è ancora più forte nel caso della melanconia. Qui però l'IO non combatte la sensazione in alcun modo, anzi si riconosce colpevole e si sottopone alla punizione. Nel caso della nevrosi ossessiva si trattava di impulsi intollerabili che erano rimasti fuori dell'IO; nella melanconia invece l'oggetto su cui si concentra lo sdegno del Super-io è stato, grazie a un processo di identificazione, assunto all'interno dell'IO stesso.

Per quanto riguarda il senso di colpa inconscio il funzionamento psichico cambia considerevolmente. Freud si accorse che alcune persone reagiscono al lavoro analitico in un modo particolare. Quando si dà loro speranza, quando ci si dimostra soddisfatti del modo in cui procede il trattamento, sembrano scontente, e il loro stato peggiora. Manifestano la cosiddetta "reazione terapeutica negativa". Si tratta di un fattore "morale", di un senso di

colpa che trova il proprio soddisfacimento nell'essere ammalato, e che non vuol rinunciare alla punizione della sofferenza. Ma questo senso di colpa è muto per il paziente, non gli dice che egli è colpevole; il paziente non si sente colpevole, bensì ammalato. È questo il caso del carattere masochistico (Freud, 1922; 1924).

Un altro quadro in cui è possibile trovare questo senso di colpa, per così dire inconsapevole, è quello dell'isteria. L'Io isterico si difende dalla percezione penosa che incombe su di lui ad opera del Super-Io, allo stesso modo con cui usa abitualmente difendersi da un investimento oggettuale insopportabile, e cioè mediante un atto di rimozione. In genere l'Io mette in opera le rimozioni al servizio e in nome del proprio Super-Io; tuttavia in questo caso si avvale di questa arma contro il suo severo padrone. Se nella nevrosi ossessiva prevalgono i fenomeni della formazione reattiva, qui invece l'Io riesce soltanto a tener lontano il materiale a cui il senso di colpa si riferisce. Volendo fornire una spiegazione di tipo strutturale Freud dirà:

*“...l'Es è assolutamente amorale, l'Io si sforza di essere morale, il Super-io può diventare ipermorale, e quindi crudele quanto solo l'Es può esserlo. È rimarchevole il fatto che l'uomo, quanto più limita la propria aggressività verso l'esterno, tanto più diventa rigoroso, ossia aggressivo, nel proprio ideale...”* (Freud,1922).

Ne *Il disagio della civiltà* (1929), infine, Freud fa risalire il senso di colpa all'incapacità, da parte dell'uomo, di rinunciare ai desideri distruttivi. Secondo l'autore, infatti, la prima civiltà si è costruita attraverso la rinuncia ai desideri omicidi e cannibalici e al rimorso dovuto al primo parricidio. L'identificazione con il padre a seguito del tramonto del complesso edipico e la nascita del Super-Io che tiene sotto scacco l'Io con durezza e severità, non fa altro che ripetere questo primo evento collettivo. Il bambino, spinto da necessità esterne è costretto a rinunciare ai suoi desideri aggressivi e di vendetta. D'altra parte, se inizialmente la rinuncia

ai desideri distruttivi era bastata a quietare l'animo umano, il Super-io non giudica solo le azioni aggressive ma gli stessi desideri distruttivi che, non potendo essere occultati, comportano forti vissuti di colpa e desideri di punizione.

Dipende dunque dall'Io se il senso di colpa rimane inconscio o riesce a raggiungere le sponde della coscienza. E questa particolarità assimila la colpa ad un meccanismo di difesa, che qualcuno oggi potrebbe definire strategia di coping, dato che proprio come altre difese sembra essere amministrato dall'Io della persona.

L'ottica kleiniana vede la colpa in modo diverso. Secondo la Klein (1937, 1948, 1957), il senso di colpa affonda le sue radici in uno stadio ancora precedente al complesso edipico e deriva dalla profonda ambivalenza che il bambino nutre nei confronti della madre, dall'invidia verso il seno che nutre e dalla sensazione di averlo deteriorato attraverso i suoi attacchi. Il concetto di invidia primitiva diventa quindi centrale per comprendere il Super-Io kleiniano, in quanto è solo attraverso l'aggressività innata (incentivata e legittimata dall'invidia) che si possono verificare gli attacchi distruttivi che inevitabilmente sfoceranno nel senso di colpa. Nella posizione depressiva descritta dalla Klein, la colpa ricopre un ruolo centrale: il bambino, resosi conto che il seno buono che nutre non si differenzia in realtà da quello cattivo che affama, viene pervaso da dolorosi rimorsi per aver distrutto, insieme al seno cattivo, anche l'oggetto amato. In quest'ottica la colpa è strettamente connessa al sentimento di riparazione che, sempre nella teoria kleiniana, è il motore primo del processo di elaborazione di ciò che si è fatto. Se nella posizione schizoparanoide il bambino è dominato da sentimenti di persecutorietà e rabbia per il mancato ottenimento di ciò che

desidera<sup>9</sup>, nella posizione depressiva il senso di colpa guida la persona verso il tentativo di riparazione e riconciliazione.

### **Concezione moderna di coscienza morale e senso di colpa**

Quella presentata finora è solo una parte della teoria psicoanalitica classica sul senso di colpa. Vediamo ora come si sono evoluti i concetti di morale e colpa negli ultimi anni.

#### **La coscienza morale**

Gli studi di matrice evolucionistica suggeriscono che la morale umana sia emersa nel corso della storia della nostra specie per effetto della selezione di gruppo. Secondo la teoria multilivello dell'evoluzione (Wilson, 2015), la selezione all'interno del gruppo favorisce i tratti che aumentano la fitness relativa dei singoli che li manifestano, mentre la selezione tra i gruppi favorisce i tratti che aumentano la fitness relativa del gruppo, pur ponendo l'individuo che li esibisce in una condizione di fitness relativa svantaggiata all'interno del gruppo stesso. Presumibilmente, nel corso della sua storia evolutiva la specie umana ha incontrato delle condizioni adattive che hanno reso la selezione di gruppo la forza evolutiva dominante, spostando l'ago della bilancia della socialità umana dalla competizione alla cooperazione e trasformando la cooperazione strategica delle grandi scimmie nella morale umana. Queste condizioni adattive sarebbero state promosse, secondo Tomasello (2016), da cambiamenti socio-ecologici – dapprima la scomparsa di cibi che l'individuo poteva procacciare in modo solitario, circa 400.000 anni fa, poi la comparsa di gruppi culturali organizzati in modo tribale che competevano con altri gruppi simili, circa 150.000 anni fa – che hanno reso gli esseri umani molto più interdipendenti gli uni dagli altri e la cooperazione

---

<sup>9</sup> Da cui la definizione di invidia come di un sentimento che esprime il dolore per il non avere qualcosa di desiderato quando questo è posseduto da qualcun altro.

una necessità ineludibile. In questo nuovo contesto, quindi, gli individui capaci di collaborare produttivamente con gli altri nell'ambito delle attività mutualistiche, e di fornire loro aiuto in situazioni di difficoltà, si trovarono ad avere un vantaggio adattivo. Così, la selezione naturale ha favorito l'emergere di nuove abilità cognitive, emozioni e motivazioni atte a incoraggiare la coordinazione e la cooperazione con gli altri (Fimiani et al., 2018).

Anche Jonathan Haidt (2013) ritiene che le attitudini morali umane si siano evolute in risposta ad alcune sfide poste dal vivere sociale all'interno dei gruppi. Il carattere innato dei fondamenti della morale si evince dal fatto che le persone sono guidate nei loro giudizi da rapide intuizioni inconscie e non dal ragionamento morale, che interviene solo successivamente a giustificare ciò che esse avvertono intuitivamente come giusto o sbagliato. I fondamenti della morale possono, quindi, essere meglio caratterizzati nei termini di un insieme di intuizioni evolute che hanno portato gli esseri umani a giudicare "virtuosi" i comportamenti che incentivavano la coesione e la cooperazione del gruppo e "immorali" quelli sovversivi dell'ordine e del loro funzionamento. Gli studi cross-culturali condotti da Haidt, tuttavia, suggeriscono che la morale non riguardi solo i problemi del danno e dell'iniquità; nei suoi studi l'autore ha individuato sei principi morali sui quali basiamo i nostri giudizi:

Principio di protezione/danno: si basa sulla capacità di provare empatia per il dolore e la sofferenza altrui e sul desiderio di porvi rimedio. L'attivazione di questo principio porta le persone ad agire a beneficio di altre sulla base di compassione, cura e benevolenza, e a reagire, invece, con sofferenza e rabbia alle manifestazioni di crudeltà.

Principio di lealtà/tradimento: è alla base di sentimenti di comunanza tra le persone appartenenti a uno stesso gruppo che generano un senso di responsabilità condivisa rispetto ai destini individuali e l'impegno verso gli obiettivi del gruppo. L'attivazione di questo

principio è alla base del disprezzo che sperimentiamo quando gli altri tradiscono il nostro gruppo e i suoi valori.

Principio di correttezza/inganno: riguarda, invece, i giudizi sul merito degli individui nell'accedere alle risorse prodotte per mezzo di uno sforzo collaborativo. L'attivazione di questo principio è alla base del risentimento che sperimentiamo quando gli altri beneficiano di risorse superiori alle nostre, specie quando l'impegno profuso nell'ottenerle risulta inferiore al nostro.

Principio di autorità/sovversione: è alla base delle reazioni istintive elicitate da atti di obbedienza o disobbedienza nei confronti di autorità percepite come legittime. Quindi, i fattori scatenanti di questo principio sono tutti quei comportamenti tesi a negare l'ordine gerarchico o considerati sovversivi nei confronti di istituzioni o valori percepiti come garanzia di stabilità.

Principio di libertà/oppressione: è alla base del moto istintivo di ribellione che le persone avvertono nei confronti di coloro che cercano di soggiogarli e di limitarne la libertà, e che le spinge a coalizzarsi contro gli oppressori.

Principio di sacralità/degradazione: è alla base della sensazione che certe cose, comportamenti o persone siano intoccabili e degradanti, mentre altri possiedano un valore immateriale che li rende sacri. L'attivazione di questo principio ci porta, quindi, ad aver cura di cose che reputiamo sacre, e a reagire con disgusto e a tenerci a debita distanza da quelle che reputiamo sporche, degradanti e contaminate.

Questo insieme di principi morali, secondo Haidt, è in grado di rendere conto della varietà delle matrici morali su cui le diverse culture e i gruppi al loro interno hanno eretto il proprio funzionamento. Sebbene la morale umana sia innata e universale, ciascuna cultura elabora definizioni creative di ciò che costituisce una violazione morale, definisce chi sia o meno

parte del circolo morale, e sensibilizza gli individui a rilevare pattern sociali che hanno a che fare con alcuni principi morali ma non con altri (Haidt, 2013).

### **Il senso di colpa**

Per quanto riguarda la colpa, essa può essere considerata come un concetto di natura prevalentemente giuridica o morale: in senso giuridico, il termine si riferisce ad azioni o ad omissioni che producono (o potrebbero produrre) danno agli altri. In senso morale è invece un concetto di natura psicologica che si individua nella sensazione soggettiva, solitamente dolorosa, di essere immorale e riprovevole a causa di proprie azioni o caratteristiche (Rossi et al., 2011). Alcuni autori hanno studiato a fondo il senso di colpa insieme ad altre emozioni per così dire di “second’ordine”: l’orgoglio, la vergogna, la gelosia ecc... Questi sentimenti sono stati chiamati Self-Conscious Emotions, letteralmente le “emozioni dell’autoconsapevolezza”, perché comportano un autoriferimento costante, un giudizio su di sé e un’assunzione di responsabilità reale o presunta (Tangney e Fischer 1995). Altri autori invece, hanno fornito una lettura diversa del senso di colpa e di questo tipo di emozioni più in generale: Barrett (1995) le chiamava “emozioni sociali” per l’impatto in grado di produrre sull’ambiente circostante; Battacchi (2000) ha preferito il termine “interpersonali” in quanto richiedono necessariamente un riferimento non solo a sé ma anche al giudizio degli altri, al danno loro arrecato, o a norme trasgredite; Gazzillo, Silberschatz, Bush, Weiss e Sampson (SFRPG; 1970-2018) vedono il senso di colpa come un’emozione “interpersonale-prosociale” per l’effetto che produce sulla relazione con l’altro oltre che con l’ambiente.

Più in generale, il senso di colpa è solitamente associato alla credenza di aver danneggiato qualcuno o violato qualche norma o imperativo morale; è quindi un’emozione sociale, in quanto sia il danno che la trasgressione lo sono. La natura sociale del senso di colpa traspare anche dalle azioni tipicamente indotte da questa emozione. Si tratta infatti di azioni volte a

re-instaurare sia l'equilibrio di potere tra sé e la propria vittima, sia la norma stessa, riconoscendo la colpa e accettando l'eventuale punizione. Non è chiaro se il senso di colpa sia un'emozione ben definita, se si possa cioè concettualizzare come un nucleo comune a tutti i sentimenti di colpa. Ciò è dovuto alla distinzione tra colpa come stato di fatto e colpa come sentimento: "essere colpevole" è ben diverso dal "sentirsi colpevole" (può esserci colpa senza senso di colpa e viceversa).

Castelfranchi (2002), pur riconoscendo che "essere colpevole" non è un'emozione, considera il senso di colpa come un'emozione ben definita e individua tre tipi di senso di colpa: il senso di colpa del colpevole verso una vittima; il senso di colpa per violazione di norme (senza vittima); il senso di colpa dell'innocente che sa di esserlo (che provano ad esempio i sopravvissuti di eventi catastrofici). Gli autori riportano tre componenti cognitive necessarie all'individuo per provare il senso di colpa: la valutazione negativa del proprio comportamento/intenzione; l'assunzione di responsabilità; l'abbassamento dell'autostima morale. Esistono due classi generali delle *valutazioni negative*: di inadeguatezza, quando ci si valuta dotati di potere insufficiente rispetto ad uno scopo (che porta all'emozione della vergogna) e di dannosità, quando ci si valuta dotati di potere negativo rispetto ad uno scopo. Quest'ultimo tipo di valutazione è una componente necessaria del senso di colpa, ma non è sufficiente (tant'è vero che, di fronte ad un danno arrecato involontariamente, ci si può non sentire in colpa). Perché ci si riconosca *responsabili di un'azione* è necessario assumere: di averla causata direttamente o indirettamente; di avere avuto la volontà di causarla; o quantomeno di avere avuto il potere di evitarla. Il ruolo svolto dall'assunzione di responsabilità nel senso di colpa permette di spiegare alcune differenze tra quest'ultimo e la vergogna. La vergogna sembra implicare un atteggiamento più passivo e depressivo verso le proprie mancanze che sono percepite fuori dal proprio controllo, mentre il senso di colpa appare caratterizzato da un orientamento "attivo" e "riparativo". Il potere negativo, le

disposizioni ostili e il comportamento danneggiante sono ritenuti controllabili e modificabili. Della propria bruttezza o dei propri handicap ci si può vergognare, ma difficilmente ci si sente in colpa, mentre si tende a provare senso di colpa, piuttosto che vergogna, per le proprie inclinazioni e i propri comportamenti (Rossi et al., 2011). Per sentire davvero il senso di colpa bisogna anche condividere i valori e le norme in base alle quali si stabilisce se un comportamento è colpevole o meno. Per cui oltre alla valutazione negativa del proprio comportamento si deve percepire una valutazione negativa di se stessi in quanto artefici di tale comportamento e quindi influire sulla propria *autostima morale*.

Secondo Mancini (2008), esistono due diversi tipi di senso di colpa ben distinti tra loro: il senso di colpa altruistico e il senso di colpa deontologico. Il primo è evocato da situazioni in cui qualcuno subisce un danno ingiusto, l'altro è connesso alla trasgressione di norme morali ma senza un danno oggettivo per altri individui. I due sensi di colpa non sono due varianti di una stessa emozione, ma sono proprio emozioni diverse rispetto ai parametri che caratterizzano le emozioni, rispetto al loro substrato neurale e rispetto al loro ruolo nello sviluppo e nel mantenimento della psicopatologia. Il fatto che le due emozioni vengano facilmente confuse dipende dal fatto che i sono entrambe abitualmente compresenti nella maggior parte delle colpe che le persone sperimentano nella vita quotidiana e ciò potrebbe dipendere a sua volta dal fatto che larga parte delle norme deontologiche servono a salvaguardare il bene altrui. La duplice natura di questi sensi di colpa risiederebbe nella tradizione letteraria che individua due correnti di pensiero sullo sviluppo del senso di colpa: una intrapsichica e una interpersonale (Coyumdiyan et al., 2008). Nella prima si ritiene che il senso di colpa nasca dalla trasgressione dei comandamenti dell'autorità morale (disattendere il Super-Io freudiano ad esempio). Nella seconda la genesi del senso di colpa è localizzata nel momento in cui ci si rende conto di aver ingiustificatamente danneggiato

l'altro o, in senso più generale, di non essersi comportati in modo altruistico (Mancini et al., 2008).

Partendo da osservazioni cliniche, Joseph Weiss ha formulato una teoria dello sviluppo morale e dei sensi di colpa che è del tutto compatibile con quanto finora esposto, e per certi versi lo anticipa. Weiss ritiene, infatti, che la morale nasca dal bisogno dell'essere umano di preservare il legame con le figure per lui importanti (attaccamento) e dal bisogno di farle stare bene (accudimento). In questo modello, noto come Control-Mastery Theory (CMT; Weiss et al., 1986; Weiss, 1993; Silberschatz, 2005; Gazzillo, 2016), il senso di colpa è un sentimento che deriva da, e sostiene, molte credenze patogene delle persone. Esso, come le stesse credenze, ha origine nell'infanzia, nel rapporto con i propri genitori e familiari, ed è influenzato dall'immatunità cognitiva ed emotiva del bambino, dal carattere concreto, magico, egocentrico, onnipotente, idealizzante e iper-generalizzante del suo pensiero, dalla visione parziale del mondo che deriva dalla mancanza di esperienza e dalla tendenza a elaborare inferenze causali scorrette (Gazzillo, 2016).

La teoria dell'attaccamento e gli studi dell'Infant Research ci hanno mostrato come il bambino, fin dai primi giorni di vita, sia interessato e sensibile ai comportamenti dei caregiver, e come il suo mondo psichico ruoti attorno alle relazioni che vive e osserva nel suo ambiente. I genitori sono le principali figure di autorità dei figli, coloro che sanno ciò che è vero e ciò che è falso, ciò che è permesso e ciò che è proibito, ciò che è giusto e ciò che è sbagliato. Così, i bambini iniziano a interpretare il mondo attraverso il filtro degli insegnamenti, del comportamento, del sistema di valori, delle attitudini e purtroppo anche dei sintomi e dei problemi dei loro genitori e fratelli. Per i piccoli, infatti, quelle dei genitori sono verità non relativizzabili sulla realtà e la moralità, e questo fatto li rende vulnerabili alla costruzione di credenze patogene e ai relativi sentimenti di responsabilità e colpa irrazionali.

Gli esseri umani sono peraltro geneticamente predisposti a empatizzare con gli altri, basti pensare a quello che ci hanno insegnato gli studi neurobiologici sui neuroni specchio, famiglia di cellule cerebrali in grado di farci provare, in prima persona, i sentimenti e le intenzioni manifestate dalle persone con cui interagiamo o che osserviamo (Rizzolatti, Sinigaglia, 2006). Ciò che proviamo e vogliamo risente fin da subito di ciò che vediamo fare e sentiamo provare dalle persone con cui interagiamo, nel bene e nel male. È stato ad esempio rilevato che la fobia della scuola nei bambini è spesso correlata all'ansia sperimentata dalla madre nel separarsi dal proprio figlio: il pianto del bambino al momento della separazione è correlato alla tensione e alla tristezza manifestate dal volto della madre (Cassibba, van Ijzendoorn, 2005).

Il senso di sicurezza, così fondamentale per uno sviluppo sano della personalità, è quindi fin da subito influenzato dallo stato d'animo percepito all'interno della propria famiglia. E la CMT sottolinea come la recettività agli affetti e ai sentimenti dei genitori, associata all'immaturità cognitiva del bambino, favorisca in quest'ultimo lo sviluppo di un crescente senso di responsabilità nei confronti dei caregiver e del loro benessere, responsabilità che influenzerà la costruzione delle sue credenze. La recettività ai sentimenti e alle intenzioni altrui, il senso di responsabilità per il benessere degli altri e i comportamenti prosociali sono dunque altamente adattivi. Ricapitolando, secondo la CMT e in linea con il sapere scientifico contemporaneo, empatia, senso di responsabilità e altruismo sono elementi psichici fondamentalmente sani e adattivi; ma, se si associano a credenze patologiche o sono troppo intensi o generalizzati, possono alimentare e sostenere sentimenti, atteggiamenti e comportamenti disadattivi (Gazzillo, 2016). In quest'ottica la colpa non è funzione dell'odio, ma dell'amore, del bisogno che il bambino ha di sentire che i propri genitori lo amano, sono buoni, forti e felici, della responsabilità che avverte nei loro confronti e del potere che si attribuisce. E non ci sono sentimenti o desideri in sé colpevoli:

*“...i bambini possono sentirsi in colpa per qualsiasi sentimento, atteggiamento o comportamento, anche il più sano, se hanno l'impressione o gli viene detto che esso suscita dolore o disapprovazione nei genitori o mette a repentaglio il rapporto con loro.”* Weiss (1993).

La colpa non è dunque funzione dell'aggressività innata, ma dell'innato senso di responsabilità dell'essere umano rispetto alla sofferenza altrui. E la rabbia, in quest'ottica, è spesso una reazione secondaria a un senso di responsabilità troppo forte, e un fattore che aumenta ulteriormente il senso di colpa. In parole povere, il bambino finisce per vivere come “immorali” tutti i desideri, gli atteggiamenti, i comportamenti e le emozioni che crede possano indurre sofferenza nelle persone care o minacciare il rapporto con loro.

In linea con gli studi evolucionistici odierni (De Luca, Mazza & Gazzillo, 2017; Gazzillo et al., 2017; Gazzillo et al., 2018; O'Connor, 2002) la CMT ha evidenziato quattro sensi di colpa:

Senso di colpa del sopravvissuto. È il senso di colpa che le persone provano quando vedono di avere più successo, soddisfazioni, fortuna o qualità positive di altre persone significative, e credono che queste ultime si sentano per questo ferite o umiliate. Questo senso di colpa può essere inteso come una manifestazione del principio di correttezza/inganno descritto da Haidt.

Senso di colpa da separazione/slealtà. Le persone che soffrono di questo senso di colpa si sentono sleali nei confronti delle persone care quando tentano di affermare la propria differenza e autonomia, di allontanarsi dal gruppo di appartenenza per perseguire i propri obiettivi. Questo senso di colpa può essere ricollegato all'attivazione del principio di lealtà/tradimento descritto da Haidt.

Senso di colpa da responsabilità onnipotente. Questo senso di colpa è legato a un esagerato senso di responsabilità per il benessere e la felicità degli altri. Gli individui che manifestano questo senso di colpa soffrono a causa della credenza per la quale hanno il potere e il dovere di occuparsi delle persone care e renderle felici. Questo senso di colpa è riconducibile all'attivazione del principio di protezione/danno descritto da Haidt.

Senso di colpa da odio di sé. Origina da esperienze traumatiche vissute nell'infanzia con caregiver abusanti. Poiché hanno bisogno dei caregiver, anche se maltrattanti, e hanno bisogno di crederli buoni, saggi e forti, i bambini, per far fronte a relazioni gravemente disfunzionali con loro, preferiscono convincersi di essere loro stessi cattivi, sbagliati e indegni. Questo senso di colpa è legato alla costruzione di un'immagine di sé profondamente negativa in conseguenza di esperienze traumatiche cumulative e può essere ricondotto ai principi morali di autorità/sovversione (non posso mettere in discussione il modo di fare e le affermazioni dei miei caregiver) e di sacralità/degradazione (se i miei genitori mi fanno sentire sporco, sbagliato o cattivo, allora io sono così e devo sentirmi in colpa per come sono).

Come per Haidt, anche per la CMT questi sensi di colpa hanno una base innata, ma vengono poi plasmati dalle esperienze emotivamente rilevanti che il soggetto vive, soprattutto in età evolutiva, e che possono favorire lo sviluppo di credenze che li rafforzano o li inibiscono.

In definitiva, nasciamo con una mente "virtuosa" che per crescere e prosperare ha bisogno di un terreno relazionale e sociale sensibile. Da un lato, infatti, l'innata disposizione alla prosocialità ci mette in grado di attivare comportamenti altruistici maturando una stabile disposizione ad agire verso/per l'interesse dell'altro. Dall'altro, affinché la nostra Coscienza Morale sia adeguatamente espressa già entro la fine del periodo prescolare abbiamo bisogno di maturare una serie di passaggi evolutivi favoriti da relazioni significative e sintonizzate.

## **STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE DEL SENSO DI COLPA**

Nonostante l'importanza teorica del senso di colpa e l'associazione emersa tra esso e diversi quadri psicopatologici, attualmente, esistono pochi strumenti che permettono una valutazione empiricamente derivata del costrutto. A tal proposito seguirà ora una breve rassegna degli strumenti di valutazione del senso di colpa più utilizzati in ambito di ricerca. Data la sede verranno brevemente discussi solo quelli di maggiore impatto.

### **Test of Self-Conscious Affect-3**

Il Test of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3; Tangney et al., 2000), è uno strumento scenario-based che include un set di risposte atto a valutare la tendenza a provare specifici sentimenti (colpa, vergogna, orgoglio, esternalizzazione emotiva e distacco). Tutte le risposte vengono misurate su una scala a 5 punti: da 1 non rappresentativo, a 5 totalmente rappresentativo. Lo strumento originale è stato costruito a partire dalle descrizioni di esperienze personali fornite dai partecipanti, studenti del college, dei concetti di orgoglio, colpa e vergogna. Questi racconti hanno fornito le basi di partenza per la costruzione dei 15 scenari (5 positivi e 10 negativi) che compongono la scala (17 nell'ultima versione). Altri partecipanti allo studio hanno fornito le descrizioni da cui è stato derivato il set di risposte multiple per ogni scenario. Questa scala è considerata uno strumento di misura tipico delle self-conscious emotions e per questo è frequentemente utilizzata negli studi sulla personalità per valutare la propensione e la vulnerabilità a sentimenti come la colpa e la vergogna.

### **Paura di una Punizione Incombente**

La scala della Paura di una Punizione Incombente (PPI; Caprara et al., 1990), è un questionario self-report composto da 23 item valutati su una scala Likert a 6 punti: da 1 completamente falso, a 6 completamente vero (il valore 4 è stato eliminato dagli autori per

non incorrere nell'effetto response-set). È stata sviluppata per valutare la propensione a sviluppare sentimenti di persecuzione, oppressione, e tensione connessi all'anticipazione e alla paura di una punizione incombente. Un primo gruppo di studenti universitari ha ideato gli item a partire da descrizioni inerenti la colpa che originavano dalle proprie esperienze. Un secondo gruppo ha selezionato tra queste quelle definite "descrizioni prototipiche". Infine, per la sua validazione, 143 soggetti hanno compilato lo strumento. Dall'analisi fattoriale è emerso un fattore che spiega il 30% della varianza. La sua affidabilità, calcolata con il coefficiente di Cronbach, è risultata buona (.89).

### **Guilt Inventory**

Il Guilt Inventory (GI; Jones, 2000), è un self-report composto di 3 sottoscale: colpa di tratto (20 item; Cronbach =.89), colpa di stato (10 item; Cronbach =.84), e standard morali (15 item; Cronbach =.88). I costrutti vengono misurati su una scala Likert a 5 punti da 1 fortemente in disaccordo a 5 fortemente d'accordo. A partire dalla letteratura di riferimento e dall'esperienza clinica, sono stati elaborati degli item che valutassero il senso di colpa (sia come tratto che come stato) e, più in generale, gli standard morali. La scala offre una misura sia di esperienze recenti di colpa e rimorso che della tendenza generale dell'individuo a esperire forme maladattive di questi costrutti. Viene usato sia in ambito clinico che in ambito di ricerca.

### **Gilbert's Shame and Guilt Scale**

La Gilbert's Shame and Guilt Scale (GSGS; Gilbert et al., 1991), è un self-report per la valutazione di colpa e vergogna. I soggetti devono rispondere a delle domande misurate su scala Likert a 5 punti: da 1 attivazione emotiva lieve o nulla, a 5 attivazione emotiva forte. Si tratta di uno strumento messo a punto per misurare situazioni prototipiche in cui

l'individuo può sentirsi in colpa o vergognarsi. Più nello specifico la vergogna viene concettualizzata in termini di problematicità riscontrate nei rapporti di dominanza-sottomissione (senso di inferiorità, sentirsi giudicato, criticato o visto negativamente dagli altri). A sua volta la colpa viene concettualizzata come derivante da comportamenti cooperativi e di cura, e viene vista come un sistema emotivo che si attiva quando si ferisce l'altro.

### **L'Interpersonal Guilt Questionnaire - 67**

L'Interpersonal Guilt Questionnaire - 67 (IGQ - 67, O'Connor et al, 1997), è uno strumento self-report composto da 67 item, diviso in 4 sotto-scale misurate su scala Likert a 5 punti: da 1 totalmente in disaccordo, a 5 totalmente d'accordo. Si propone di valutare le forme di senso di colpa connesse con i sentimenti di autosvalutazione e la paura di ferire gli altri così come esposte dalla CMT. Gli item sono stati generati da un gruppo di clinici esperti a partire dall'esperienza clinica e dalla letteratura di riferimento. Inizialmente si trattava di 97 item che dopo essere stati somministrati a un campione di 111 studenti del college, sono diventati 67 (gli autori hanno mantenuto quelli con attendibilità più alta). Le sottoscale così costruite sono: Senso di colpa del sopravvissuto (22 item), senso di colpa da separazione (15 item), senso di colpa da responsabilità onnipotente (14 item), senso di colpa da odio di sé (16 item). Tutti gli item dello strumento avevano una correlazione con il punteggio totale della propria sottoscala di almeno .40.

## **Interpersonal Guilt Rating Scale - 15**

L'Interpersonal Guilt Rating Scale - 15 (IGRS-15) nelle sue versioni clinician-report (Gazzillo et al., 2017) e self-report (De Luca et al., 2018)<sup>10</sup>. È uno strumento di 15 item empiricamente derivato da una riduzione fattoriale degli item dell'IGQ-67. Rispettivamente i dati sono stati raccolti su un campione di 154 pazienti in trattamento psicoterapeutico, e su 645 soggetti non clinici. L'IGRS-15 nella sua forma per la valutazione del clinico ha prodotto 4 fattori corrispondenti ai 4 sensi di colpa interpersonali descritti dalla CMT. Nella sua versione per l'autovalutazione i fattori emersi erano 3; in particolare anziché avere le due scale per i sensi di colpa da separazione e da responsabilità onnipotente, l'analisi fattoriale ha portato a un'unica scala che è stata chiamata senso di colpa onnipotente. Dati i risultati di questo studio gli autori hanno ipotizzato che l'auto-osservazione di questi due specifici sensi di colpa da parte dell'individuo, comporti un grado di consapevolezza di sé troppo elevato per riuscire a differenziarli a dovere. In entrambi i casi la valutazione è condotta per mezzo di una scala Likert a 5 punti: da 1 per nulla rappresentativo, a 5 totalmente rappresentativo.

---

<sup>10</sup> Attualmente è in stampa una versione dell'IGRS-15 per la valutazione degli adolescenti ed è in corso uno studio di validazione per la valutazione del senso di colpa nell'infanzia.

### **CAPITOLO III: SENSO DI COLPA INTERPERSONALE E DIMENSIONI TRANSFERALI: UNA RICERCA EMPIRICA**

In questo capitolo descriveremo gli obiettivi, le ipotesi, il campione, gli strumenti, le procedure, i risultati e i limiti della ricerca condotta a partire dalle implicazioni teoriche precedentemente discusse.

L'obiettivo della ricerca è fornire dati empirici in merito alle relazioni tra sensi di colpa interpersonali e transfert. In letteratura (Pubmed e PsycArticles 2006-2018), le ricerche che si sono occupate di indagare il rapporto esistente fra transfert e altre variabili, sono poche; questo perché il transfert ha da sempre suscitato più interesse dal punto di vista terapeutico che non da quello della ricerca. Si trovano molte ricerche su processo ed esito delle psicoterapie, in particolare sulla Psicoterapia Focalizzata sul Transfert (TFP; Clarkin et al., 1999) ma pochi studi empirici che analizzano la variabile transfert e altri costrutti. L'eterogeneità del costrutto rende difficile il suo studio come variabile operazionalizzata. Anche il senso di colpa interpersonale (O'Connor, 1997), così come descritto dalla Control Mastery Theory (CMT; Weiss, 1993; Silberschatz, 2005), non è stato indagato da un numero ampio di ricerche empiriche. Le ricerche condotte dal San Francisco Psychotherapy Research Group (SFPRG) si sono orientate principalmente allo studio dei disturbi di asse I (DSM-IV-TR; APA, 2000), posti in relazione al senso di colpa e alle credenze patogene del paziente. L'ipotesi che ha guidato questo progetto è che il senso di colpa interpersonale sia coinvolto nella forma specifica che assume la relazione del paziente con il clinico (transfert), e ne favorisca in qualche modo il mantenimento (Bush, 2005). L'idea di base è quindi che non sia solo il riproporsi o rivivere di situazioni relazionali passate ad alimentare la situazione di transfert; bensì il senso di colpa che si è generato nell'infanzia, a partire da determinate credenze patogene, che l'individuo ha strutturato per far fronte all'ambiente in cui è cresciuto. Il rilevamento del senso di colpa nella situazione terapeutica può aiutare a

comprendere lo stato d'animo con cui il paziente sviluppa e vive moti transferali in terapia. Per mezzo di questa informazione è possibile, per il clinico, strutturare un tipo di lavoro volto non tanto a svelare e interpretare il transfert al paziente, quanto piuttosto a renderlo consapevole della colpa ontologica che lo porta a rivivere in quel dato modo le relazioni per lui significative. Si coinvolgerà un campione di 90 coppie terapeutiche, cui verrà somministrata una batteria di test self e clinician report. Si calcoleranno le analisi descrittive del campione, sia di quello composto dai terapeuti che di quello composto dai pazienti, e gli indici di regressione tra i costrutti per verificare l'esattezza dell'ipotesi.

### **Obiettivi e Ipotesi**

Questo progetto di ricerca si configura come uno studio analitico correlazionale; nasce con l'intento di contribuire a colmare le lacune evidenziate nella letteratura empirica e di verificare l'esistenza di una relazione fra transfert e senso di colpa.

Gli obiettivi prefissati sono:

- ✓ Verificare empiricamente la relazione tra dimensioni transferali e i sensi di colpa interpersonali; questo obiettivo nasce dall'ipotesi che il senso di colpa prevalente di un individuo possa predire il tipo di transfert che questi svilupperà nella situazione terapeutica.
- ✓ Verificare l'incidenza del senso di colpa interpersonale e delle modalità transferali nella popolazione clinica maschile e in quella femminile; questo obiettivo nasce dall'ipotesi che vi siano differenze di genere sia per quanto riguarda la vulnerabilità al senso di colpa che nello stile transferale adottato in terapia.

Gli strumenti utilizzati per testare la validità delle nostre ipotesi sono:

Clinical Data Form (CDF, Westen & Shedler, 1999), strumento clinician-report per la raccolta di dati anamnestici che consente, tra le altre cose, di valutare la presenza/assenza di disturbi psicopatologici e raccogliere informazioni sui terapeuti.

Interpersonal Guilt Rating Scale - 15 (IGRS - 15; Gazzillo et al., 2017), strumento clinician-report empiricamente derivato, che conta 15 item che valutano il senso di colpa come inteso dalla CMT. È diviso in 4 sotto-scale misurate su scala Likert a 5 punti: senso di colpa del sopravvissuto, senso di colpa da separazione/slealtà, senso di colpa da responsabilità onnipotente, e senso di colpa da odio di sé;

Psychotherapy Relationship Questionnaire (PRQ; Westen, 2000; Tanzilli et al., 2017), clinician-report di 90 item che valuta pensieri, sentimenti e stati d'animo che il paziente esprime nei confronti del proprio terapeuta. Nella versione italiana conta sei dimensioni: Ostile, Positivo/alleanza terapeutica, Speciale/con ogni diritto, Ansioso/preoccupato, Evitante/rifiutante, Sessualizzato;

Personality Inventory for DSM 5 Brief Form (PID-5 BF; APA, 2013), è uno strumento self-report per la valutazione di dimensioni di tratti di personalità disadattivi (Affettività negativa, Distacco, Antagonismo, Disinibizione e Psicoticismo) sulla base del modello proposto nella sezione III del DSM-5 (APA, 2013). È composto da 25 item misurati su una scala Likert a 4 punti;

## **Procedura**

Abbiamo reclutato un campione di 90 coppie paziente-terapeuta. I pazienti target della ricerca erano maggiorenni, senza sintomi o sindromi psicotiche né disturbi a carico del sistema nervoso centrale, inoltre non presentavano condizioni di abuso attivo o dipendenza da sostanze. Per garantire la corretta valutazione delle dimensioni transferali si è scelto di includere solo soggetti in terapia da almeno due mesi o otto sedute.

Il campione è stato reclutato sul territorio di Palermo, Roma, Milano, Torino e Aosta. I clinici sono stati contattati tramite l'elenco degli iscritti all'albo delle varie regioni e grazie ad associazioni di psicologi e psicoterapeuti operanti sul territorio di Roma (come è meglio specificato nel paragrafo dei risultati, i clinici aderenti alla ricerca esercitavano almeno da 6 anni la pratica clinica). Coloro che hanno aderito alla ricerca hanno selezionato tra i loro pazienti quelli che rispettavano i criteri di inclusione. Una volta ottenuto il loro consenso hanno compilato il protocollo in tutte le sue parti riconsegnandolo in forma anonima. Per ridurre al minimo bias di valutazione, terapeuti e pazienti hanno completato i loro test nell'arco della stessa settimana.

Una volta condotte le analisi descrittive di base, si è passati allo studio della relazione fra transfert e senso di colpa. Dato che ogni clinico ha valutato più di un individuo è stato necessario ricorrere alle Equazioni di Stima Generalizzate (Generalized Estimating Equations, GEE) in modo da controllare le variabili annidate o "nested". Infine, per verificare la presenza di differenze di genere all'interno del nostro campione, abbiamo condotto l'analisi ANOVA. Tutte le analisi dei dati sono state condotte usando il software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versione 22.

## **Risultati**

Per quanto riguarda i terapeuti il campione era così formato: 24 erano di genere femminile (77.4% del campione totale), 7 di genere maschile (22.6%) per un totale di 31 clinici di orientamento teorico prevalentemente dinamico (93.6% del campione). Il valore medio degli anni di esercizio della professione era 6.87 (min 2, max 21; ds = 4.37); 27 clinici vedevano i pazienti in un setting privato (87.1%) e 4 li vedevano in strutture ambulatoriali (12.9%). Ogni clinico ha valutato da 1 a 7 pazienti ( $m = 2.97$ ), questi erano in cura mediamente da 17.50 mesi (min 1, max 80; ds = 16.67).

Per quanto riguarda i pazienti invece: 51 soggetti (56.7%) erano di genere femminile e 39 (43.3%) di genere maschile per un totale di 90 individui. L'età media era di 34.66 anni (min 19, max 77; ds = 10.96). 88 erano di origine Europea (97.8%), 1 Africana (1.1%) e 1 proveniente da Altre Etnie (1.1%). Lo status socio-economico, da loro stessi riportato, era: 19 (21.1%) classe operaia; 64 classe media (71.1%); 7 classe alta (7.8%). Il livello di educazione dei partecipanti era 38 soggetti con preparazione per-universitaria (42.3%), 10 con preparazione universitaria (11.1%), 41 con titoli specialistici (45.6%); i dati di un soggetto erano mancanti (1.1%). 26 tra i partecipanti (28%) avevano una relazione stabile e duratura in corso, 11 (12.3%) erano separati o divorziati, 52 (57.8%) erano single. Anche qui i dati di un soggetto erano mancanti (1.1%).

Da un punto di vista strettamente clinico: il punteggio medio ottenuto alla GAF era di 73.78 (min 30, max 100; ds = 15.07). Le diagnosi di Asse I e di Asse II (DSM-IV-TR) più frequenti nel nostro campione sono riportate in tabella 1.

*Tabella 1 Diagnosi DSM-IV-TR Assi I e II*

|                                       | N  | %     |
|---------------------------------------|----|-------|
| <b>Diagnosi asse I DSM-IV-TR</b>      |    |       |
| <b>Disturbo Distimico</b>             | 5  | 5.6%  |
| <b>Depressione Maggiore</b>           | 6  | 6.7%  |
| <b>Disturbo di Panico</b>             | 7  | 7.8%  |
| <b>Disturbo d'Ansia NAS</b>           | 8  | 8.9%  |
| <b>Disturbo d'Ansia Generalizzata</b> | 13 | 14.4% |
| <b>Diagnosi asse II DSM-IV-TR</b>     |    |       |
| <b>Disturbo Istrionico</b>            | 6  | 6.7%  |
| <b>Disturbo Dipendente</b>            | 6  | 6.7%  |
| <b>Disturbo di Personalità NAS</b>    | 6  | 6.7%  |
| <b>Disturbo Narcisistico</b>          | 10 | 11.1% |
| <b>Disturbo Borderline</b>            | 10 | 11.1% |

In totale il 22.2% del campione ha ricevuto diagnosi di un disturbo del Cluster B e il 16.7% di un disturbo del Cluster C.

In tabella 2 sono riportati i risultati delle analisi GEE condotte fra le dimensioni transferali, misurate con il PRQ, e i sensi di colpa interpersonali, misurati con l'IGRS-15.

Tab. 2 Analisi GEE della relazione fra scale PRQ e IGRS-15

| IGRS-15                           | PRQ                                  | B           | Chi-Quadro<br>Wald | gl       | p           | r           |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------|--------------------|----------|-------------|-------------|
| <b>Sopravvissuto</b>              | <b>Ostile</b>                        | <b>.137</b> | <b>16.68</b>       | <b>1</b> | <b>.000</b> | <b>.264</b> |
|                                   | Positivo/alleanza terapeutica        | .075        | 1.55               | 1        | .210        | .134        |
|                                   | Speciale con ogni diritto            | -.004       | .01                | 1        | .940        | .038        |
|                                   | <b>Ansioso/preoccupato</b>           | <b>.114</b> | <b>4.36</b>        | <b>1</b> | <b>.040</b> | <b>.306</b> |
|                                   | Evitante                             | .072        | 3.42               | 1        | .060        | -.117       |
|                                   | Sessualizzato                        | .015        | .124               | 1        | .725        | .101        |
| <b>Separazione/Slealtà</b>        | Ostile                               | -.029       | .25                | 1        | .620        | -.061       |
|                                   | Positivo/alleanza terapeutica        | .009        | .01                | 1        | .910        | .136        |
|                                   | Speciale con ogni diritto            | .112        | 1.23               | 1        | .270        | .175        |
|                                   | <b>Ansioso/preoccupato</b>           | <b>.145</b> | <b>6.97</b>        | <b>1</b> | <b>.008</b> | <b>.228</b> |
|                                   | Evitante                             | .122        | 2.51               | 1        | .110        | .142        |
|                                   | <b>Sessualizzato</b>                 | <b>.130</b> | <b>7.89</b>        | <b>1</b> | <b>.005</b> | <b>.101</b> |
| <b>Responsabilità Onnipotente</b> | Ostile                               | -.052       | 1.12               | 1        | .290        | -.102       |
|                                   | <b>Positivo/alleanza terapeutica</b> | <b>.132</b> | <b>4.82</b>        | <b>1</b> | <b>.030</b> | <b>.256</b> |
|                                   | Speciale con ogni diritto            | -.078       | .88                | 1        | .350        | -.047       |
|                                   | Ansioso/preoccupato                  | -.048       | 1.49               | 1        | .220        | .089        |
|                                   | Evitante                             | -.071       | .98                | 1        | .320        | -.086       |
|                                   | Sessualizzato                        | -.034       | .56                | 1        | .453        | .037        |
| <b>Odio di Sé</b>                 | Ostile                               | .063        | 1.69               | 1        | .190        | .157        |
|                                   | Positivo/alleanza terapeutica        | .019        | .08                | 1        | .780        | .005        |
|                                   | Speciale con ogni diritto            | .071        | 1.10               | 1        | .290        | .123        |
|                                   | <b>Ansioso/preoccupato</b>           | <b>.135</b> | <b>6.30</b>        | <b>1</b> | <b>.016</b> | <b>.186</b> |
|                                   | Evitante                             | .031        | .42                | 1        | .520        | .073        |
|                                   | <b>Sessualizzato</b>                 | <b>.103</b> | <b>5.34</b>        | <b>1</b> | <b>.020</b> | <b>.284</b> |

*r* è l'effect size delle GEE come affermato da Natarajan et al. (2007). In grassetto l'effetto delle dimensioni transferali sui sensi di colpa.

Come emerge dai risultati c'è una relazione significativa positiva fra senso di colpa del sopravvissuto e le dimensioni transferali ostile e ansioso/preoccupato. Ansioso/preoccupato è risultato essere in relazione anche con i sensi di colpa da separazione e da odio di sé; e questa relazione si è riscontrata anche nel caso della dimensione transferale sessualizzato. Infine, positivo/alleanza terapeutica si è dimostrato in relazione con il senso di colpa da responsabilità onnipotente.

Abbiamo condotto un'ANOVA a una via per verificare la presenza di differenze nella popolazione maschile e femminile, per quanto riguarda la vulnerabilità ai sensi di colpa interpersonali. Il punteggio medio del senso di colpa del sopravvissuto è risultato leggermente più alto nelle donne rispetto agli uomini (media 2.68 vs 2.22;  $F = 6.95$ ;  $p = .01$ ), mentre non risultavano esserci altre differenze tra maschi e femmine rispetto agli altri sensi di colpa dell'IGRS-15. Allo stesso modo abbiamo voluto sondare le differenze di genere degli stili transferali nel nostro campione. È emerso che le donne tendono ad essere più collaborative degli uomini nella situazione terapeutica, dati i valori più alti nella dimensione positivo/alleanza terapeutica (media 3.57 vs 3.22;  $F = 6.20$ ;  $p = .015$ ). Inoltre, gli uomini sembrano avere punteggi più elevati nella dimensione transferale evitante rispetto alla popolazione femminile (media 1.48 vs 1.09;  $F = 12.08$ ;  $p = .001$ ).

Su questa scia abbiamo indagato la prevalenza dei sensi di colpa interpersonali e delle dimensioni transferali nel nostro campione.

*Tabella 3 Prevalenza media dei sensi di colpa interpersonali e delle dimensioni transferali.*

|                                      | <b>N</b> | <b>Media</b> | <b>Ds</b> |
|--------------------------------------|----------|--------------|-----------|
| <b>Sopravvissuto</b>                 | 90       | 2.54         | 1.03      |
| <b>Separazione</b>                   | 90       | 2.89         | .95       |
| <b>Responsabilità onnipotente</b>    | 90       | 3.44         | 1.16      |
| <b>Odio di sé</b>                    | 90       | 2.71         | 1.19      |
| <b>Ostile</b>                        | 90       | 1.40         | .49       |
| <b>Positivo/alleanza terapeutica</b> | 90       | 3.42         | .69       |
| <b>Speciale con ogni diritto</b>     | 90       | 1.80         | .64       |
| <b>Ansioso/preoccupato</b>           | 90       | 2.22         | .73       |
| <b>Evitante</b>                      | 90       | 1.26         | .56       |
| <b>Sessualizzato</b>                 | 90       | 1.90         | .42       |

Come visibile in tabella 3, nel nostro campione, il senso di colpa più segnalato era quello da responsabilità onnipotente ( $m = 3.44$ ,  $ds = 1.16$ ); mentre la dimensione transferale predominante era positivo/alleanza terapeutica ( $m = 3.42$ ,  $ds = .69$ ).

Una volta ottenuti questi risultati abbiamo indagato la presenza di una relazione fra i sensi di colpa interpersonali e i tratti di personalità individuati dal PID-5bf, e tra questi ultimi e le dimensioni transferali. Lo scopo dell'indagine era di scoprire se, nel nostro campione, erano soddisfatti i requisiti per condurre un'analisi mediazionale che vedesse la colpa interpersonale come mediatore della relazione fra tratti di personalità e dimensioni transferali. Purtroppo, i risultati sono stati insoddisfacenti: nessun tratto di personalità risulta essere un predittore dei sensi di colpa interpersonali; inoltre i tratti di personalità si sono dimostrati in relazione solo con la dimensione transferale evitante. Pertanto non è stato possibile proseguire con le analisi di mediazione.

## **Conclusioni**

L'obiettivo di questa ricerca era quello di dimostrare l'esistenza di una relazione fra il transfert e il senso di colpa inteso come sentimento interpersonale e prosociale. Più nello specifico, avvalendoci dei dati provenienti dalla letteratura di riferimento, ci siamo chiesti se il senso di colpa che si sviluppa a partire dalla prima infanzia, potesse essere considerato un precursore del transfert, situazione "sociale" centrale nella pratica terapeutica.

I risultati delle analisi GEE riportati in tabella 2, mostrano l'effettiva presenza di una relazione positiva e significativa fra le dimensioni transferali e i sensi di colpa interpersonali. In particolare, si può osservare che il senso di colpa del sopravvissuto è un predittore degli stili transferali ostile e ansioso/preoccupato. Questo dato è in linea con la letteratura (Weiss, 1993), che vede i pazienti particolarmente vulnerabili a questo tipo di colpa, come degli individui che non si sentono a proprio agio quando ottengono dei successi (terapeutici e non) e che per questo tentano in ogni modo di punirsi o sabotarsi in modo da confermare l'idea di se stessi come non degni di piacere o riconoscimenti. Altro dato interessante è la dimensione transferale positivo/alleanza terapeutica che regredisce sul senso di colpa da responsabilità onnipotente. Anche in questo caso il risultato conferma quanto affermato dalla teoria: persone che si sentono irrealisticamente responsabili del benessere altrui, tendono a impegnarsi più del dovuto per compiacere il proprio terapeuta e fargli sentire che sono dei bravi clinici. Quello che si osserva è la manifestazione della compiacenza del paziente rispetto all'idea irrealistica che sia una sua responsabilità curarsi e preoccuparsi dell'altro. Molto più particolare è il caso delle dimensioni sessualizzato e ansioso/preoccupato che risultano essere buoni regressori sia del senso di colpa da odio di sé che di quello da separazione/slealtà. Leggendo questo dato in ottica CMT possiamo ipotizzare che chi prova un profondo odio di sé, quando è compiacente con l'idea di non avere valore, adotta comportamenti, in un certo senso, autosabotanti. Quando invece si ribella a questa credenza,

si sente in uno stato di inquietudine che non gli consente di vivere bene, ad esempio, il processo terapeutico.

Per quanto riguarda il senso di colpa da separazione, le due dimensioni rappresentano le due facce di una stessa medaglia: nel caso di una compiacenza con l'idea di non doversi allontanare dall'altro significativo, la seduttività garantisce una fusionalità maggiore; nel caso di una ribellione a questa credenza, invece, si presenta uno stato di inquietudine per il fatto di attuare comportamenti diversi da quelli solitamente mantenuti.

Successivamente abbiamo condotto delle analisi per verificare se ci fossero differenze di genere, all'interno del campione, sia per quanto riguarda la colpa che il transfert. Abbiamo notato che tra i pazienti reclutati nel corso della ricerca, le donne sembrano essere più vulnerabili al senso di colpa del sopravvissuto. Questo dato conferma quanto riscontrato precedentemente da Gazzillo e collaboratori (Gazzillo et al., 2017); gli autori avevano prudentemente ipotizzato che le donne italiane non si sentissero a proprio agio nel raggiungimento di successi personali a causa del retroscena culturale del nostro paese (fino a pochi decenni fa le donne non avevano la possibilità di combattere per i propri diritti o per l'autoaffermazione; [https://wikipedia.org/wiki/Femminismo\\_in\\_Italia](https://wikipedia.org/wiki/Femminismo_in_Italia)). Diverso è il caso delle dimensioni transferali. Abbiamo riscontrato una tendenza a sviluppare transfert positivo nella popolazione femminile e transfert di tipo evitante in quella maschile. Anche questo dato deve essere considerato con cautela in quanto le interpretazioni possibili sono molteplici. Ad esempio, si potrebbe pensare che seppure con maggiori difficoltà, le donne italiane che intraprendono un percorso terapeutico tendono a sviluppare una buona alleanza terapeutica finalizzata al conseguimento dell'obiettivo (in poche parole sarebbe l'effetto di una ribellione al senso di colpa del sopravvissuto); laddove gli uomini, invece, tendono a evitare un confronto diretto.

Passando ora in rassegna i limiti di questa ricerca, viene spontaneo chiedersi quali risultati si sarebbero potuti ottenere con un campione più ampio. La problematicità della raccolta dei dati all'interno della stanza d'analisi è purtroppo una costante con cui i ricercatori si scontrano da molto tempo. Il numero di terapeuti e pazienti disposti a collaborare affinché la ricerca sul processo terapeutico possa contribuire maggiormente alla letteratura rimane esiguo. Ricerche future avranno il compito di trovare bacini di utenza più favorevoli allo scopo. Altro limite del presente studio è l'assenza di uno strumento per la valutazione degli stili/disturbi di personalità. Data l'inconcludenza riscontrata nelle analisi condotte su transfert, colpa e tratti di personalità, la presenza di un sistema alternativo per la valutazione della personalità, potrebbe garantire risultati migliori. Inoltre, se questo avvenisse, aprirebbe la strada ad altre ricerche per verificare se il senso di colpa interpersonale ricopre o meno il ruolo di mediatore o moderatore nella relazione, riscontrata in altri studi (Bradley et al., 2005; Colli et al., 2016; Tanzilli et al., 2017), fra dimensioni transferali e stili/disturbi di personalità.

Per concludere, i risultati di questo studio confermano l'esistenza di una relazione fra il transfert che un individuo può sviluppare e il senso di colpa interpersonale che incide di più sul suo modo di essere. Confermano inoltre l'ipotesi che la colpa, intesa come emozione interpersonale, è profondamente connessa al transfert che, per definizione, è un fenomeno "sociale" proprio della situazione terapeutica. A partire da ricerche come questa sarà possibile in futuro affinare le tecniche psicoterapeutiche in modo da offrire ai pazienti, non solo un'interpretazione di ciò che gli accade, ma anche un valido esempio di ciò che sta alla base dei loro disagi.

## BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, DSM 5. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano 2014.

Arlow, J. A. (1961). Ego psychology and the study of mythology. *Journal of the american psychoanalytic association*, 9(3), 371-393.

Arlow, J. A. (1969). Unconscious fantasy and disturbances of conscious experience. *The psychoanalytic quarterly*, 38(1), 1-27.

Arlow, J. A., & Brenner, C. (1969). The psychopathology of the psychoses: a proposed revision. *The international journal of psycho-analysis*, 50, 5.

Barrett, K.C. (1995). A functionalist approach to shame and guilt. In Tangney J.P., Fischer K. W. (a cura di) *Self-conscious emotions*. Guilford, New York.

Battacchi, M. W. (2000). Le emozioni. In Dazzi N., Vetrone G. (a cura di) *Psicologia*. Carocci. Roma.

Benjamin, L. S. (1973). Remarks on behalf of change scores and associated correlational statistics: a response to the etaughts. *Developmental Psychology*, 8, 2, 180-3.

Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological review*, 81(5), 392.

Benjamin, L. S., Foster, S. W., Roberto, L. G., & Estroff, S. E. (1986). Breaking the family code: analysis of videotapes of family interactions by structural analysis of social behavior (SASB). In L. Greenberg & W. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*.

Bradley, R., Heim, A. K., & Westen, D. (2005). Transference patterns in the psychotherapy of personality disorders: empirical investigation. *The british journal of psychiatry*, 186(4), 342-349.

Busch, F. (2004). A missing link in psychoanalytic technique: psychoanalytic consciousness. *International journal of psychoanalysis*, 85(3), 567-72.

Bush, M. (2005). The role of unconscious guilt in psychopathology and psychotherapy. In Silberschatz, G. (a cura di), *Transformative relationships. The control mastery theory of psychotherapy*. Routledge, New York.

Bush, M. (2011), A dialogue about testing. In *control mastery theory, monthly newsletter*, January.

Caprara, G. V., Perugini, M., Pastorelli, C., & Barbaranelli, C. (1990). Esplorazione delle dimensioni comuni della colpa e dell'aggressività (exploration of the common dimensions of guilt and aggressiveness). *Giornale italiano di psicologia*, 17, 665-681.

Cassibba, R., & Van Ijzendoorn, M. H. (eds.). (2005). *L'intervento clinico basato sull'attaccamento: promuovere la relazione genitore-bambino*. Il mulino.

Castelfranchi, C., Mancini, F., & Miceli, M. (2002). *Fondamenti di cognitivismo clinico*. Bollati Boringhieri. Torino.

Clarkin J.F., Yeomans F. & Kernberg O.F., (2000). *Psychotherapy for borderline personality*. New york: wiley; trad. It.: *Psicoterapia delle personalità borderline*. Milano: Cortina.

Clarkin J.F., Yeomans F. & Kernberg O.F., (2007). *Psychotherapy for borderline personality: focusing on object relations*. American psychiatric publications.

Colli, A., Tanzilli, A., Gualco, I., & Lingiardi, V. (2016). Empirically derived relational pattern prototypes in the treatment of personality disorders. *Psychopathology*, 49, 364–373.  
*Doi:10.1159/000448623*

Crits-Christoph, P., Luborsky, L., Dahl, L., Popp, C., Mellon, J., & Mark, D. (1988). Clinicians can agree in assessing relationship patterns in psychotherapy: the core conflictual relationship theme method. *Archives of general psychiatry*, 45(11), 1001-1004.

De Luca, E., Mazza, C., & Gazzillo, F. (2017). La centralità dell'adattamento: emozioni primarie, funzionamento motivazionale e moralità tra neuroscienze, psicologia evoluzionistica e control mastery theory. *Rassegna di psicologia*, 34(1).

Ehrenberg, D. B. (1974). The intimate edge in therapeutic relatedness. *Contemporary psychoanalysis*, 10(4), 423-437.

Ehrenberg, D. B. (2005). Working at the "intimate edge": intersubjective considerations-comments on "a case study of power and the eroticized transference-countertransference". *Psychoanalytic inquiry*, 25(3), 342-358.

Ehrenberg, D. B. (2010). Working at the "intimate edge". *Contemporary psychoanalysis*, 46(1), 120-141.

Etchegoyen, H.R. (1986). *I fondamenti della tecnica psicoanalitica*. Astrolabio

Fairbairn, W. R. D. (1944). Endopsychic structure considered in terms of object-relationships. *The international journal of psycho-analysis*, 25, 70.

Fenichel, O. (1941). *Problemi di tecnica psicoanalitica*. Tr. It. Boringhieri, Torino 1974.

Freud, A. (1936). *The ego and the mechanisms of defense*. International universities press.

Freud, S. (1892-1895). *Studi sull'isteria*. Tr. It. In *OSF*, vol. 4.

Freud, S. (1900). *L'interpretazione dei sogni*. Tr. It. In *OSF*, vol. 3.

Freud, S. (1901). *Frammento di un'analisi d'isteria (caso clinico di dora)*. Tr. It. In *OSF*, vol. 4.

Freud, S. (1905). *Tre saggi sulla teoria sessuale*. Tr. It. In *OSF*, vol. 4.

Freud, S. (1909). *Cinque conferenze sulla psicoanalisi*. Tr. It. In *OSF*, vol. 6

Freud, S. (1912). *Dinamiche della traslazione*. Tr. It. In *OSF*, vol 6

Freud, S. (1912-1914). *Totem e tabù e altri scritti*. Tr. It. In *OSF*, vol. 7

Freud, S. (1914). *Della storia di una nevrosi infantile: caso clinico dell'uomo dei lupi*. Tr. It. In *OSF*, vol. 7.

- Freud, S. (1915). *Lutto e melanconia*. Tr. It. In *OSF*, vol. 8.
- Freud, S. (1920). *Al di là del principio di piacere*. Tr. It. In *OSF*, vol. 9.
- Freud, S. (1922). *L'Io e l'Es*. Tr. It. In *OSF*, vol. 9.
- Freud, S. (1924). *Il problema economico del masochismo*. Tr. It. In *OSF*, vol. 10.
- Freud, S. (1925). *Inibizione, sintomo e angoscia*. Tr. It. In *OSF*, vol. 10.
- Freud, S. (1929). *Il disagio della civiltà*. In *OSF*, vol. 10.
- Freud, S. (1938). *Compendio di psicoanalisi*. Tr. It. In *OSF*, vol. 11.
- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. American psychiatric publications.
- Gazzillo, F., Gorman, B., Bush, M., Silberschatz, G., Mazza, C., Faccini, F., Crisafulli, V., Alesiani, R., & De Luca, e. (2017). Reliability and validity of the interpersonal guilt rating scale-15: a new clinician-reporting tool for assessing interpersonal guilt according to control-mastery theory. *Psychodynamic psychiatry* 45 (3), 362-84.
- Gazzillo, F. (2012). *I sabotatori interni: il funzionamento delle organizzazioni patologiche di personalità*. Raffaello Cortina, Milano.
- Gazzillo, F. (2016). *Fidarsi dei pazienti*. Raffaello Cortina, Milano.
- Gazzillo, F., Gorman, B., De Luca, E., Faccini, F., Bush, M., Silberschatz, G., & Dazzi, N. (2018). Preliminary data about the validation of a self-report for the assessment of interpersonal guilt: the interpersonal guilt rating scale-15s (IGRS-15S). *Psychodynamic psychiatry* 46(1).
- Gelso, C. J., Hill, C. E., & Kivlighan jr, D. M. (1991). Transference, insight, and the counselor's intentions during a counseling hour. *Journal of counseling & development*, 69(5), 428-433.

Gelso, C. J., Kivlighan, D. M., Wine, B., Jones, A., & Friedman, S. C. (1997). Transference, insight, and the course of time-limited therapy. *Journal of counseling psychology, 44*(2), 209.

Gilbert, N. P., & Leahy, R. (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. London, UK: Routledge.

Gill M. (1982). *Teoria e tecnica dell'analisi del transfert*. trad. It., Astrolabio, Roma, 1985.

Gill M. (1983). *Il paradigma interpersonale e la misura del coinvolgimento del terapeuta*. trad. It., Psicoterapia Sc. Um., xxix, 3, pp. 5-44.

Gill, M. (1954). Psychoanalysis and exploratory psychotherapy. *Journal of the american psychoanalytic association, 2*(4), 771-797.

Gill, M. (1979). The analysis of the transference. *Essential papers on transference analysis, 109-139*.

Gill, M. (1984). Psychoanalysis and psychotherapy: a revision. *International review of psycho-analysis, 11*, 161-179.

Gill, M., & Hoffman, I. Z. (1982). A method for studying the analysis of aspects of the patients experience of the relationship in psychoanalysis and psychotherapy. *Journal of the american psychoanalytic association, 30*(1), 137-167.

Goldstein, W. N., & Goldberg, S. T. (2006). *Using the transference in psychotherapy*. Jason Aronson, Incorporated.

Graff, H., & Luborsky, L. (1977). Long-term trends in transference and resistance: a report on a quantitative-analytic method applied to four psychoanalyses. *Journal of the american psychoanalytic association, 25*(2), 471-490.

Greenacre, P. (1954). The role of transference practical considerations in relation to psychoanalytic therapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 2*(4), 671-684.

Greenson, R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *The psychoanalytic quarterly*, 34(2), 155-181.

Greenson, R. (1967). *Tecnica e pratica psicoanalitica*. Milano, Feltrinelli, 1974.

Haidt, J. (2013). *Menti tribali. Perché le brave persone si dividono su politica e religione*. Codice Edizioni, Torino

Hoffman, I. Z., & Gill, M. (1988). A scheme for coding the patient's experience of the relationship with the therapist (PERT): some applications, extensions, and comparisons. In *psychoanalytic process research strategies* (pp. 67-98). Springer, berlin, heidelberg.

Hoffman, M. L. (1983). Affective and cognitive processes in moral internalization. *Social cognition and social development: a sociocultural perspective*, 236-274.

Høglend, P. (2014). Exploration of the patient-therapist relationship in psychotherapy. *American journal of psychiatry*, 171(10), 1056-1066.

Jones, W. H., Schratter, A. K., & Kugler, K. (2000). The guilt inventory. *Psychological reports*, 87(3), 1039-1042.

Joseph, B. (1985). Transference: the total situation. *International journal of psychoanalysis*, 66(4), 447-454.

Joseph, B. (1989), *Psychic equilibrium and psychic change: selected papers of betty joseph*. Routledge, London.

Joseph, B. (1991). *Equilibrio e cambiamento psichico*. Cortina.

Kernberg O. F., Selzer M., Koenigsberg H., Carr A. & Appelbaum A. (1996), *Psicoterapia Psicodinamica dei pazienti borderline*. Eur, Roma.

Kernberg, O. F. (1981). Structural interviewing. *Psychiatric clinics*, 4(1), 169-195.

Kernberg, O. F. (1984), *Disturbi gravi della personalità*. Tr. It. Bollati Boringhieri, Torino 1989.

- Kernberg, O.F. (1975), *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Tr. It. Bollati Boringhieri, Torino 1978.
- Klein, M. (1932). *La psicoanalisi dei bambini*. Tr.it. Martinelli, Firenze 1969.
- Klein, M. (1937). Amore, colpa e riparazione. Tr. It. In, Klein, M., Rivière, J. (a cura di), *Amore, odio e riparazione*. Astrolabio, Roma 1969.
- Klein, M. (1948). Sulla teoria dell'angoscia e il senso di colpa, in *Scritti 1921-1958*, Boringhieri, Torino 1978.
- Klein, M. (1952a). Le origini della traslazione. In *scritti 1921-1958*.: Boringhieri, Torino 1978.
- Klein, M. (1957). *Invidia e gratitudine*. Tr. It. Martinelli, Firenze 1969.
- Kohut, H. (1971). *Narcisismo e analisi del sé*. Boringhieri, Torino 1973
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. Connecticut: international universities press inc.
- Kohut, H. (1984). *La cura psicoanalitica*. Tr. It. Bollati Boringhieri, Torino, 1986.
- Lingiardi, V., Gazzillo, F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi*. Raffaello Cortina, Milano.
- Locke, G. W., Shilkret, R., Everett, J. E., & Petry, N. M. (2013). Interpersonal guilt in college student pathological gamblers. *The american journal of drug and alcohol abuse*, 39(1), 28-32.
- Luborsky, L. (1978). The relationship anecdotes paradigm (rap) interview: a tat-like method using actual narratives. *Unpublished manuscript*.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding transference: the core conflictual relationship theme method* (2nd ed.). Washington, dc: American Psychological Association.

Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1998). *Capire il transfert: the ccrt method*. Raffaello Cortina, Milano 1992.

Luborsky, L., Luborsky, E. (2000). *La psicoterapia psicoanalitica*. Tr. It. Il mulino, Bologna 2008.

Macalpine, I. (1950). The development of the transference. *The psychoanalytic quarterly*, 19(4), 501-539.

Mancini, F. (2008). I sensi di colpa altruistico e deontologico. *Cognitivismo clinico* 5, 123-144.

Mcwilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process* (2nd ed.). Guilford Press, New York.

Migone, P. (1999). La “psicoterapia focalizzata sul transfert” di Kernberg per i borderline: in che senso si può definire autenticamente psicoanalitica. *Il ruolo terapeutico*, 82, 54-61.

Migone, P. (2015). Heinz kohut e la psicologia del sé. *Il ruolo terapeutico*, 129, 59-68.

Multon, K. D., Patton, M. J., & Kivlighan jr, D. M. (1996). Development of the missouri identifying transference scale. *Journal of counseling psychology*, 43(3), 243.

Natarajan, S., Lipsitz, S., Parzen, M., & Lipshultz, S. (2007). A measure of partial association for generalized estimating equations. *Statistical modelling*, 7(2), 175-190.

O’connor, L. E., Berry, J. W., Weiss, J., & Gilbert, P. (2002). Guilt, fear, submission, and empathy in depression. *Journal of affective disorders*, 71(1), 19-27.

O’connor, L. E., Berry, J. W., Weiss, J., Bush, M., & Sampson, H. (1997). Interpersonal guilt: the development of a new measure. *Journal of clinical psychology*, 53(1), 73-89.

Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., & McCallum, M. (1999). Transference interpretations in short-term dynamic psychotherapy. *The journal of nervous and mental disease*, 187(9), 571-578.

- Orange, D. M. (1994). *Review of shared experience: the psychoanalytic dialogue*. Momigliano, L. M. and A. Robutti, eds. *Psychoanalytic books* 5:118-121.
- Orange, D. M. (1995). *Emotional understanding: studies in psychoanalytic epistemology*. Guilford press.
- Orange, D. M., Atwood, G. E., & Stolorow, R. D. (1997). *Psychoanalytic inquiry book series*, vol. 17.
- Rizzolatti, G., Sinigaglia, C. (2006). *So quel che fai: il cervello che agisce nei neuroni specchio*. Raffaello Cortina, Milano.
- Rossi, A., Danielski, V., Pertile, R., Bisceglie, A. R., Bontempi, S., Lessio, L. & Minelli, A. (2011). Costituenti cognitive di invidia, vergogna e senso di colpa associate alla gravità della psicopatologia. *Cognitivismo clinico*, 8(2).
- Safran, J. D., & Hill, C. (1989). Interpersonal schema questionnaire. *Unpublished manuscript, university of toronto, Toronto, Ontario, Canada*.
- Segal, H. (1978). On symbolism. *The international journal of psycho-analysis*, 59, 315.
- Silberschatz, G. (2005). *Transformative relationships. The control-mastery theory of psychotherapy*. Routledge, New York.
- Steiner, J. (1982). Perverse relationships between parts of the self: a clinical illustration. *The international journal of psycho-analysis*, 63, 241.
- Steiner, J. (1996). *I rifugi della mente*. Boringhieri, Torino.
- Sterba, R. (1929). Zur dynamik der bewältigung des übertragungswiderstandes. *Internationale zeitschrift für psychoanalyse*, 15(4), 456-470.
- Sterba, R. (1940). The dynamics of the dissolution of the transference resistance. *The psychoanalytic quarterly*, 9(3), 363-379.
- Stolorow, R. D., Atwood, G. E., & Brandchaft, B. (1992). Three realms of the unconscious and their therapeutic transformation. *Psychoanalytic review*, 79(1), 25-30.

Stone, L. (1967). The psychoanalytic situation and transference postscript to an earlier communication. *Journal of the american psychoanalytic association*, 15(1), 3-58.

Stone, M. H. (1976). Boundary violations between therapist and patient. *Psychiatric annals*, 6(12), 8-9.

Tangney, J. P. E., & Fischer, K. W. (1995). *Self-conscious emotions: the psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*. The 2nd conference, on shame and other self-conscious emotions, Asilomar, CA, Dec 1988, Guilford press.

Tangney, J., Dearing, R., Wagner, P., & Gramzow, R. (2000). The test of self-conscious affect-short form (tosca-s). *George Mason University, Fairfax, va*.

Tanzilli A., Colli A., Gualco I. & Lingiardi V. (2017). Patient personality and relational patterns in psychotherapy: factor structure, reliability, and validity of the psychotherapy relationship questionnaire. *Journal of personality assessment*, doi: 10.1080/00223891.2016.1272050

Tomasello, M. (2016). *Storia naturale della morale umana*. Milano: raffaello Cortina.

Wampold, B.E., Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge, New York.

Weiss, J. (1993). *Come funziona la psicoterapia*. Tr. It. Boringhieri, Torino 1999.

Weiss, J., Sampson, H., & Mount Zion Psychotherapy Research Group. (1986). *The psychoanalytic process*.

Westen, D. (2000). *Psychotherapy relationship questionnaire (PRQ) manual*. Unpublished manuscript.

Westen, D., & Shedler, J. (1999). Revising and assessing axis ii, part ii: toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American journal of psychiatry*, 156(2), 273-285.

Wilson, D. S. (2015). *Does altruism exist?: culture, genes, and the welfare of others*. Yale university press.

Winnicott, D. W. (1955). Clinical varieties of transference. In D.W. Winnicott. *Through pediatrics to psychoanalysis*, 1958.

Winnicott, D.W. (1965), Lo sviluppo affettivo e l'ambiente. Tr. It. In winnicott, d.w. (a cura di), *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando editore, roma 1970.

Winnicott, D.W. (1971), *Gioco e realtà*. Tr. It. Armando, roma 1974.

Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International journal of psychoanalysis*, 37, 369-376

Zetzel, E. R., & Meissner, W. (1973). *Basic concepts of psychoanalytic psychiatry*. Basic books, London.