

RICERCA
IN
PSICOTERAPIA

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

VOLUME 10 - NUMERO 1
Gennaio - Giugno 2007

Ricerca in Psicoterapia

ISSN: 1592-8543

© 2007 Edizioni Carlo Amore
FIRERA & LIUZZO GROUP

www.carloamore.it

RICERCA IN PSICOTERAPIA

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

Direttore responsabile:

Salvatore Freni

Direttore scientifico:

Emilio Fava

Comitato scientifico:

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

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

Comitato di Redazione:

Redattore capo:
Cinzia Masserini

Redazione:

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

Indirizzo per corrispondenza:

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

Citata nel database Psychinfo e embase

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

NOTIZIE SPR E SPR-ITALIA

Saluto del Presidente

S. Sassaroli

7

Comunicazione del tesoriere

A. Di Tucci

9

STRUMENTI E METODI

Il progetto OPD-Milano (Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata): Studio di attendibilità tra giudici nella versione italiana

*The OPD-Milan project (Operationalized Psychodynamic Diagnosis):
Inter-raters reliability study in the opd italian version*

M. Conte, A. Ferrari, E. Fava, S. Paola Papini, P. Zuglian, M. Tajani,
L. Fiorina, M. Magni, L. Maramieri, L. Primerano, S. Freni

11

Il progetto OPD-Milano (Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata) Nuove configurazioni diagnostiche clinicamente significative

The OPD-Milano project: New clinically significant diagnostical configurations

A. Ferrari, S. Paola Papini, P. Zuglian, M. Conte, E. Fava, M. Tafani,
L. Fiorina, M. Magni, L. Maramieri, L. Primerano, S. Freni

27

RICERCA CLINICA

Anoressia: alla ricerca delle matrici familiari

Anorexia: searching family matrices

S. Molgora

47

Valutare l'alleanza terapeutica attraverso trascritti di sedute: l'attendibilità della IVAT-R nello studio di quattro psicoterapie

*Evaluate the therapeutic alliance by session transcripts: the IVAT-R
reliability in the study of four psychotherapies*

A. Colli, V. Lingiardi

75

RECENSIONI

Attaccamenti Traumatici: i Modelli Operativi Interni Dissociati
(di Cesare Albasi)

Traumatic attachment: the internal dissociated working models

C. Lasorsa

99

NORME REDAZIONALI

107

SALUTO DEL PRESIDENTE

A Reggio Calabria si è svolto un ottimo congresso nazionale dell'SPR, un congresso importante per la bellezza del luogo, per la pregnanza dei contenuti e per la quantità di partecipanti.

In questo Congresso è stato votato il nuovo Direttivo che vede me Presidente collaborare con un gruppo di colleghi, in una atmosfera di sintonia e scambio di esperienze e conoscenze. Ringraziamo il Direttivo precedente che ci ha lasciato una società in buona salute e piena di idee e progetti.

Da parte nostra, ci stiamo attivando per migliorare, prioritariamente, la comunicazione tra i soci. Ciò rende possibile quella circolazione di idee, contributi e materiali che è l'oggetto della nostra Associazione. Per questo motivo abbiamo messo in linea un sito italiano: www/spr-italia.it (il sito nuovo avrà un link con il sito internazionale) che ha la caratteristica innovativa di essere direttamente ed immediatamente aggiornabile da noi. Invito tutti gli associati a fare pervenire quei materiali che ritengono utili a tutti. Il sito consentirà anche di migliorare la operatività amministrativa dell'associazione perché consentirà una più facile e trasparente modalità di iscrizione.

A questo proposito anticipo che quest'anno siamo chiamati ad un piccolo sacrificio per adeguarci alle regole internazionali. Non sarà più possibile iscriversi in qualsiasi mese dell'anno, ma occorrerà chiudere tassativamente le iscrizioni entro il 15 ottobre dell'anno precedente. Così, le iscrizioni per il 2008 dovranno essere completate entro il 15 ottobre 2007.

Abbiamo incontrato i colleghi responsabili della rivista italiana: Masserini e Fava. Si è deciso, insieme, di attivare il referaggio degli articoli ricevuti, in modo da aumentare la qualità dei materiali proposti ai lettori. Invitiamo chi è interessato, a proporsi come referee per specifiche aree di argomenti.

Il Direttivo ha deciso che il prossimo congresso nazionale si terrà a Modena, nel settembre 2008.

Siamo andati a Madeira per il congresso europeo SPR, dove si sono approfonditi i legami tra i diversi ricercatori del gruppo italiano tra di loro e con scienziati di diverse nazioni. A giugno siamo a Madison per il congresso SPR internazionale.

Inoltre, ci siamo candidati ad ospitare il Congresso europeo a Bolzano nel 2009. La sede di Bolzano e' di buon livello sia per la tradizione universitaria trilingue (italiano, tedesco e inglese) che per la sua vicinanza geografica al gruppo SPR tedesco, da sempre molto in sintonia con il gruppo italiano. Oltre a ciò, presenta notevoli vantaggi per le infrastrutture che Bolzano offre per l'accoglienza di eventi scientifici e culturali.

Desideriamo con forza che la ricerca italiana si sviluppi e sia sempre più conosciuta nel mondo internazionale. Desideriamo che si approfondiscano i legami internazionali della ricerca italiana e che si sviluppi in Italia un lavoro scientifico sulla psicoterapia che abbia delle ricadute sempre più importanti sulla pratica clinica per un numero sempre maggiore di terapisti. Vorremmo inoltre contribuire a formare i giovani ricercatori e stiamo organizzando una scuola itinerante di formazione alla ricerca in psicoterapia. Ci adopereremo perché i diversi ambiti della ricerca abbiano scambi sempre maggiori. Vorremmo che alcune tradizioni di ricerca, oggi abbastanza assenti nell'SPR, come la tradizione comportamentista o sistemica - trovino un loro spazio di presenza e partecipino al dialogo comune.

Vorrei contribuire a far sì che gli elementi comuni alle diverse terapie siano sempre più studiati e conosciuti così come si approfondiscano le conoscenze sugli aspetti specifici eccellenti ed empiricamente provati delle diverse forme di terapia in modo da costruire nel tempo un bagaglio efficace a disposizione di tutti i psicoterapisti.

Il gruppo è buono, il lavoro comune c'è, a tutti buon lavoro!

Sandra Sassaroli
Presidente SPR Italia

COMUNICAZIONE DEL TESORIERE

Come anticipato dal Presidente, quest'anno chiamiamo i soci ad un piccolo sacrificio, relativo all'iscrizione per l'anno 2008.

Già dall'anno scorso la SPR International richiede che le iscrizioni vengano chiuse entro il 31 ottobre dell'anno precedente a quello di riferimento. È prevista una multa per i soci che effettuano l'iscrizione in un periodo successivo.

Quest'anno, in considerazione del fatto che si sono avute grosse difficoltà nel passaggio di direttivo e, conseguentemente, nella riorganizzazione delle modalità di iscrizione, tale multa è stata versata dalla Associazione. **A partire dall'iscrizione all'anno 2008, chiediamo che le quote siano versate entro il 15 ottobre dell'anno corrente.** Questo permette alla SPR Italia di avere una notevole contrazione di costi, a tutto beneficio delle attività istituzionali.

Qualora l'associato volesse iscriversi dopo il 15 ottobre, potrà farlo versando una quota maggiorata.

Insieme alla modifica dei termini per l'iscrizione, devo aggiungere che, a partire da settembre, sarà possibile iscriversi alla SPR Italia compilando una form che sostituirà l'attuale scheda di iscrizione, e che sarà reperibile sul sito www.spr-italia.it. Ciò consentirà all'associato di ricevere immediatamente una mail di conferma dell'iscrizione, e ulteriori comunicazioni relative alla iscrizione alla SPR Internazionale, evitando gli inconvenienti e le incertezze che si sono verificati quest'anno. Inoltre, i colleghi che curano la rivista, avranno la possibilità di avere immediatamente gli indirizzi cui inviare la stessa, evitando il moltiplicarsi dei costi verificatosi negli scorsi anni, oltre che le giuste rimozioni di chi, non inserito tempestivamente nell'indirizzario, ha finito per non ricevere alcuni numeri.

Devo aggiungere, a completamento di queste comunicazioni che, a partire dal prossimo invio, inseriremo l'anticipazioni degli articoli pubblicati sul sito, ed indicheremo la data di spedizione della rivista. In questo modo sarà più facile richiederne le copie che eventualmente fossero state perse per disguido.

Antonio Di Tucci
Tesoriere

IL PROGETTO OPD-MILANO (DIAGNOSI PSICODINAMICA OPERAZIONALIZZATA): STUDIO DI ATTENDIBILITÀ TRA GIUDICI NELLA VERSIONE ITALIANA

*Conte M. *, Ferrari A. *, Fava E. *, Papini S.P. *, Zuglian P. *, Tajani M. *, Fiorina L. *, Magni M. *, Maramieri L. *, Primerano L. *, Freni S. **

Riassunto

Obiettivi: In questo articolo viene introdotto il progetto di ricerca OPD-Milano. Questo progetto, avvalendosi dello strumento OPD, nasce dall'esigenza, emersa anche nella letteratura recente, di assegnare il trattamento più adeguato ad ogni singolo paziente. Qui presentiamo il primo step di questo progetto ovvero lo studio di attendibilità tra giudici nella versione italiana dello strumento OPD.

Metodi: Due gruppi di giudici, indipendenti e addestrati al corso OPD, si sono occupati di siglare la trascrizione dei colloqui di 20 pazienti consecutivi non selezionati, rivoltisi per una consultazione psichiatrica, consultazione condotta secondo le linee-guida per il colloquio OPD da un operatore addestrato. Per la misurazione dell'attendibilità fra giudici sono stati usati due logaritmi statistici, la Kappa di Cohen (Cohen, 1960) e la Weighted Kappa con ponderazione lineare (Cohen, 1968).

Risultati: I valori di attendibilità sono 0.65, 0.56, 0.62 (Weighted Kappa) rispettivamente per Asse I, Asse III, Asse IV e 0.63, 0.61 (Kappa di Cohen) rispettivamente per Asse II e Asse III conflitti principali.

Conclusioni: Dai nostri valori si evince una buona attendibilità per Asse I, Asse II, Asse III conflitti principali e Asse IV, e una attendibilità moderata per Asse III. I risultati sono in linea con gli studi internazionali sull'OPD e con studi "field trials" su ICD-10 e DSM IV.

* Unità di Psichiatria e Psicoterapia, Dipartimento di Scienze Cliniche L. Sacco, Università degli Studi di Milano, S.C. Psichiatria 4, Dsm Osp. Niguarda Ca' Granda.

Parole chiave: Assessment psicodinamico, Diagnosi, OPD, Attendibilità fra giudici.

Summary

Goals: The present study introduces the Milan-OPD research project. The project, focused on the use of the OPD Italian version, was born by the requirement to assign the more adequate treatment to a specific patient, a requirement also emerging in the recent literature. We are here presenting the first step of this project, the inter-rater reliability study in the OPD Italian version.

Methods: Two independent and OPD trained groups evaluated the interview transcriptions of 20 consecutive not-selected patients, coming for a psychiatric consultation conducted following OPD interview guidelines by a trained interviewer. The inter-rater reliability has been calculated using two different statistical algorithms, Coehn's Kappa (Cohen, 1960) and Linear Weighted Kappa (Cohen, 1968).

Results: Reliability values are 0.65, 0.56, 0.62 (Weighted Kappa) for Axis I, Axis III, Axis IV, respectively, and 0.63, 0.61 (Cohen's Kappa) for Axis II and Axis III main conflicts, respectively.

Conclusions: The results show a good reliability for Axis I, Axis II, Axis III main conflicts, Axis IV, and a moderate reliability for Axis III. The results are compatible with the international OPD literature and comparable to field trials studies with ICD-10 and DSM-IV.

Key words: Psychodynamic Assessment, Diagnosis, OPD, Inter-rater Reliability.

Introduzione

Il Progetto OPD Milano

Lo studio di attendibilità presentato in questo articolo si iscrive all'interno di un progetto di ricerca nato con la costituzione del Gruppo OPD

Milano nel 2004 presso la Struttura Complessa Psichiatria 4, del DSM della A.O.Osp. Niguarda Ca' Granda, a direzione universitaria, diretta dal Professor Salvatore Freni.

Il progetto si inserisce in quel filone di lavori che tenta di dare un contributo alla questione su quale possa essere l'intervento terapeutico più adeguato per ogni tipo di paziente, considerando nella loro complessità le specifiche vulnerabilità e potenzialità dell'individuo e del suo contesto sociale. Per poter lavorare in questa direzione è necessario sviluppare sistemi diagnostici che forniscano al clinico e al ricercatore linee guida empiricamente verificate sull'indicazione al trattamento psicoterapeutico e psichiatrico.

Infatti i comuni sistemi di diagnosi psichiatriche, come il DSM IV e ICD 10, che derivano da schemi fenomenologico-descrittivi basati rigorosamente su criteri di inclusione/esclusione di sintomi manifesti e privi di considerazioni eziologiche, di informazioni circa le motivazioni al trattamento e il contesto sociale, circa le modalità relazionali, le specifiche vulnerabilità e potenzialità del funzionamento cognitivo e privi di ipotesi sul collegamento tra tutti questi fattori, forniscono indicazioni cliniche troppo limitate per impostare un buon intervento terapeutico, in special modo psicoterapeutico.

Inoltre la maggior parte degli studi che valutano l'efficacia dei trattamenti, per specifiche categorie diagnostiche, partono dall'assunto che i pazienti che presentano lo stesso insieme di sintomi costituiscano un gruppo omogeneo, in assenza, però, di prove che suggeriscano similarità per molti altri fattori quali le attitudini al trattamento, le caratteristiche sociali, il funzionamento interpersonale, i tratti di personalità, i conflitti intrapsichici, la vulnerabilità psichica; fattori, questi, di indubbia importanza nel condurre i trattamenti psicoterapici e nell'influenzarne l'esito (Fava e Masserini, 2006).

Appare rilevante osservare come nella stessa introduzione della quarta edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali si legge "Fare una diagnosi con il DSM IV rappresenta soltanto il passo iniziale di una valutazione completa. Per formulare un piano di trattamento adeguato, il clinico avrà necessità di ulteriori informazioni riguardo all'individuo esaminato, oltre a quelle richieste per fare diagnosi con il DSM IV".

La questione della variabilità dei tipi clinici all'interno delle stesse categorie nosografiche descrittive e della necessità di differenziare gli approcci terapeutici in funzione appunto dei diversi tipi clinici si manifesta chiara-

mente se si esaminano i risultati degli studi di efficacia comparativa dei trattamenti. Per esempio nel Collaborative Research Program, uno degli studi più importanti sugli esiti dei trattamenti nei disturbi dell'umore promosso dall'NIMH (Elkin *et al.*, 1995; Sotsky *et al.*, 1991; Shea *et al.*, 1990) si evidenzia come i soggetti che rispondevano meglio a diversi tipi di terapie testati (IPT, CBT, Imipramina, Terapia Combinata) avevano caratteristiche differenti che non riguardavano la gravità e il tipo di sintomo. In particolare avevano un carattere predittivo dei risultati l'accoppiamento tra la terapia interpersonale e le capacità relazionali, le capacità cognitive e la CBT, e la presenza di difficoltà lavorative per quanto riguarda l'efficacia della terapia con Imipramina.

Nelle conclusioni della 25° Task Force dell'APA sui fattori terapeutici l'evidenza della letteratura suggerivano che l'efficacia dei trattamenti può migliorare se la relazione terapeutica viene adattata ai bisogni specifici dei pazienti (Tab.1)

Tabella 1. Conclusioni della 25° Task Force dell'APA (Norcross, 2001)

Fattori efficaci per personalizzare la terapia	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Resistenza/Reattanza</i> • <i>Deterioramento funzionale</i>
Fattori probabilmente efficaci per personalizzare la terapia	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Stile di coping;</i> • <i>Stadio del cambiamento</i> • <i>Stile anaclitico/sociotropico e introiettivo/autonomo</i> • <i>Aspettative e preferenze</i> • <i>Assimilazione dell'esperienza problematica</i>

Questo insieme di variabili si riferisce alle caratteristiche dei pazienti e alle possibilità di adattare la relazione terapeutica ai bisogni specifici e, appunto, alle loro caratteristiche specifiche nella prospettiva di aumentare l'efficienza del trattamento. Ad esempio alti tratti di resistenza sembrano rendere i pazienti vulnerabili a stili direttivi, aumentando il rischio di Drop out e

riducendo l'efficienza del trattamento. Lo stile di coping e alcune altre dimensioni, che compaiono nell'elenco, si riferiscono a stili abituali e duraturi di comportamento, ma anche a modalità di reazione a situazioni nuove e problematiche. Essi svolgono un ruolo di mediatori degli effetti del trattamento e possono indicare tipi di trattamento più idonei (anche considerando i trattamenti farmacologici).

Il deterioramento funzionale è una funzione complessa che riflette la gravità del problema e la vastità dell'area in cui si manifesta il ridotto funzionamento. Implica isolamento sociale, familiare, lavorativo e cronicità. In questi casi il concomitante sostegno sociale è il migliore predittore di risultati positivi nella psicoterapia.

L'utilizzo dello strumento di Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata (OPD) si pone nella prospettiva di valutare in maniera sufficientemente riproducibile e verificabile aspetti quali il vissuto di malattia e gli stili di coping del paziente, gli aspetti conflittuali, sia intrapsichici che interpersonali, e il livello di integrazione della struttura di personalità, avendo in tal modo un quadro clinico complessivo del funzionamento del paziente sufficientemente articolato, che permetta di formulare una corretta indicazione/controindicazione al trattamento e di predire con buona attendibilità i potenziali fattori di rischio che potrebbero ostacolare il processo terapeutico" (De Coro, Lang, 2006).

Il Sistema di Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata (OPD) (OPD, Arbeitsgruppe 1996, 2001)

Il Sistema OPD è un sistema diagnostico, empiricamente testato, che permette di integrare le categorie descrittive delle classificazioni psichiatriche internazionali (ICD-10 e DSM IV) con una valutazione più ricca e articolata del funzionamento globale della personalità del paziente, basata su categorie dimensionali e operazionalizzate derivanti dai contributi proposti dalla psicopatologia psicodinamica.

In modo tale da:

- Riuscire ad individuare nei primi colloqui variabili significative rispetto all'outcome che non compaiono nelle diagnosi descrittive (fattori quali

il funzionamento interpersonale, tratti di personalità, caratteristiche psicosociali, attitudini al trattamento).

- Rendere operazionalizzabili, ovvero osservabili e verificabili, concetti psicodinamici in modo tale da aumentare l'efficacia delle comunicazioni tecniche tra ricercatori e agevolare la ricerca scientifica in questo campo.
- Prestarsi all'uso didattico per la formazione nella psicoterapia psicodinamica.
- Offrire uno strumento di indagine per la ricerca scientifica potendo contribuire all'omogeneizzazione dei campioni nelle ricerche grazie all'uso di criteri diagnostici più approfonditi.

L'OPD può essere, utilizzato, oltre che come strumento diagnostico, e quindi prognostico, anche per lo studio dell'efficacia e/o dell'effectiveness della terapia.

Lo strumento risulta composto da cinque Assi:

I) *Vissuto di malattia e presupposti per il trattamento.*

Questo asse va a indagare il significato soggettivo dei sintomi e della richiesta d'aiuto del paziente. Le qualità del vissuto di malattia e le modalità con cui il disturbo viene elaborato hanno un ruolo fondamentale nella formulazione delle indicazioni terapeutiche. In particolare la ricerca in psicoterapia ha dimostrato che alcune variabili, indagate direttamente o indirettamente in questo asse quali la motivazione al cambiamento, i fattori predisponenti una buona alleanza di lavoro (Verga et al. 1999) e la presenza di una sufficiente rete di supporto sociale migliorano l'esito della psicoterapia.

II) *Esperienze relazionali e loro interpretazioni mentali.*

Questo asse comprende una formulazione del modello relazionale disfunzionale del paziente; ovvero i comportamenti che il soggetto mette in atto ripetutamente nelle relazioni significative e le modalità tipiche di reazione dell'altro che procurano sofferenza al soggetto, questi comportamenti vengono siglati in quattro differenti items, i quali mostrano (i) come il paziente senta di comportarsi, (ii) come il paziente senta che gli altri si comportino abitualmente nei suoi riguardi, (iii) come gli altri sentano che il paziente si comporti e (iv) come gli altri sentano di comportarsi nei

confronti del paziente; a questi punti sottostanno i concetti di coazione a ripetere-transfert e contro-transfert. Per metterlo a punto, i ricercatori sono partiti dal metodo SASB di Benjamin (1974) e dal CCRT di Luborsky e Crits-Christoph (1990).

III) *Conflitti intrapsichici e interpersonali.*

In questo asse vengono valutati i conflitti intrapsichici del soggetto ovvero l'incontro di tendenze comportamentali contrapposte. Si valuta quindi l'incapacità *persistente nel tempo* del soggetto di integrare desideri, motivazioni, bisogni inconsci e contraddittori. L'OPD individua sette conflitti (dipendenza Vs autonomia, sottomissione Vs controllo, accudimento Vs autarchia, autostima, super-io, edipici-sessuali, identità), per ognuno dei quali viene richiesto di determinare la presenza e il grado di significatività. Inoltre si valuterà la modalità di elaborazione che può essere passiva sul sé, o attiva, cioè caratterizzata da un comportamento controfobico centrato sull'altro. In questo asse si valuta anche la presenza di tratti alessitimici (assenza di percezione di conflitti e delle emozioni) o di situazioni stressanti conflittuali esterne che per la loro gravità e per una elaborazione conflittuale bastano a spiegare la sintomatologia del paziente.

IV) *Struttura.*

Il termine struttura indica l'insieme delle disposizioni psichiche, che comprendono tutto ciò che avviene regolarmente e ripetutamente nel vissuto e nel comportamento dell'individuo. La diagnosi strutturale valuta la vulnerabilità della personalità, la predisposizione ad ammalarsi e la capacità di elaborazione in modo tale da avere indicazioni per la scelta di un adeguato percorso terapeutico che tenga conto delle capacità e dei limiti strutturali del soggetto (cui non si può chiedere più di quanto sia in grado di dare) e per decidere gli obiettivi terapeutici (quanto il trattamento scelto possa contribuire alla costruzione della struttura). La diagnosi si articola su sei dimensioni, per ognuna delle quali viene richiesta una specifica valutazione: percezione di sé, dell'oggetto, meccanismi di difesa, capacità di costruire legami, capacità di autoregolazione e comunicazione empatica.

V) *Disturbi mentali e psicosomatici.*

Questo asse corrisponde alle diagnosi poste seguendo i manuali ICD-10 o DSM IV.

Il progetto di ricerca OPD Milano è stato, quindi, disegnato in maniera articolata nei seguenti step:

1. misurare la concordanza tra giudici: lo studio di attendibilità sull'OPD;
2. valutare le informazioni cliniche deducibile dall'OPD (campione di 50 pazienti consecutivi non selezionati):
 - a) verificare il tipo di correlazione, di sovrapposizione e di intersezione tra gli assi;
 - b) individuare configurazioni diagnostiche;
3. valutare il valore prognostico e di indicatore di trattamento di OPD.

Ciò potrà permettere di ipotizzare e verificare, nell'ultima fase del progetto, delle buone corrispondenze tra tipologia diagnostiche complesse e specifiche modalità di intervento (trattamenti farmacologici, psicoterapie a breve o lungo termine, trattamenti riabilitativi o integrati, ecc...) e di individuare fattori prognosticamente significativi.

Obiettivi

Lo scopo del presente studio è quello di verificare l'attendibilità inter-rater della versione italiana dello strumento OPD.

Vogliamo quindi misurare il grado con cui operatori diversi concordano sulla diagnosi OPD fatta indipendentemente l'uno dall'altro. Inoltre vogliamo verificare una concordanza interna al gruppo del "progetto OPD-Milano" sufficiente a poter proseguire il piano di ricerca complessivo.

Materiali e metodi

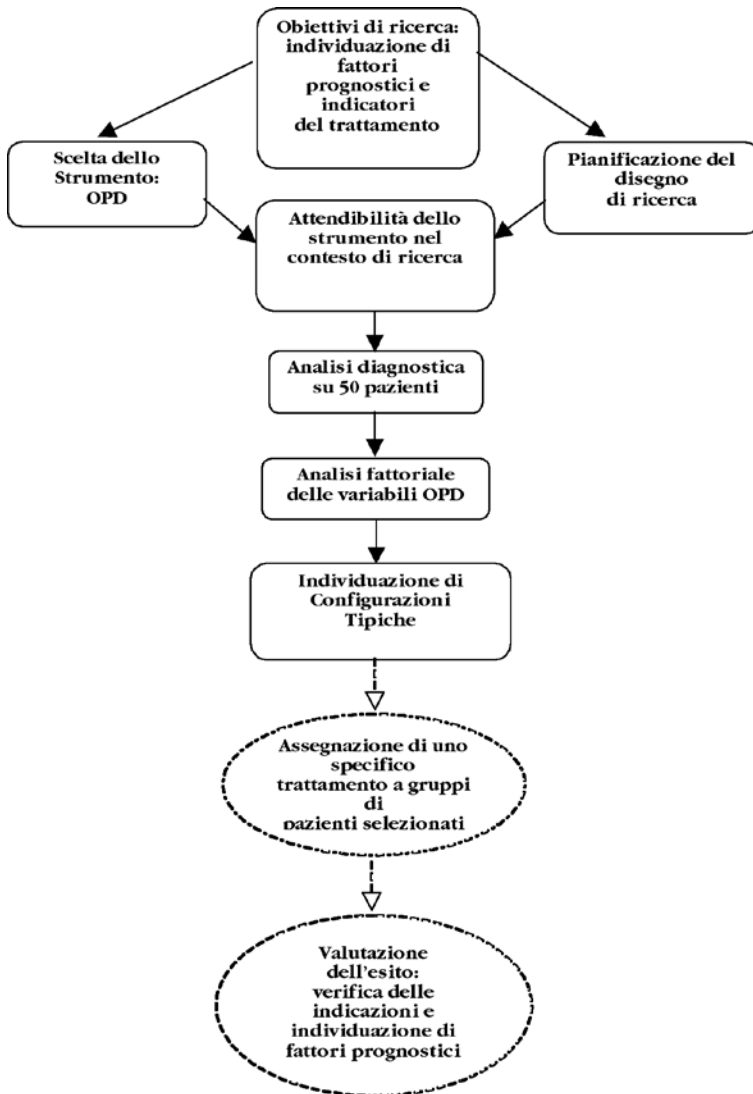
Campione

Due gruppi di ratificatori si sono occupati di siglare la trascrizione dei colloqui di 20 pazienti consecutivi (range di età 21-59) non selezionati rivol-

tisi per una consultazione psichiatrica a partire da settembre 2004 presso il Servizio di Psichiatria e Psicoterapia della Struttura Complessa di Psichiatria 4 della A.O. Osp. Niguarda Ca' Granda di Milano.

Tutti i pazienti hanno acconsentito a che la visita venisse audioregistrata a scopi di ricerca.

Figura 1 - Il progetto OPD-Milano



Procedure

Ogni consultazione è stata condotta secondo le linee-guida per il colloquio OPD da un operatore addestrato nel corso OPD.

Ogni seduta è stata audio registrata e valutata da due gruppi fissi di giudici indipendenti e addestrati che hanno seguito con successo l'addestramento OPD.

Analisi dei dati

Si è proceduto alla misurazione della inter rater reliability utilizzando due algoritmi statistici:

- Calcolo della Kappa di Cohen (Cohen, 1960): valuta il grado di corrispondenza tra le codifiche dei due ratificatori, dando peso analogo a tutte le non corrispondenze a prescindere dalla distanza tra le valutazioni (es.: una valutazione 0 del primo giudice e una 2 del secondo ha lo stesso peso di una valutazione 0 del primo giudice e una 4 del secondo, sullo stesso item, stesso paziente);
- Calcolo della Weighted Kappa (Cohen, 1968) con ponderazione lineare: pondera diversamente le non corrispondenze in base alla distanza delle valutazioni tra i giudici (nell'esempio precedente viene premiata la prima configurazione e non la seconda).

La Weighted Kappa con ponderazione *lineare* non è stata calcolata per l'asse III, Conflitto Principale, in quanto i dati raccolti sono di tipo categoriale e su scala nominale è valida solo la Kappa semplice.

La Weighted Kappa con ponderazione *lineare* non è stata calcolata per l'asse II, Esperienze relazionali e loro rappresentazione mentale, in quanto i dati sono in scala ordinale e un loro slittamento su scala ad intervallo (necessaria per la misurazione della W. Kappa con ponderazione lineare), presuppone l'assunzione di una ipotesi a priori forte non verificata (ossia che i costrutti amore-odio, controllo-autonomia siano non solo ordinati ma anche misurabili quantitativamente).

L'attendibilità delle valutazioni tra osservatori è stata valutata calcolando la Kappa di Cohen e la Kappa pesata lineare. Laddove possibile, è stata usata la massima estensione dei punteggi. Tuttavia in alcuni casi l'estensione dei punteggi usata è stata inferiore come range e diversa tra i due valutatori in particolare sono stati riscontrati pochi punteggi uguali a 4. Dove necessario il range è stato ridotto, perché l'analisi della Kappa richiede che entrambi i giudici usino lo stesso range per i punteggi.

L'accordo è giudicato "scarso" se il valore della Kappa è <0.45 , "moderato" fra 0.40 e 0.59, "buono" fra 0.60 e 0.74 e "eccellente" al di sopra di >0.70 . (Fleiss, 1981, Cicchetti, 1994)

È stato utilizzato il software statistico SPSS/PC, ver.12

Risultati

L'attendibilità delle valutazioni tra osservatori è riportata nella Tabella 2.

Tabella 2

ASSE	Tipo di Test	Stima	Standard Error	Intervallo di confidenza al 95%
I	Kappa	0.50	0.04	0.46-0.54
I	W. Kappa lineare	0.65	0.04	0.61-0.69
II	Kappa	0.63	0.05	0.58-0.68
III	Kappa	0.38	0.05	0.33-0.43
III	W. Kappa lineare	0.56	0.05	0.51-0.61

Cont.

III: conflitti principali	Kappa	0.61	0.10	0.51-0.71
IV	Kappa	0.45	0.07	0.38-0.52
IV	W. Kappa lineare	0.62	0.06	0.56-0.68

Conclusioni e discussione

Come possiamo osservare dalla Tabella 2, si è dimostrata una **buona attendibilità per l'Asse I, l'Asse II e Asse III conflitti principali e asse IV e una attendibilità moderata per Asse III.**

I nostri risultati **sono in linea con i dati della letteratura internazionale**, come si evidenzia nella Tabella 3

Tabella 3 (Rudolf et al., 2001)

ASSE	Kappa	Kappa, <i>Rudolf et al., 2001</i>
Asse I	WK=0.65	WK=0.47
Asse II	K = 0.63	WK=0.45/0.50
Asse III	WK = 0.56	WK= 0.40/0.43
Asse IV	WK= 0.62	WK=0.30/0.48
Asse III-conflitti principali	K= 0.61	K = 0.55
Asse IV-struttura complessiva	K= 0.45	K= 0.40/0.69

Cierpka (2001) riporta i seguenti dati rispetto all'attendibilità: Asse II tra 0,56-0,62, Asse III, tra 0,48 e 0,71 e Asse IV 0,70.

De Coro e Lang, 2004, in uno studio pilota su 20 casi italiani hanno trovato come i valori di attendibilità inter-rater oscillassero tra 0,62 e 0,73, 0,23 e 0,38, 0,39 e 0,68, 0,45 e 0,71 rispettivamente per gli Assi I, II, III e IV dell'OPD.

Sembra utile in conclusione riportare i dati di attendibilità disponibili riguardo al DSM- IV ottenuti nelle "prove su campo" (field trials) e con la SCID I per quanto riguarda i disturbi di Asse I, dove l'attendibilità è risultata tra moderata e buona ($ICC/k = 0.45-0.70$) (G. J. Meyer, 1999).

L'efficacia migliora in studi in contesti sperimentali. Gilbert (2006) riporta una Kappa della rater reliability delle principali diagnosi in Asse I DSM IV che varia tra 0,47 (Fobia sociale) e 0,86 (Bulimia nervosa) con una media di 0,69. Zanarini et al. (2000) in uno studio multicentrico su 27 pazienti riferisce un'attendibilità tra giudici attraverso la SCID I che varia tra 0,57 e 0,80 con una media 0,68.

Studi sull'utilizzo dell'ICD-10 nella routine clinica dimostrano un'attendibilità moderata (Michels, 2001).

Bibliografia

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2001). *Manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali* (DSM-IV-TR). Ed. it. Masson, Milano.
- BENJAMIN L.S. (1974). *Structural analysis of social behavior*. Psychology Review; 81, pp.392-425.
- CICCHETTI D.V. (1994). *Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology*. Psychological Assessment; 6, pp.284-290.
- CIERPKA M., GRANDE T., STASCH M., OBERBRACHT C., SCHNEIDER W., SCHUSSLER G., et al. (2001). *Zur Validitat der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD)*. Psychotherapeut; 46, pp.122-133.
- COHEN J. (1960). *A coefficient of agreement for nominal scale*. Educational Psychology Measure; 20, pp.37-46.

- COHEN J. (1968). *Weighted Kappa: nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit*. Psychological Bulletin; 70, pp.213-220.
- DAZZI M., DE CORO A., (2001). Prefazione *Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata (OPD)*, ed. Masson, Milano.
- DE CORO A., LANG M., DEL CORNO F., PAROLIN L., MATARRESEA A., PISCICELLI S., IBERNI E., BASILE M. (2004). "Operationalized Psychodynamic Diagnosis: A study of convergence between OPD system and clinical diagnosis". Relazione presentata al 35th international Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Roma.
- DE CORO A., LANG M., (2006), *La diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata (OPD) Uno strumento per la formulazione del caso clinico*, in N. Dazzi, V. Lingiardi, A. Colli (a cura di), *La ricerca in psicoterapia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- ELKIN I., GIBBONS R.D., SHEA M.T., SOTSKY S., WATKINS J., PILKONSIS P., (1995). *Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, pp.841-846.
- E.D. FAVA, C. MASSERINI, (2006). *Psicoterapia nei servizi pubblici*, in N. Dazzi, V. Lingiardi, A. Colli (a cura di), *La ricerca in psicoterapia*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp.171-187.
- FLEISS J.L. (1981). *Statistical Methods for Rates and Proportions*. Ed. 2, New York, Wiley.
- GUPPO DI LAVORO OPD (2002). *Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata. Presupposti teorici e applicazioni cliniche*, trad. it. a cura di A. De Coro, Masson, Milano.
- LUBORSKY L., CRITS-CRISTOPH P. (1992). *Capire il transfer*. Ed. it. Cortina, Milano.
- MEYER G. J. (1999). *Assessment: recognizing limitations and building on strengths*. XVI International Congress of the International Rorschach Society. Amsterdam.
- MICHELIS R., SIEBEL U., FREYBERGER HJ., SCHONELL H., DILLING H. (2001). *Evaluation of the multiaxial system of ICD-10 (preliminary draft): correlations between multiaxial assessment and clinical judgement*.

- nts of aetiology, treatment indication and prognosis. Psychopathology, 34, pp. 69-74.*
- NORCROSS J.C. (a cura di), 2001. Empirically Supported therapy relationships: Summary report of the Division 29 Task Force, in *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, special issue, 38, pp.3-497.
- RUDOLF G., *Wie analytische Psychotherapeuten Diagnosen handhaben. Eine Bestandsaufnahme und ein Plädoyer*, Psychotherapeut, 46, 102-109, 2001.
- SHEA M.T., PILKONIS P.A., BECKHAM E., COLLINS J.F., ELKIN I., SOTSKY S.M. & DOCHERTY J.P. (1990). *Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program*. American Journal of Psychiatry, 147, pp.711-718.
- SOTSKY S.M., GLASS D.R., SHEA M.T., PILKONIS P.A., COLLINS J.F., ELKIN I., WATKINS J.T., IMBER S.D., LEBER W.R, MOYER J., OLIVERI M.E. (1991). *Client predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: Findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program*. American Journal of Psychiatry, 148(8), pp. 997-1008.
- VERGA M., AZZONE P., VIGANÒ D., FRENI S. (1999). *Approccio empirico al concetto di alleanza in psicoterapia: alleanza di aiuto, di lavoro, terapeutica*, Ricerca in Psicoterapia, vol. 2, n. 1-2-3.
- ZANARINI M.C., SKODOL A.E., BENDER D., DOLAN R., SANISLOW C., CHAEFER E., MOREY L.C., GRILO C.M., SHEA M.T., MCGLASHAN T.H., UNDERSON J.G. (2000). *The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: reliability of axis I and II diagnoses*. Journal of Interpersonal Disorder; 14(4): pp.291-299.

PROGETTO OPD-MILANO: NUOVE CONFIGURAZIONI DIAGNOSTICHE CLINICAMENTE SIGNIFICATIVE

*Ferrari A. *, Papini S.P. *, Zuglian P. *, Conte M. *, Fava E. *, Tajani M. *,
Fiorina L. *, Magni M. *, Maramieri L. *, Primerano L. *, Freni S. **

Riassunto

Obiettivi: Il presente studio si propone di ricercare, con l'uso del OPD, configurazioni dimensionali ricorrenti, indipendenti dalla diagnosi nosografica descrittiva. In particolar modo la presenza di organizzazioni ripetute collegate con l'“esperienza di malattia e presupposti per il trattamento” e la loro correlazione con i fattori presenti sugli altri assi OPD.

Metodi: Il campione risulta costituito da 50 pazienti consecutivi non selezionati rivoltisi per una visita di consultazione psichiatrica e valutati da operatori addestrati.

Abbiamo in seguito eseguito un'analisi fattoriale con il metodo Varimax, tra le variabili OPD, sia all'interno dell'Asse I, sia tra tutte le variabili dei primi quattro assi.

Risultati: Dall'analisi fattoriale è emersa la presenza di tre configurazioni ricorrenti, denominate “Organizzazioni dell'esperienza di malattia”, delle quali una correla con fattori presenti in altri assi, portando alla caratterizzazione del “paziente deficitario”. Essa è una tipologia diagnostica che si caratterizza per la particolare gravità del quadro clinico e per la difficoltà di intervento. Trasversalmente alle organizzazioni si è osservata la presenza di un “Fattore motivazione”, il quale può essere presente in ognuna delle configurazioni portando ad una ulteriore specificazione diagnostico-terapeutica.

Conclusioni: L'individuazione empiricamente fondata di dimensioni diagnostiche complesse che si basano su fattori prognosticamente significativi e che trascendono dalla pura descrizione sintomatologica ci porta a ipotizzare

* Unità di Psichiatria e Psicoterapia, Dipartimento di Scienze Cliniche L. Sacco, Università degli Studi di Milano, S.C. Psichiatria 4, Dsm Osp. Niguarda Ca' Granda.

delle modalità di intervento terapeutico specifiche per diverse tipologie di pazienti.

Parole Chiave: OPD, Configurazioni Diagnostiche, Diagnosi Psicodinamica, Diagnosi Dimensionale, Diagnosi Multiassiale.

Summary

Goals: The present study wants to investigate, by the use of the OPD system, the existence of recurrent diagnostic configurations, independent from the nosographic descriptive diagnosis. In particular the presence of recurrent configuration connected to the “Experience of illness and prerequisites for treatment” and the correlations to the other OPD axes factors .

Methods: Subjects are 50 consecutive not selected patients, coming for a psychiatric consultation conducted by a trained interviewer. We conducted a factor analysis, using Varimax method, among OPD variables, firstly within axis I and then among all the first four axes variables.

Results: The factor analysis show the presence of three recurrent configurations, that we called “Experience of illness organizations”. One of those configurations correlates to other axes factors, characterizing the “patient with a deficit”. That diagnostic configuration is characterized by a particular seriousness in the clinical picture and by the complexity of the intervention. There is also a trans-categories factor, the “Motivation factor”, that could be useful for a further diagnostic-therapeutic specification.

Conclusions: The empirically supported characterization of complex diagnostic categories, based on significant prognostic factors and not related only to the symptomatological description, permits hypotheses about specific treatments and interventions for specific types of patients.

Key words: OPD, Diagnostic configurations, Psychodynamic diagnosis, Dimensional Diagnosis, Multi-axial Diagnosis.

Introduzione

Lo studio prospettico longitudinale si propone di ricercare, attraverso un'analisi fattoriale delle variabili OPD raccolte su 50 pazienti ambulatoriali, delle configurazioni diagnostiche OPD ricorrenti.

In particolare ci siamo proposti di individuare delle organizzazioni ripetute di “esperienza di malattia e presupposti per il trattamento” (cercando delle correlazioni tra le 19 variabili dell’Asse I OPD) e di correlare queste con i fattori presenti sugli altri assi OPD (relazioni interpersonali disfunzionali, conflitti, struttura)

L’individuazione di categorie di pazienti che presentano determinate modalità di funzionamento potrà permettere di assegnare ad ogni categoria tipologie specifiche di interventi terapeutici, nella prospettiva, quindi, di realizzare quella che è stata definita (Norcross, 2001) la “personalizzazione dei trattamenti”.

Infatti nella conclusione della 29° Task Force (Norcross, 2001), relative all’individuazione dei fattori terapeutici, sono stati individuati, accanto a variabili di carattere generale, valide per tutti, insiemi di variabili che si riferiscono alle caratteristiche di specifici tipi di pazienti: che danno quindi la possibilità di adattare la relazione terapeutica a bisogni specifici e appunto alle loro caratteristiche specifiche nella prospettiva di aumentare l’efficienza del trattamento (Fava, 2006) (vedi Tabella 1).

Tabella 1. Fattori efficaci dimostrabili per personalizzare la terapia (Norcross 2001)

Fattori efficaci per personalizzare la terapia	<ul style="list-style-type: none"> • Resistenza/Reattanza; • Deterioramento funzionale.
Fattori probabilmente efficaci per personalizzare la terapia	<ul style="list-style-type: none"> • Stile di coping; • Stadio del cambiamento; • Stile anaclitico/sociotropico e introiettivo/autonomo; • Aspettative e preferenze; • Assimilazione dell’esperienza problematica.

Per esempio i pazienti che presentano alti livelli di resistenza rispondono meglio a metodi di autocontrollo, a bassa direttività del terapeuta, mentre i pazienti con bassi livelli di resistenza hanno risultati migliori con terapeuti direttivi e con una conduzione esplicita.

Material e metodo

Campione

50 pazienti consecutivi non selezionati rivoltisi per una visita di consultazione presso l'ambulatorio di Psichiatria e Psicoterapia della Struttura Complessa Psichiatria 4 e valutati da operatori addestrati con il sistema OPD, seguendo le linee guida del manuale.

Figura 1 - Diagnosi sull'asse I del DSM IV

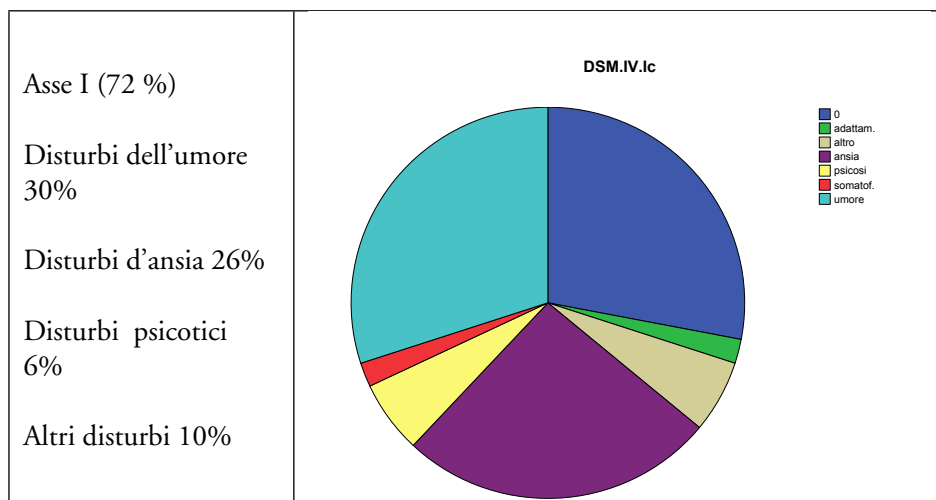
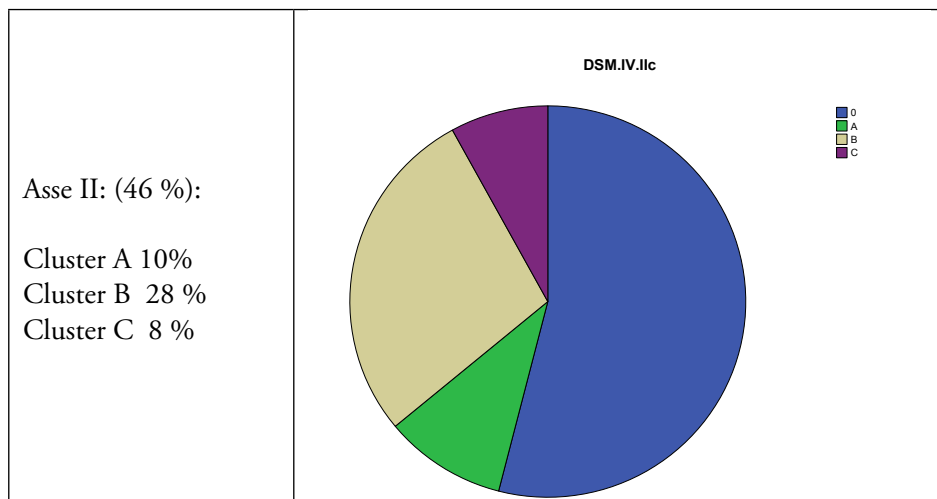


Figura 2 - Diagnosi sull'asse II del DSM VI*Caratteristiche sociodemografiche*

Donne 62%

Uomini 38%

Età media 37,5 anni

Range 21-76 anni

Procedure e analisi statistiche

Ogni consultazione è stata condotta secondo le linee-guida per il colloquio OPD da un operatore addestrato nel corso OPD.

È stata quindi eseguita un'analisi fattoriale, tramite il metodo Varimax, tra le variabili OPD, sia all'interno dell'Asse I (Esperienza di malattia e presupposti per il trattamento) sia tra tutte le variabili dei primi quattro assi.

È stato utilizzato il software statistico SPSS/PC, ver.12.

Risultati

Caratteristiche opd del campione: statistica descrittiva

Asse I

Il campione preso in esame mediamente manifesta un livello di gravità del quadro psichico moderato e maggiore di quello fisico. Infatti il 56% dei soggetti non mostra una sintomatologia fisica, mentre il 48% manifesta un livello di gravità del quadro psichico moderato.

A questo bisogna aggiungere l'osservazione di come sia la sofferenza soggettiva che il grado di compromissione dell'esperienza di Sé si attestino in più dell'80% dei pazienti su livelli da basso a moderato.

Il campione tendenzialmente presenta pochi vantaggi secondari dalla patologia e possiede una capacità di riconoscere i nessi psicodinamici stimata tra bassa e media.

Tende ad esprimere nella consultazione maggiormente i sintomi psichici piuttosto che quelli fisici, che nel 50 % dei casi risulta assente; inoltre i pazienti esprimono una motivazione alla psicoterapia moderata o buona (risulta opportuno tenere in considerazione che molti di questi pazienti sono stati inviati dai CPS (Centri Psico-Sociali) con la richiesta di una valutazione dell'indicazione a questo tipo di trattamento) e maggiore rispetto alla motivazione alla terapia medica. Il 72% dei soggetti dichiara una motivazione alla psicoterapia moderata-buona, mentre il 56% dichiara una motivazione scarsa-moderata per quanto concerne la terapia medica.

Il livello di integrazione psicosociale medio è moderato o elevato mentre il sostegno sociale risulta distribuito su tutti e tre i valori; si osserva inoltre come il 92% dei soggetti abbia delle risorse personali per l'elaborazione della malattia tra lo scarso ed il moderato.

Per quanto riguarda le singole configurazioni diagnostiche si rimanda all'analisi fattoriale discussa nelle conclusioni .

Asse III.

I conflitti principali maggiormente rappresentati nel campione sono (Tabella 2) :

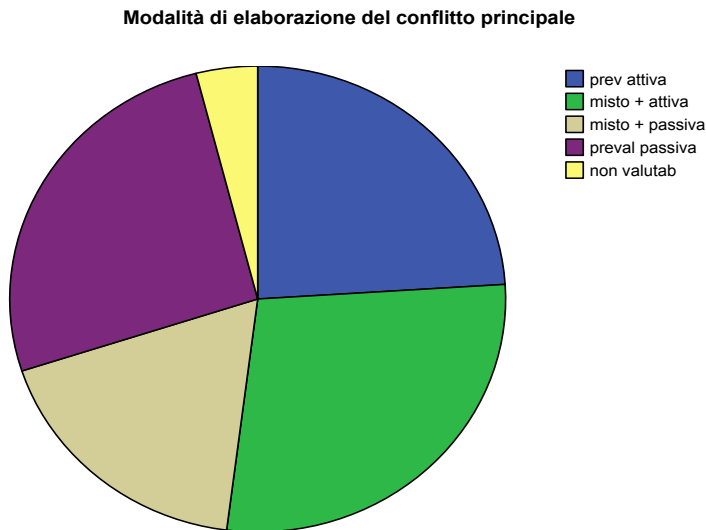
1. Accudimento Vs. Autarchia (36%);
2. Autonomia Vs. Dipendenza (30%);
3. Sottomissione Vs. Controllo (12%).

Tra i conflitti secondari i più presenti sono : sottomissione-controllo (36%) e il conflitto relativo alla stima del sé (26%). La modalità di elaborazione dei conflitti si distribuisce equamente tra la modalità passiva e quella attiva (Figura 3).

Tabella 2 Conflitto principale secondo l'Asse III dell'OPD

Conflitto principale				
				Cumulative
Valid 0	2	4,0	4,0	4,0
dipe vs auton	15	30,0	30,0	34,0
sottm vs contr	6	12,0	12,0	46,0
accud vs autarc	18	36,0	36,0	82,0
autostima	5	10,0	10,0	92,0
super-io/colpa	3	6,0	6,0	98,0
identità	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Figura 3. Modalità di elaborazione del conflitto principale



Asse IV

Si tratta di pazienti con una struttura relativamente omogenea nei vari items, nei quali, però, si riscontra un deficit maggiore per quanto riguarda il legame (media 2,4). La valutazione media della struttura, sia per quanto riguarda le singole dimensioni sia la sua globalità, corrisponde ad un livello moderatamente integrato (media 2,2)

Tabella 3 - Struttura secondo l'asse IV dell'OPD

	N	Minimo	Massimo	Media	Deviazione Standard
Percezione di sé	50	1,0	3,5	1,960	,5789
Autoregolazione	50	1,0	4,0	2,260	,6081
Difese	50	1,5	4,0	2,150	,5737
Percezione dell'oggetto	50	1,5	4,0	2,270	,6406
Comunicazione	50	1,0	4,0	2,020	,6305
Legame	50	1,0	4,0	2,420	1,1082
Valutazione complessiva della struttura	50	1,5	4,0	2,190	,5967

La statistica descrittiva ci permette di individuare le caratteristiche OPD dei pazienti ambulatoriali afferenti al Servizio di Psichiatria Dinamica e Psicoterapia della Struttura Complessa Psichiatria 4.

Analisi fattoriale

Qui di seguito riporto i risultati dell'analisi fattoriale sulle variabili dell'ASSE I (Tabella 4). Sono state individuate 4 componenti di variabili che si correlano tra loro (vedi conclusioni)

Tabella 4 - Analisi fattoriale Asse I dell'OPD.

Pattern Matrix ^a

Asse I-Livello di gravità del quadro organico	-.217	,778	,133	-.151	,144	,139	-.095
Asse I-Livello di gravità del quadro psichico	-.865	,032	-.139	-.085	,105	,009	,081
Asse I-Sofferenza soggettiva del paziente	-.791	,244	,143	-.033	,003	-.068	,131
Asse I-Compromissione dell'esperienza di sé	-.792	-.132	,096	,339	-.080	-.160	-.074
Asse I-Grado di impedimento fisico	-.044	,696	-.475	,091	-.136	,005	-.069
Asse I-Vantaggio secondario della malattia	,155	,068	,034	,159	,171	,846	,057
Asse I-Capacità di riconoscere i nessi psicodinamici e/o psicosomatici	,012	-.138	,670	-.120	-.192	-.051	-.109
Asse I-Peso di eventuali disturbi fisici sull'esperienza soggettiva	-.304	,406	,252	-.015	-.076	,094	-.446
Asse I-Valutazione della forma di trattamento più idonea: psicoterapia	,238	-.189	,240	-.567	-.320	,190	-.116
Asse I-Valutazione della forma di trattamento più idonea: terapia medica	,033	,023	,072	-.850	,158	-.256	,003
Asse I-Motivazione alla psicoterapia	,073	,090	,298	-.106	,198	,122	-.699
Asse I-Motivazione alla terapia medica	,111	-.003	-.189	-.209	,351	-.274	-.716
Asse I-Compliance	-.010	-.059	-.104	,188	-.336	-.027	-.800
Asse I-Presentazione dei sintomi fisici	,304	,816	-.117	,117	-.097	-.074	,119
Asse I-Presentazione dei sintomi psichici	-.549	-.047	,584	-.022	,191	,147	,176
Asse I-Integrazione psicosociale	,632	,185	,328	,141	,080	-.384	,210
Asse I-Risorse personali per l'elaborazione della malattia	,440	,073	,388	,315	-.082	,053	-.423
Asse I-Sostegno sociale	,074	,063	,146	,083	-.786	-.278	,008
Asse I-Adeguatezza senso di limitazione soggettiva risp a entità disturbo	,198	-.033	,305	,440	,474	-.312	-.114

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a.

Nella tabella 5 possiamo osservare la correlazione tra le variabili di tutti gli assi.

Tabella 5 - Correlazione tra le variabili di tutti gli assi dell'OPD

Rotated Component Matrix ^a										
Asse I-Livello di gravità del quadro organico	-.022	.281	.433	.624	.066	-.155	.078	.089	-.178	.022
Asse I-Livello di gravità del quadro psichico	.689	-.081	.576	.065	-.025	-.081	-.030	-.026	-.106	-.028
Asse I-Sofferenza soggettiva del paziente	.307	-.066	.821	.133	.078	.013	-.058	-.075	-.084	-.032
Asse I-Compromissione dell'esperienza di sé	.502	.033	.531	-.121	-.044	.229	-.072	.007	.355	-.252
Asse I-Grado di impedimento fisico	.128	.014	-.057	.851	.044	.032	-.189	.010	.023	-.139
Asse I-Vantaggio secondario della malattia	.012	.032	-.022	.011	.922	-.166	.060	-.030	-.126	-.055
Asse I-Capacità di riconoscere i nessi psicodinamici e/o psicosomatici	-.437	.275	.316	-.356	-.042	.178	.132	-.336	.063	.208
Asse I-Peso di eventuali disturbi fisici sull'esperienza soggettiva	.047	.636	.303	.315	-.014	.109	.258	.022	-.043	.009
Asse I-Valutazione della forma di trattamento più idonea: psicoterapia	-.034	.218	-.199	-.238	.055	.086	-.153	-.257	.116	.729
Asse I-Valutazione della forma di trattamento più idonea: terapia medica	-.035	-.051	.117	-.097	-.071	-.141	.035	.365	-.089	.785
Asse I-Motivazione alla psicoterapia	-.169	.804	.048	-.078	-.049	-.089	-.149	.091	.083	.100
Asse I-Motivazione alla terapia medica	-.145	.511	-.115	-.052	-.131	-.046	-.080	.628	-.182	.032
Asse I-Compliance	-.124	.575	-.098	.016	.098	.553	-.232	.073	.095	-.108
Asse I-Presentazione dei sintomi fisici	-.301	-.053	-.051	.808	.058	-.049	-.032	.028	.146	-.094
Asse I-Presentazione dei sintomi psichici	.254	.081	.633	-.297	.158	-.144	.371	-.029	.069	.066
Asse I-Integrazione psicosociale	-.736	-.223	-.128	-.006	-.164	.016	.083	.286	.233	-.097
Asse I-Risorse personali per l'elaborazione della malattia	-.483	.483	-.227	-.047	.057	.205	.213	.022	.218	-.201
Asse I-Sostegno sociale	-.167	-.102	-.097	.093	-.081	.773	.139	-.068	.122	.075
Asse I-Adeguatezza senso di limitazione soggettiva risp a entità disturbo	-.415	.134	.074	-.159	-.096	-.317	.006	.163	.579	-.356
Asse III-Dipendenza vs Autonomia	.325	.069	.070	-.159	.080	-.014	.734	.007	.039	.036
Asse III-Sottomissione vs Controllo	.059	.502	-.182	.022	-.071	-.334	.228	-.063	-.101	.094
Asse III-Accudimento vs Autarchia	-.354	.028	.008	.028	.031	-.060	-.759	.029	-.083	.135
Asse III-Conflicti relativi all'autostima	-.040	-.137	.146	.069	.835	.095	-.073	.021	.158	.010
Asse III-Conflicti relativi al super-io e di colpa	-.096	.087	.007	.120	.579	.193	.218	-.041	.582	.101
Asse III-Conflicti edipici/sessuali	-.043	.025	-.016	.111	.046	.183	.013	.828	.238	.071
Asse III-Conflicti relativi all'identità	.087	.017	.089	-.303	.029	.732	-.031	.276	-.188	-.111
Percezione di sé	.897	-.135	.052	-.076	-.074	-.063	.269	-.036	.047	.023
Autoregolazione	.809	-.105	.334	-.038	.071	-.123	.225	.031	.009	.042
Difese	.820	.041	.130	-.194	-.012	-.075	.226	-.103	-.006	-.067
Percezione dell'oggetto	.923	-.073	.076	.049	-.006	.040	.204	.033	.078	-.015
Comunicazione	.899	-.090	-.038	-.050	-.124	-.002	-.033	.004	.049	-.059
Legame	.483	-.080	-.147	.186	.118	.065	.085	.202	.631	.122
Valutazione complessiva della struttura	.910	-.096	.165	.032	.002	-.001	.264	.052	-.005	-.037

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a.

Discussione

Abbiamo individuato all'interno dell'Asse I tre configurazioni ricorrenti che abbiamo denominato "organizzazioni dell'esperienza di malattia":

- *organizzazione 1. Paziente ad espressività prevalentemente psichica con poche risorse personali*
- *organizzazione 2. Paziente ad espressività prevalentemente fisica*
- *organizzazione 3. Paziente ad espressività prevalentemente psichica con elevate risorse personali*

Inoltre abbiamo individuato una serie di variabili correlate tra loro che nell'insieme definiscono un "**fattore motivazione**" che può essere presente in ognuna delle tre organizzazioni.

Per quanto riguarda la correlazione interassi OPD abbiamo verificato che la *organizzazione 1* correla con molte altre variabile sull'Asse III e IV e va a definire un particolare assetto diagnostico complessivo che abbiamo denominato "**il paziente deficitario**". L'assetto deficitario sembra descrivere, in termini OPD, cioè in termini di funzionamento interno, quello che in letteratura viene definito il "deterioramento funzionale", una funzione complessa che riflette la gravità del problema e la vastità dell'area in cui si manifesta il ridotto funzionamento. Implica isolamento sociale, familiare, lavorativo e cronicità. In questi casi il concomitante sostegno sociale è il migliore predittore di risultati positivi nella psicoterapia (Beutler et al.,2004). Inoltre abbiamo verificato come il *fattore motivazione* correli con il conflitto "sottomissione-controllo" (Asse III).

ORGANIZZAZIONE 1

Il paziente ad espressività prevalentemente psichica con poche risorse personali e il paziente deficitario

Il paziente ad espressività prevalentemente psichica con poche risorse personali si presenta rispetto all'Asse I con le seguenti caratteristiche:

- Maggiore livello di gravità del quadro psichico

- Maggiore sofferenza soggettiva
- Maggiore compromissione dell'esperienza di sé
- Maggiore presentazione di sintomi psichici
- Minore presentazione di sintomi fisici
- Minore capacità di riconoscere i nessi psicodinamici e/o psicosomatici
- Minore integrazione psicosociale
- Minori risorse personali per l'elaborazione di malattia

Si tratta di un paziente che presenta, al momento del colloquio, un quadro psichico valutato dal clinico come piuttosto grave; questa valutazione considera contemporaneamente il tipo, il grado, la cronicità del disturbo e il livello di integrazione della personalità e l'adattamento sociale in ambito professionale, del tempo libero e della famiglia.

Questa valutazione clinica coincide con la considerazione che il paziente ha di sé e del proprio disturbo. Il livello elevato di sofferenza soggettiva mostra un vissuto intensamente doloroso relativo agli aspetti legati alla malattia, mentre la compromissione dell'esperienza di sé indica che il disturbo non è conciliabile con il senso dell'Io e con l'autostima e che il paziente non è in grado di accettare la malattia e le sue conseguenze, le quali minano l'immagine di sé nel suo insieme.

È un paziente che pur percependo che l'origine della propria sofferenza è innanzitutto psichica (maggiore presentazione dei sintomi psichici e rispetto a quelli organici) non è in grado di stabilire dei nessi fra i conflitti o gli eventi stressanti e i propri sintomi, ovvero di dar un senso al proprio disturbo.

Date tali caratteristiche non stupisce sia la presenza di poche risorse per l'elaborazione della malattia, che implicano l'assenza di un'adeguata fiducia in sé stessi, di speranza nella guarigione e di un'autostima stabile, sia una minore integrazione psicosociale che descrive una persona con pochi rapporti sociali, per lo più insoddisfacenti, poco inserita professionalmente, spesso disoccupata.

La descrizione di questo particolare quadro diagnostico risulterebbe incompleta se non tenessimo in considerazione le altre caratteristiche che, dal nostro studio, considerando le correlazioni con gli altri assi, risultano associate a questo tipo di organizzazione e che definiscono "il paziente deficitario".

“Il paziente deficitario” presenta:

- Organizzazione dell’esperienza di malattia ad “espressività prevalentemente psichica e con poche risorse personali” (Asse I)
- Conflitto “Dipendenza versus autonomia” (Asse III)
- *Minore capacità di percepire correttamente sé* ovvero bassa capacità autoriflessiva, di sviluppare l’immagine di sé e un’identità, di introspezione e di differenziazione dei propri affetti (Asse IV)
- *Minore capacità di percepire correttamente l’oggetto* ovvero bassa capacità di distinguere chiaramente tra realtà interna ed esterna, di percepire coerentemente e empaticamente l’altro come intero, con propri diritti e intenzioni (Asse IV)
- *Minore capacità di autoregolazione* ovvero presenza di comportamenti impulsivi, tendenza all’autosvalutazione e fragile regolazione dell’auto-stima, incapacità a tollerare affetti anedonici (Asse IV)
- *Meccanismi di difesa più immaturi* (Asse IV)
- *Minore capacità di comunicazione* con difficoltà nel comprendere i segnali affettivi dell’altro, rotture della comunicazione, incomprensioni (Asse IV)
- *Minore capacità di legarsi a persone significative* per la scarsa capacità di internalizzazione, di tollerare le separazioni e di stabilire legami diversificati (Asse IV)
- *Struttura di personalità complessivamente meno integrata* (Asse IV)

Si osserva come i pazienti con un’organizzazione di esperienza di malattia come quella descritta sopra mostrano tendenzialmente un conflitto (dipendenza Vs autonomia) che ruota intorno al tema dell’indipendenza o, meglio, della capacità di individuazione. I poli opposti di tale conflitto sono dati da un lato dalla ricerca di relazioni e, dall’altro, dalla ricerca dell’autonomia e dalle paure legate all’indipendenza e alla responsabilità. Sono persone non in grado di stabilire e approfondire relazioni flessibili e reciproche in quanto la vicinanza, o la distanza, da persone significative induce una minaccia al senso di sé e con essa una intensa angoscia. Ciò spiegherebbe la significatività di alcuni fattori sull’Asse I quali l’elevata sofferenza soggettiva legata alla malattia, l’incapacità di inte-

grare il disturbo con l'immagine di sé e le limitazioni nell'inserimento sociale.

Esempi clinici sono le strutture caratteriali schizoidi (nella elaborazione attiva), le relazioni di tipo fusionale basate sulla rinuncia di autonomia e le più gravi strutture di personalità tipo borderline.

La nostra ricerca evidenzia, inoltre, come tale assetto diagnostico tenda ad accompagnarsi con una minore integrazione della struttura di personalità. Ciò rileva un deficit evolutivo che può indicare come a livello strutturale non siano avvenute determinate tappe di differenziazione ed integrazione. Il Sé non è capace di autonomia, né di riflettere su sé stesso, né è in grado di organizzarsi in modo adeguato e neppure si è sviluppato un legame affidabile con un altro che dia sicurezza. L'esame di realtà è spesso deficitario, i conflitti sono di natura interpersonale piuttosto che intrapsichica.

L'angoscia che viene scatenata dall'avvicinamento ad un altro significativo (affetto principale del conflitto dipendenza versus autonomia nella modalità attiva) può essere causa e conseguenza della incapacità di comprendere i segnali comunicativi e prevedere le intenzioni dell'altro (percezione dell'oggetto, comunicazione), e tollerarne un'eventuale separazione (legame). La proiezione sull'esterno di oggetti interni punitivi e svalutativi (legame) può portare a vivere l'altro come oggetto persecutorio e quindi come un oggetto pericoloso da cui allontanarsi o da cui dipendere totalmente e acriticamente (conflitto).

Il paradigma del "paziente deficitario", così come appare dalla nostra analisi, sembra avere molte caratteristiche in comune con il paziente "grave" e con il paziente con "deterioramento funzionale" (Beutler et al 2004). Rispetto a queste definizioni sembra tuttavia offrire una maggiore accuratezza descrittiva.

Il paziente grave è definito dal National Institute of Mental Health in base:

1. *alla gravità della sintomatologia* che corrisponde nel nostro studio al "maggiore livello di gravità del quadro clinico"
2. *alla cronicità* del disturbo che nella valutazione OPD è documentata dalla presenza di un deficit di struttura che persiste da alcuni anni
3. *al grado di disfunzione sociale, occupazionale o scolastico*, ciò che nel nostro contesto è indicato dalla minore integrazione psicosociale.

Gli elementi di difficoltà si intrecciano con gli elementi di gravità, infatti sia la gravità dei sintomi sia l'immaturità sociale sono fattori che in alcuni studi (Ferrari, et al. 2005) si sono dimostrati tra gli indicatori principali di un esito negativo del trattamento. Le poche risorse sociali e personali per far fronte al disturbo sono ulteriori fattori di vulnerabilità. Inoltre la natura del conflitto principale nella sua elaborazione attiva, insieme alla vulnerabilità strutturale, portano il paziente a vivere le relazioni (compresa quella terapeutica) come pericolose, inglobanti e onnipotenti e quindi ad evitarle. Occorrerà quindi una specifica abilità e sensibilità per costruire una buona alleanza terapeutica.

Date queste caratteristiche il paziente deficitario necessiterà dell'impiego di tempi e risorse consistenti (Gaw & Beutler, 1995). In questi casi è necessario un intervento terapeutico integrato che preveda la collaborazione di più operatori, ma soprattutto occorreranno modelli di intervento "sostitutivi" e "ricostruttivi" del funzionamento psichico del paziente. In presenza di una buona motivazione (vd. Fattore motivazione) si considererà la proposta di un intervento psicoterapico i cui obiettivi saranno innanzitutto la difficile costruzione di un'alleanza di lavoro costituita da una connotazione di fiducia e quindi quello di aiutare il paziente a maturare una struttura più integrata.

ORGANIZZAZIONE 2

Il paziente ad espressività prevalentemente fisica

Il paziente ad espressività prevalentemente fisica si presenta con le seguenti caratteristiche:

- Maggiore livello di gravità del quadro organico.
- Maggiore grado di impedimento fisico.
- Maggiore capacità di riconoscere i nessi somato-psichici.
- Presentazione dei sintomi fisici.

In questo gruppo rientrano pazienti che, pur rivolgendosi ad un ambulatorio psichiatrico, segnalano al medico innanzitutto le proprie sofferenze somatiche.

Il clinico ha valutato come significative le limitazioni corporee esistenti al momento del colloquio; esse possono – ma non necessariamente – corrispondere alla gravità della patologia organica (gravità del quadro organico). Tali sintomi comportano un forte grado di impedimento in ambito fisico, che può riferirsi sia ai disturbi della funzione dei singoli sistemi d'organo, ma anche ad impedimenti percettivi, alle capacità cognitive e alla mobilità (grado di impedimento fisico).

Questi pazienti mettono in primo piano durante la visita i sintomi somatici (presentazione dei sintomi fisici) e riconoscono che i sintomi psichici possono rappresentare la conseguenza del disturbo fisico (capacità di riconoscere i nessi somato-psichici).

Rispetto a questa categoria di pazienti abbiamo due possibilità: la prima è che, effettivamente, la sofferenza psichica per la quale si rivolgono ad un ambulatorio psichiatrico sia la diretta conseguenza di un patologia organica (ad es. malati oncologici o handicap motori, deficit legati all'anzianità, etc...), la seconda è che siano pazienti che esprimono il proprio disagio psichico somaticamente. In quest'ultimo caso pensiamo a soggetti, presumibilmente con tratti Alessitimici, che adottano uno stile comunicativo caratterizzato dalla traduzione sul corpo del proprio stato d'animo. Essi subirebbero il fenomeno della sovrapposizione corporea e, comunicando allo psichiatra la propria sofferenza fisica, in realtà parlano del proprio disagio psichico.

L'intervento terapeutico dovrà quindi essere calibrato diversamente a seconda delle due situazioni. Nel primo caso è probabilmente più indicato un intervento psicoterapeutico incentrato sulla elaborazione del deficit fisico e del lutto ad esso connesso e sul supporto basato su una realistica rassicurazione; nel secondo caso il clinico dovrà valutare la possibilità, attraverso un complesso intervento psicoterapeutico, di aiutare il paziente a tradurre i sintomi fisici in segnali di una sofferenza psichica e affrontare questa in un percorso psicoterapeutico. Una recente review (Kathryn, 2006) indica come molte evidenze scientifiche supportino l'efficacia per i pazienti con disturbi organici della terapia cognitivo-comportamentale. Essa include strategie di problem solving e skill training per incrementare il coping rispetto ai sintomi cronici somatici, per modificare comportamenti disfunzionali nei confronti della sofferenza somatica e per ridurre gli stress fisici. I pazienti imparerebbero attraverso tecniche specifiche a riconoscere pensieri catastrofici in relazione ai

sintomi e sostituirli con pensieri più realistici, adattativi e meno allarmanti; inoltre questo approccio incoraggerebbe i pazienti a osservare i collegamenti tra eventi di vita stressanti e l'aumento dei sintomi fisici e a combatterli attraverso tecniche di rilassamento corporeo. L'intervento prevede inoltre tecniche per ridurre l'ipervigilanza sul corpo e l'eccessiva attenzione ai sintomi somatici.

ORGANIZZAZIONE 3

Paziente ad espressività prevalentemente psichica con elevate risorse personali

Il paziente ad espressività prevalentemente psichica con elevate risorse personali si presenta con le seguenti caratteristiche:

- Maggiore capacità di riconoscere i nessi psicodinamici e psicosomatici
- Maggiore presentazione di sintomi psichici
- Minore presentazione di sintomi fisici
- Maggiore integrazione psicosociale
- Maggiori risorse personali per l'elaborazione della malattia

Il gruppo di pazienti con questa organizzazione di esperienza di malattia mettono in primo piano nella descrizione del loro disagio i sintomi psichici e meno i sintomi fisici (presentazione di sintomi psichici/fisici in primo piano). Una buona capacità di simbolizzazione è dimostrata dalla capacità di stabile nessi fra i conflitti o gli eventi di vita stressanti e i propri sintomi; sono pazienti in grado di esplicitare tali nessi e aperti a ipotesi o riferimenti in tal senso da parte del clinico.

Sono persone integrate nella propria vita privata (rapporti di coppia, amicizie, conoscenze, gruppi sociali, ecc...) e nell'ambito professionale: hanno contatti ben definiti e soddisfacenti, sono inserite professionalmente, hanno un lavoro che è in gran parte soddisfacente; sono in buoni rapporti con colleghi e superiori (integrazione psicosociale). Hanno inoltre risorse personali e caratteristiche che li aiutano a far fronte al disturbo e alle sue conseguenze; possiedono quindi la capacità di sopportare la sofferenza e il dolore, hanno un'adeguata fiducia in sé stessi, buone prospettive di vita ed eventuali precedenti momenti di crisi si sono risolti favorevolmente (risorse personali).

La presenza di molti punti di forza per affrontare la patologia e una eventuale psicoterapia, quali la disponibilità a ragionare sulla propria sofferenza, la capacità di introspezione e riflessione, la bassa vulnerabilità allo stress, la capacità di tollerare frustrazioni e angoscia e il buon adattamento sociale, porta ad ipotizzare un'indicazione ad un trattamento psicoterapeutico con buone probabilità di successo. In particolare se a queste caratteristiche si aggiunge il così detto "fattore motivazione".

Il fattore motivazione

Il fattore motivazione si compone delle seguenti variabili che tendono a correlare insieme:

- Maggiore motivazione alla psicoterapia.
- Maggiore motivazione alla terapia medica.
- Maggiore compliance.
- Maggiori risorse personali per l'elaborazione della malattia.

Sono pazienti disponibili e interessati sia alla psicoterapia che alla terapia medica o farmacologica; si aspettano che l'intervento terapeutico possa cambiare i propri sintomi. La motivazione del paziente è spesso indipendente dall'indicazione terapeutica; viene valutata dal clinico integrando alla fine del processo diagnostico i diversi aspetti affettivi, cognitivi e comportamentali del soggetto.

La motivazione ha corrisposto, e corrisponde, a una effettiva disponibilità alla collaborazione del paziente nei trattamenti medici o psicologici, che non esclude naturalmente la costituzione e la riparazione delle rotture dell'alleanza terapeutica. Sono pazienti che assumono i farmaci prescritti, rispettano gli appuntamenti, cambiano solo di rado il medico e solo quando vi è una ragione comprensibile e collaborano attivamente alla terapia (compliance). La motivazione è favorita e probabilmente favorisce la presenza di buone risorse personali per far fronte al disturbo che implicano esperienze cliniche precedenti favorevoli, fiducia in se stessi, atteggiamento di fondo ottimista, capacità di tollerare le frustrazioni.

Dal nostro studio risulta essere un fattore trans-categoriale, che può essere associato quindi a qualunque delle altre tre organizzazioni di esperienza di malattia e in ogni caso portare un contributo al miglioramento della prognosi. Infatti, innumerevoli ricerche nella letteratura internazionale, anche nei casi più gravi (Kemp et al., 1996), hanno dimostrato come la motivazione sia tra i fattori decisivi per il buon esito di qualsiasi trattamento e in particolare per quello psicoterapeutico.

Il fattore motivazione risulta essere associato al conflitto “sottomissione Vs controllo”. In tale conflitto il bisogno fondamentale è di esercitare controllo su di sé e sugli altri. Si fa riferimento qui alle persone il cui vissuto e il cui comportamento sono orientati al tema del controllo. L’internalizzazione delle norme comportamentali (autodisciplina) è di notevole importanza per il rispetto di regole sociali e personali e si collega a migliori esiti anche nel caso di pazienti gravi (Stone M.H., 1990).

Queste osservazioni sembrano corrispondere ai dati emersi dagli studi condotti con il metodo SASB (Capelli et al., 2005) nei quali i pazienti a miglior esito psicoterapeutico, tendono ad accettare maggiormente il controllo benevolo o neutro del terapeuta e appaiono in grado di attuare un maggior livello di controllo su di sé.

Conclusioni

Il metodo OPD sembra offrire procedure affidabili per la definizione di configurazioni diagnostiche sufficientemente accurate e approfondite per le indicazioni al trattamento e la comprensione dei principali problemi dei pazienti. In tal senso supera e integra in modo significativo i limiti degli strumenti nosografico-descrittivi in uso come il DSMIV e ICD10. Sebbene il metodo OPD sia un valido strumento per la definizione dei problemi e per la comunicazione tra psicoterapeuti e ricercatori, un suo limite è quello di essere ancora troppo dipendente, anche in senso terminologico, dai modelli psicomodinamici e quindi di non poter essere utilizzato universalmente anche da terapeuti di diverso orientamento. La necessità di uno strumento diagnostico comune, che si adatti ai diversi linguaggi, dovrà essere un obiettivo della ricerca futura di cui comunque il metodo OPD sembra essere un primo consistente passo.

Bibliografia

- BEUTLER L., HARWOOD T., ALIMOHAMED S., MALIK M (2001). *Deterioramento funzionale e stile di coping*, in *Relazione terapeutiche empiricamente supportate*, Norcross J.C. (a cura di). *Integrazione*, n° 15-16.
- CAPELLI L., FAVA E., TAGLIETTI S., ALIPRANDI M., ARDUINI L, FRENI S., SCHADEE H., VIGORELLI M., (2005). *Relazione interpersonale ed esiti terapeutici: applicazioni del metodo S.A.S.B.*, “Ricerca in psicoterapia”, vol. 8, n°2, pp.195-236.
- FAVA E. (2006). *Dalla ricerca empirica alla competenza a curare*. Relazione presentata al convegno della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica, Savona.
- FERRARI A., PINZI C., CAMARDA P., ROUSTAYAN C., (2005). *Valutazione a lungo termine dell'effectiveness della psicoterapia supportivo-espressiva in un contesto pubblico: esiti, follow up, drop out e predittori*, *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 11, Supplement Number 2, pp. 32-37.
- GAW, K.F. & BEUTLER, L.E., (1995). *Integrated treatment recommendations*. In L.E. Beutler & M. Berren (Eds.), *Integrative assessment of adult personality*, pp.280-319. New York: Guilford.
- KEMP R., HAJWARP P., APPLEWHAITE G., (1996). *Compliance therapy in psychotic patients: Randomized controlled trial*. *British Medical Journal*, 312, pp.345-349.
- KATHRYN R., ARTHUR J.B. (2006). *Recognizing and Managing Somatizing Patients in Primary Care*. Medscape, August
- NORCROSS J.C. (a cura di), (2001). *Empirically Supported therapy relationships: Summary report of the Division 29 Task Force*, in *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, special issue, 38, pp.3-497.
- STONE M.H., (1990). *The fate of borderline patients*. New York: Guilford Eds.

ANORESSIA: ALLA RICERCA DELLE MATRICI FAMILIARI

*Sara Molgora**

Riassunto

Il presente contributo intende far luce sul legame tra anoressia e matrici familiari. In primo luogo vengono discusse alcune questioni aperte che la letteratura sul tema propone.

Successivamente viene presentato un disegno di ricerca il cui obiettivo è analizzare le caratteristiche di 13 coppie genitoriali aventi una figlia che soffre di anoressia. Ciò al fine di individuarne le caratteristiche comuni e gli elementi differenzianti.

L'approfondimento delle matrici familiari è stato effettuato a partire dalla relazione coniugale-genitoriale intesa come punto di snodo di trame generazionali.

I risultati indicano come le famiglie aventi un membro (una figlia) con anoressia siano caratterizzate da una matrice relazionale simile. Tale matrice si qualifica per la presenza di una *doppia scissione*: tra mente e corpo, ossia tra dimensione simbolica e dimensione concreta; tra asse delle origini e assi coniugale e genitoriale. Questi ultimi due assi, di contro, appaiono sovrapposti e confusi.

Lo strumento impiegato nella ricerca (l'“Intervista Clinica Generazionale”, Cigoli et al., 2003, 2005) appare particolarmente utile nel cogliere le proprietà essenziali della matrice familiare. Risulta infatti in grado di far luce sulle dinamiche cruciali di coppia coniugale-genitoriale.

Parole chiave: anoressia, matrici familiari, elementi comuni, elementi differenzianti, relazione coniugale-genitoriale.

* Dottore di ricerca, Laboratorio di Psicologia Clinica, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano. L'autrice ringrazia Vittorio Cigoli e Davide Margola per il loro prezioso aiuto.

Summary

The present contributions aims to shed a light on the bond between anorexia and family matrices. At first, some open questions, put forward by the literature on the subject, are discussed. Subsequently, a research project aiming to analyze the features of 13 parenting couples, all having a daughter suffering from anorexia, is proposed, in order to outline the common features and the distinctive elements.

The in depth study of the family matrices started from the analysis of the couple-parenting relationship, meant as a hub of generational plots.

The outcomes shows that families having a member (a daughter) suffering from anorexia are characterized by a similar relational matrix. Such a matrix is characterized by the presence of a *double splitting*: between mind and soul, that is, between a symbolic and a concrete dimension; between the origins axis and the couple-parenting axes. These latter, on the contrary, seem to be overlapping and confused. The tool that has been used in the research (“Intervista Clinica Generazionale”, Cigoli et al., 2003, 2005) appears to be particularly relevant in detecting the essential features of the family matrix. In fact, it turns to be capable of casting a light on the crucial couple-parenting family dynamics.

Key words: anorexia, family matrices, common elements, distinctive elements, couple-parenting relationship.

Le matrici familiari nell'anoressia: questioni aperte

L'anoressia ha suscitato negli ultimi decenni l'interesse di molti clinici e di molti ricercatori in quanto patologia sempre più diffusa nella popolazione (Hoek e van Hoeken, 2003; Theander, 2004).

In particolare è possibile individuare due direzioni di ricerca: l'una focalizzata sul legame tra *anoressia e personalità*¹; l'altra volta ad indagare il legame

1 Questo filone di ricerca determina il passaggio da una concezione unitaria dell'anoressia all'idea che sia necessario parlare di *anoressie*, in quanto i medesimi sintomi riguardano in realtà soggetti con caratteristiche molto diverse tra loro.

tra *anoressia e matrici familiari*. Il presente contributo si iscrive in quest'ultimo filone di ricerca.

Com'è noto, è soprattutto all'interno del paradigma sistemico-relazionale² che sono presenti diversi tentativi volti a delineare le caratteristiche della cosiddetta "famiglia anoressica" rispetto alla quale contestualizzare e significare il sintomo. Oltre ad una descrizione della famiglia globalmente intesa, i ricercatori hanno anche cercato di delineare un profilo della "madre anoressica", del "padre anoressico" e "della coppia genitoriale anoressica"³. La ricerca di una *famiglia tipo* d'altra parte presenta non poche contraddizioni e chiama in causa questioni cruciali che a tutt'oggi non hanno trovato una risposta adeguata.

La prima questione coinvolge indirettamente il rapporto tra anoressia e matrici familiari in quanto riguarda le *ipotesi eziopatogenetiche* relative all'anoressia. In particolare, mentre alcuni autori individuano nei fattori familiari la causa dell'insorgenza della patologia anoressica (legame deterministico), altri, di contro, preferiscono parlare dell'anoressia come di un disturbo pluridimensionale (legame determinante)⁴.

La seconda questione, direttamente connessa alla prima, concerne la *natura* del legame tra anoressia e matrici familiari. Tale legame infatti può essere inteso a due livelli: come legame di *correlazione*, o come legame di *causazione*.

Nel primo caso si intende individuare un quadro familiare tipico correlato alla patologia anoressica; nel secondo caso, invece, la famiglia viene assunta come agente causale della patologia che si manifesta nel paziente. In

2 In ambito psicoanalitico non pochi clinici si sono allontanati dalle teorizzazioni centrate sul modello intrapsichico in favore di un'apertura relazionale. Si pensi in proposito all'approccio indipendentista inglese delle relazioni oggettuali fino al più moderno approccio della "psicoanalisi relazionale". D'altra parte è attraverso l'approccio sistemico che si fa strada una visione della patologia che guarda al paziente nel suo contesto di crescita e che attribuisce al sintomo un significato relazionale.

3 Cfr., per esempio, la "madre coccodrillo" o la "madre narcisistica" e il "padre norma" o il "padre amante" descritti da Recalcati (2002).

4 In questa prospettiva, a partire da un principio di causalità multipla, ci si muove nella consapevolezza che non è possibile individuare ed isolare la causa unica della patologia anoressica (Garfinkel e Garner, 1982).

breve; la diatriba cruciale è se si possa o meno stabilire un nesso causale tra certe caratteristiche del sistema familiare e l'anoressia.

Una strada possibile per superare l'impasse è quella di pensare in termini di *influenze circolari* e di interconnessioni tra dinamiche soggettuali (personali) e dinamiche familiari in un'ottica di integrazione più che di esclusione. Adottare tale prospettiva significa rendere privo di senso l'interrogativo su quale sia la causa e quale sia l'effetto in quanto si tratta di "due facce" della stessa medaglia relazionale.

La terza questione è relativa ai *livelli di osservazione*. Parlando di "famiglia anoressica" è possibile adottare un'*epistemologia interazionista-comunicazionale* centrata sull'*hic et nunc* (livello sincronico-interattivo), oppure un'*epistemologia relazionale* che, aprendo ad una dimensione temporale (livello diacronico-relazionale e livello simbolico-mitico), sposta l'attenzione dalla pragmatica delle interazioni osservabili alla semantica delle relazioni⁵.

In sintesi; le questioni cruciali relative al legame tra anoressia e matrici familiari evidenziano i limiti di una concezione stereotipata della "famiglia anoressica tipo". Parrebbe più opportuno parlare di *proprietà comuni*⁶ che, pur tracciando una linea di continuità, non esauriscono affatto le possibilità relazionali, vale a dire il modo specifico e peculiare con cui queste medesime proprietà si inscrivono nella storia relazionale e generazionale di ciascuna famiglia.

Allo stesso modo, anche a livello della personalità i clinici ed i ricercatori sono concordi nel riconoscere la presenza di aspetti (tratti, disturbi e/o organizzazioni della personalità) latenti al sintomo anoressico. D'altronde non possiamo negare che è proprio la manifestazione della sofferenza psichica attraverso un medesimo sintomo (quello anoressico) ad aprire la strada agli elementi comuni che, a loro volta, non possono essere trascurati.

5 L'attenzione specifica per il livello sincronico, o per il livello diacronico rende in parte ragione della differenza tra approccio sistemico e approccio relazionale (spesso identificati in un unico approccio, quello sistemico-relazionale appunto) nello studio di questo legame. Cfr. Cigoli (2006); Cigoli e Scabini (2006); Onnis (2004); Pontalti (1999).

6 Cfr., per esempio, Minuchin et al. (1980); Onnis (2004); Selvini Palazzoli et al. (1998); Ugazio (1998).

La ricerca: aspetti metodologici

Il presente contributo fa parte di un disegno di ricerca più ampio il cui obiettivo è quello di studiare il rapporto tra personalità e matrici familiari nel caso dell'anoressia.

L'indagine delle dimensioni di personalità è stata effettuata attraverso il Test di Rorschach somministrato a 38 soggetti⁷ con anoressia e a partire da tre vertici: i *tratti comuni*, ossia la descrizione di un "profilo dell'anoressia"; le *macro-differenze*, ossia la creazione di cluster di personalità con indici comuni intragruppo e differenziali intergruppo; le *micro-differenze*, ossia l'analisi delle specificità individuali all'interno di ciascun cluster.

I risultati ottenuti avvalorano l'ipotesi di una compresenza di tratti comuni di personalità connessi al sintomo (il medesimo in tutti i soggetti) e di caratteristiche differenziali connesse alle organizzazioni di personalità latenti e alle specificità di ciascun individuo (Molgora, in corso di stampa).

In particolare, relativamente ai tratti comuni, è possibile riscontrare la presenza di una rappresentazione negativa e/o inadeguata sia di sé, sia delle relazioni familiari. Tale rappresentazione si connota in termini di minaccia grave e di morte, oppure in termini di simbiosi e di indifferenziazione.

Per quanto riguarda invece le caratteristiche differenziali è possibile notare come solo una porzione ridotta del nostro campione presenti una personalità fortemente compromessa, riconducibile ad un disturbo per lo più di carattere ossessivo-compulsivo, mentre nella maggioranza dei casi ci troviamo di fronte a soggetti con costellazioni di tratti afferenti ai vari disturbi (ma non con disturbi veri e propri).

In quest'ultimo caso, sebbene i tratti ossessivo-compulsivi rimangano quelli più diffusi⁸, la situazione appare più variegata ed eterogenea e si rileva

7 I soggetti, tutti di sesso femminile, hanno un'età compresa tra 17 e 48 anni (media = 26,7; d.s. = 8,3); presentano una diagnosi di anoressia da almeno 2 anni e sono ricoverati presso una struttura specializzata per i disturbi alimentari al momento della somministrazione del test.

8 Poiché il disturbo ossessivo-compulsivo è l'unico ad essere presente in modo preponderante sia a livello di disturbo vero e proprio, sia a livello di costellazione di tratti potremmo ipotizzare che esso controlli altri aspetti della personalità, ossia costituisca una *difesa*

un aumento significativo di individui con tratti borderline. Come a dire che mentre alcuni disturbi si manifestano più frequentemente in quanto tali, altri restano nell'ombra, ma caratterizzano ad un altro livello (quello della costellazione di tratti) un numero di persone tutt'affatto che irrilevante.

Ne viene, infine, che la formulazione di una diagnosi pura è assai difficile, essendo molto più frequente la presenza di situazioni "complesse", vale a dire situazioni in cui convergono tratti riconducibili a due, o più, differenti disturbi di personalità.

A partire da tali risultati è stata formulata la seguente domanda: è possibile connettere anche a livello familiare le caratteristiche comuni con le caratteristiche differenziali? Individuare elementi comuni ed elementi di specificità delle matrici familiari costituisce così lo scopo del presente contributo.

Ora, le qualità e le caratteristiche delle matrici familiari⁹ possono essere rilevate a partire dalla relazione di coppia intesa quale incastro-intreccio di storie e punto di snodo di trame generazionali (Cigoli, 2003, 2005, 2006; Cigoli e Scabini, 2006; Pontalti, 1996, 1999). Tale intreccio è considerato determinante per la formazione della personalità dei figli consentendo così di comprenderla non solo in termini di organizzazione personale, ma anche in chiave di scambio generazionale¹⁰.

Lo strumento dell'"Intervista Clinica Generazionale" (Cigoli et al., 2003, in corso di stampa) ben si presta allo scopo. L'Intervista analizza tre assi (o dimensioni) cruciali, ciascuno caratterizzato da specifiche aree semantiche. Gli assi indagati riguardano le relazioni dei partner nelle *famiglie di origine*, la relazione *di coppia* e la relazione *genitoriale*.

più che una organizzazione della personalità tipica della patologia anoressica.

9 La *matrice familiare* è intesa come tessuto psicologico della famiglia, sedimentazione vincolante anche se inconscia della storia transgenerazionale e transpersonale (Pontalti, 1996).

10 Determinante, vale la pena ricordarlo, non significa deterministico poiché la connessione tra personalità e matrici familiari chiama in causa anche l'azione di altre variabili quali, per esempio, la cultura di riferimento e lo spazio di azione del Sé, vale a dire la modalità personale di rispondere a una data situazione di scambio generazionale. La determinante è così da intendersi come un vincolo relativamente allo sviluppo della persona (Cigoli, 1997, 2000, 2006).

In particolare, per quanto riguarda le relazioni dei partner nelle rispettive famiglie di origine le domande sono volte ad indagare le seguenti aree semantiche: la ricostruzione e la mentalizzazione dell'ambiente familiare in cui ciascun partner è cresciuto; le ritualità familiari; le regole familiari; i ricordi di episodi relazionali significativi. La relazione di coppia, a sua volta, approfondisce alcuni contenuti significativi quali: l'incontro e la costituzione del legame di coppia; lo sviluppo della relazione di coppia e ciò che essa ha prodotto; le rappresentazioni e le aspettative verso il futuro. Infine, la relazione genitoriale si focalizza su tali tematiche: il confronto tra la prefigurazione della vita familiare e la sua realizzazione; i valori che orientano l'impegno genitoriale e la percezione della sua realizzazione; l'identificazione con i figli; i dolori e le speranze della vita familiare¹¹.

Ciascuno di questi tre assi può rivelarsi, dal punto di vista dello scambio, fecondo, critico o fallimentare. Va in proposito sottolineato come esistano processi di transfert da un'area relazionale all'altra, ma anche che ciascuna di esse ha sue specificità relativamente ai "compiti" che le sono propri.

In sintesi; l'Intervista consente di coniugare l'interesse nei confronti delle caratteristiche del legame di coppia genitoriale nel *qui ed ora* con la *prospettiva storico-temporale* che apre lo sguardo, attraverso il presente, alla tensione tra passato e futuro della relazione¹².

L'Intervista è stata proposta a 13 coppie di genitori dei 38 soggetti coinvolti nella fase individuale. Sono di fatto le coppie genitoriali che hanno accettato di partecipare alla ricerca. Tale dato risulta clinicamente rilevante in

11 Un esempio di item proposto per il primo asse è: "Quali erano le "regole d'oro" della vita familiare per i rapporti interni alla famiglia e con l'esterno? Chi le sosteneva in particolare? In che modo?"; per il secondo asse: "Che cosa ha fatto sì che il vostro incontro sia diventato un legame?"; per il terzo asse: "Cosa ritenete importante che passi ai vostri figli? Quali valori, quali modelli? È qualcosa che ha a che fare con ciò che avete ricevuto dai vostri genitori? Pensate di riuscirci/di esserci riusciti?".

12 È bene sottolineare che guardare al passato relazionale non significa cercare con esso di "spiegare il presente", quanto piuttosto di dargli quello spessore necessario a non ridurlo a mero scambio interattivo. Ricoeur (2004) parla in proposito di un "essente stato presente" che impegna anche il futuro. In breve; anche gli uomini del passato hanno desiderato, temuto e hanno deciso a favore o contro il legame.

quanto sottolinea la difficoltà di queste famiglie a sentirsi coinvolte nella dinamica generazionale dolorosa.

Le interviste sono state audioregistrate e successivamente integralmente trascritte per permetterne una ricostruzione fedele. Il verbatim è analizzato mediante il software T-LAB¹³. In particolare, il “corpus” (le 13 interviste complessivamente considerate) è stato suddiviso in base a due variabili di disegno: la *parte* dell’intervista (asse delle origini, della relazione di coppia e della relazione genitoriale) e la *famiglia* (13 coppie genitoriali intervistate). Abbiamo così un totale di 39 segmenti di testo.

Prima di passare all’analisi dei risultati è opportuna un’ultima precisazione di carattere metodologico. Il contributo si fonda su una *epistemologia di tipo qualitativo*; i risultati sono perciò discussi nella loro significatività clinica e non statistica (Di Nuovo, 1995; Kazdin, 1996). Ciò coerentemente con l’idea che sia necessario uscire da una logica dicotomica (metodi qualitativi versus quantitativi) per articolare i diversi metodi in disegni di ricerca creativi e innovativi (Mazzara, 2002).

Alla ricerca delle matrici familiari

La sequenza qui di seguito proposta è al contempo *reale*, in quanto rispecchia il modo in cui le analisi sono state effettivamente svolte, e *logica*, in quanto ogni livello cerca, in modo progressivo, di approfondire gli elementi di senso emersi al livello precedente e di trovare risposta agli interrogativi proposti.

In quanto agli obiettivi di ricerca è da dire che i primi tre livelli di analisi consentono di individuare le caratteristiche comuni delle coppie genitoriali intervistate, mentre il quarto livello consente di individuare gli elementi dif-

13 T-LAB è un software di analisi testuale che può essere compreso a partire da tre vertici: gli oggetti di analisi (unità lessicali, unità di contesto, contesti elementari); la logica di analisi (occorrenza, co-occorrenza); le strategie di analisi (strategia del “fotografo”, strategia del “pescatore”). L’incrocio di questi tre vertici consente di muoversi entro un vasto numero di analisi. Per un approfondimento, cfr. Lancia (2004). Per un’uso specifico del software, in cui la base testuale è costituita dalla stringa di codifiche applicate dal ricercatore, cfr. Cigoli, Margola e Molgora (2006).

ferenzianti, ossia quelli che rendono conto delle peculiarità relative alle coppie medesime.

Analisi del contenuto linguistico

Il punto di partenza è costituito dall'indagine della distribuzione assoluta dei lemmi significativi utilizzati nelle interviste. In particolare, attraverso l'analisi delle occorrenze (vale a dire le frequenze di ciascun lemma) è possibile osservare come il lemma con il valore assoluto maggiore sia "io" (1333). Si tratta forse di coppie genitoriali accomunate da un forte *individualismo*? Per il momento abbiamo solo una pista di cui tenere conto.

Rimanendo sui valori di occorrenza dei lemmi osserviamo come i verbi più diffusi siano "lavorare", "vedere", "fare", "parlare", tutti *predicati comportamentali* (Lai, 1993). Il primo verbo che coinvolge una dimensione mentale è "ricordare" (*predicato mentale cognitivo*) che però occupa il sesto posto ed ha un'occorrenza significativamente ridotta rispetto ai primi.

Queste famiglie sono allora centrate su una *dimensione concreta* dell'azione? A questo proposito è interessante notare l'assenza, tra i lemmi con maggiore numero di occorrenza, di predicati *finzionali* (es: credere, immaginare, illudersi), di predicati *mentali affettivi* (es: provare sentimenti, esprimere emozioni) e di predicati *mentali intenzionali* (es: decidere, volere, desiderare).

Attraverso le associazioni di parole (Tabella 1) è ora possibile incrociare tra loro i dati delle occorrenze. Possiamo così individuare ulteriori elementi di senso. In questa direzione emerge come il primo verbo a cui è associato "io" sia "ricordare", mentre "figlia" è associato a "fare", "dire", "pensare", "vedere", "parlare" e "lei" (si tratta ancora della figlia) a "dire", "vedere", "fare", "prendere", "mettere".

In sintesi; sembra che i genitori attribuiscono la *concretezza* alla figlia più che a se stessi. Prendendo a prestito le parole di Lai (1993) potremmo dire che l'io della frase (cioè i genitori) è un "soggetto mentale" ("ricordare"), mentre la figlia è un "corpo mortale". Saremmo allora di fronte ad un processo di divisione delle parti. Ciò rende assai difficile l'identificazione dei genitori con la figlia, trattandosi di un mondo altro rispetto al proprio ("lei"). Si tratta forse di una forma di difesa rispetto all'angoscia che la malattia anoressica suscita?

Tabella 1 - Associazioni di parole: focus su "io", "figlia", "lei", "noi"

FOCUS SUL LEMMA "FIGLIA"				FOCUS SUL LEMMA "NOI"			
LEMMA	COEFF	OCC	ASSOC	LEMMA	COEFF	OCC	ASSOC
io	0,211963	1333	179	nostro	0,168113	126	35
md	0,190431	1054	143	figlia	0,144522	535	62
lei	0,16653	674	100	md	0,132858	1054	80
pd	0,157817	1117	122	pd	0,13067	1117	81
noi	0,144522	344	62	proprio_rafforz	0,128923	294	41
fare	0,140303	365	62	io	0,128476	1333	87
nostro	0,134804	126	35	genitore	0,119882	107	23
problema	0,133844	202	44	prendere	0,119581	235	34
proprio_rafforz	0,133636	294	53	lei	0,118376	674	57
dire	0,133406	232	47	md_23	0,113247	51	15
pensare	0,132538	206	44	vedere	0,111517	374	40
md_02	0,132375	96	30	anno	0,107167	711	53
vedere	0,127427	374	57	trovare	0,10623	161	25
nome_proprio	0,123964	149	35	vicino	0,105889	21	9
parlare	0,122556	252	45	fare	0,101596	365	36

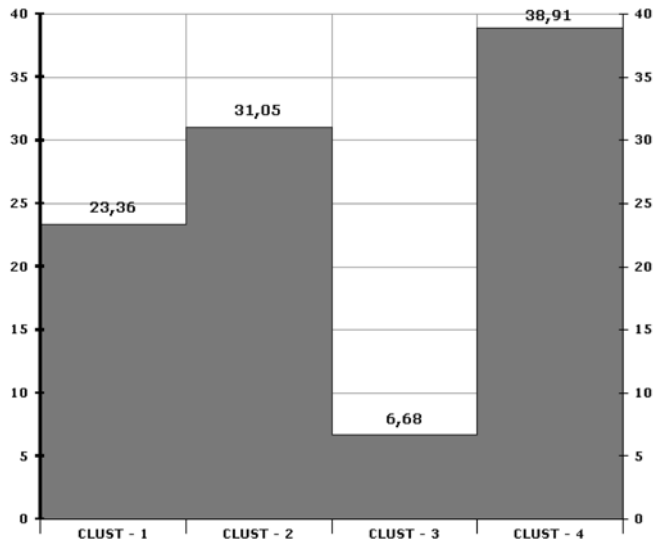
FOCUS SUL LEMMA "IO"				FOCUS SUL LEMMA "LEI"			
LEMMA	COEFF	OCC	ASSOC	LEMMA	COEFF	OCC	ASSOC
md	0,250565	1054	297	pd	0,220128	1117	191
pd	0,233562	1117	285	io	0,190956	1333	181
casa	0,228773	444	176	md	0,186272	1054	157
figlia	0,211963	535	179	figlia	0,16653	535	100
mamma	0,198617	451	154	dire	0,164376	232	65
lei	0,190956	674	181	casa	0,14624	444	80
ricordare	0,188406	233	105	mamma	0,143287	451	79
anno	0,186948	711	182	vedere	0,13743	374	69
vedere	0,178451	374	126	fare	0,135082	365	67
fare	0,17777	365	124	professione	0,130397	126	38
papà	0,173423	396	126	prendere	0,128146	235	51
prendere	0,171522	235	96	noi	0,118376	344	57
proprio_rafforz	0,169323	294	106	mettere	0,116366	150	37
dire	0,156444	232	87	persona	0,116094	333	55
prima_tempo	0,155824	218	84	te	0,115555	121	33

Infine, si può notare come la dimensione dell'individualismo sia presente in modo analogo nei padri e nelle madri essendo simile il coefficiente di associazione tra "io" e "md" da una parte e "io" e "pd" dall'altra. In entrambi i casi tale dato ha una frequenza doppia rispetto all'associazione con "noi". È questa dunque la differenza significativa.

Analisi del contenuto tematico

Prendiamo ancora in considerazione l'intero corpus attraverso la funzione delle "tipologie dei contesti elementari". Suo tramite è possibile individuare alcuni cluster significativi ciascuno dei quali è descritto mediante le frasi (i contesti elementari) e le parole (le unità lessicali) che più lo caratterizzano. Dall'analisi effettuata emergono *quattro cluster* la cui distribuzione, ossia la percentuale di contesti elementari classificati inclusa in ciascun cluster, è rappresentata in Figura 1.

Figura 1 - Tipologie dei contesti elementari - istogramma



Come si può rilevare i cluster più significativi, cioè quelli che “pesano” di più in quanto includono la percentuale più elevata dei contesti elementari e dei lemmi presi in considerazione, sono il secondo (2) e il quarto (4). Analizziamo allora questi cluster .

Il cluster 2 è saturato da lemmi che includono riferimenti spaziali (abitare, casa, luogo, paese, ecc.) e temporali (giorno, anno, cominciare, mattina, sera, mese, ecc.). Sembra così connotarsi attraverso la dimensione del ricordo. Il cluster 4, da parte sua, rimanda prevalentemente ad una dimensione di rapporto di coppia (“uomo”, “donna”, “amare”, ecc.).

I contesti significativi rappresentativi dei due cluster rimanderebbero, così, rispettivamente alla parte 1 e alla parte 2 dell’Intervista Clinica Generazionale, vale a dire quella inerente la *relazione con le origini* e quella inerente la *relazione di coppia*.

Consideriamo ora gli altri due cluster (cluster 1 e cluster 3). Qui notiamo come in entrambi i casi non ci siano lemmi significativi, eccezione fatta rispettivamente per “md_37”¹⁴ e “pd_37”, e per “md_15” e “pd_15”. In altre parole, sembra che ciò che caratterizza i cluster in questione non siano lemmi specifici (che a loro volta rimandano ad aree tematiche di senso), ma le peculiarità di alcune famiglie; rispettivamente la famiglia 37 per il cluster 1 e la famiglia 15 per il cluster 3¹⁵.

L’analisi delle corrispondenze (Figura 2) consente di chiarire il rapporto tra i quattro cluster una volta che li posizioniamo lungo un asse interpretativo latente che, per convenzione, corrisponde all’asse delle ascisse. Tale asse latente (o fattore) spiega il 44,7% della varianza dei dati.

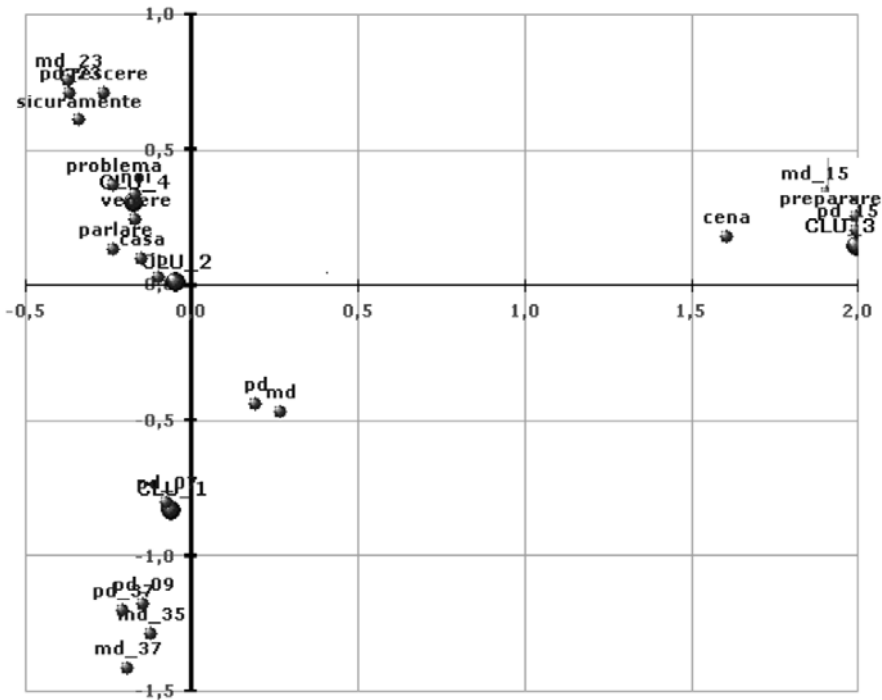
Rispetto a tale asse è il cluster 3 che risulta particolarmente significativo sul polo positivo, mentre è il cluster 4 quello che risulta significativo sul polo negativo. Val la pena ricordare che “positivo” e “negativo” non sono conno-

14 “Md” e “pd” stanno rispettivamente per madre e padre in qualità di emittenti del discorso; ciò per distinguerli dai lemmi “madre” e “padre” utilizzati durante il discorso medesimo quali oggetti lessicali. La numerazione corrisponde a quella attribuita ai soggetti nell’analisi individuale.

15 Più specificatamente, nel cluster 1 vengono estratti diciassette contesti significativi e tutti appartengono alla famiglia 37, mentre nel cluster 3 i dieci contesti significativi estratti sono tutti riconducibili alla famiglia 15.

tazioni valoriali, ma si riferiscono all'opposizione nello spazio cartesiano di lemmi e variabili.

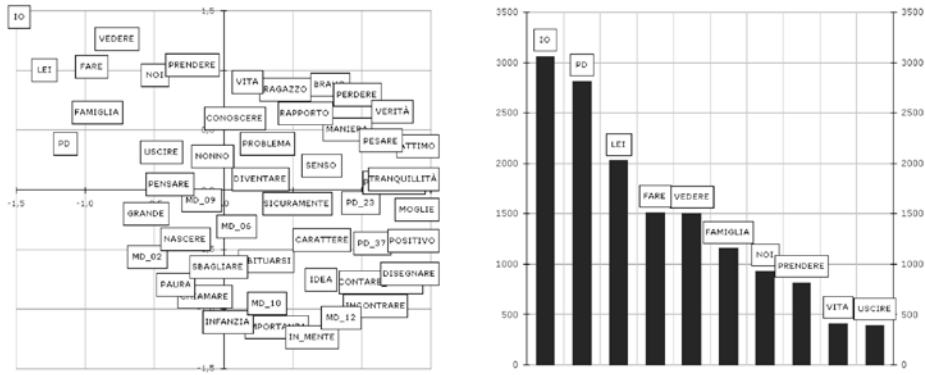
Figura 2 - Analisi delle corrispondenze (matrice UL X cluster)



Attribuendo a questo asse il significato di “fattore della malattia” possiamo pensare, in riferimento anche ai lemmi che lo caratterizzano, che il polo negativo sia associato alla dimensione del “pensare” la malattia (“problema”, “parlare”, ecc.), mentre quello positivo sia associato alla dimensione del “vivere” la malattia (“cena”, “preparare”, ecc.). In altre parole, sembra esserci una *divisione*, uno scisma tra simbolico e concreto.

Prima di passare al livello successivo di analisi è allora opportuno qualificare ulteriormente il cluster 4 (relazione di coppia), quello più significativo in termini di percentuale di contesti elementari e di lemmi in grado di “aggregare”.

Figura 3 - Mappa dei nuclei tematici - cluster 4



L'analisi delle "mappe dei nuclei tematici" (Figura 3) consente di rilevare nel cluster in questione la presenza di un agglomerato piuttosto confuso ed informe di "nuclei tematici" in cui però si distinguono alcuni temi di particolare rilevanza. Tali temi sono: "io", "pd", "lei", "fare", "vedere".

Confrontando i temi salienti di questo cluster con i contesti elementari che più lo caratterizzano (corrispondenti, come detto, alla parte dell'Intervista relativa alla relazione di coppia) la prima osservazione che possiamo fare è che ci troviamo di fronte a "coppie individuali", ossia coppie in cui per i partner è assai più facile parlare in termini di "io" piuttosto che di "noi".

In altre parole, ciò che pare caratterizzare queste coppie sembra essere la presenza piuttosto scarsa del "senso del noi" (*we-ness*). È la coppia in quanto tale che risulta assente, mentre sono i singoli individui ad essere i protagonisti sia in termini di emittenti del discorso ("pd"), sia in termini di referenti del discorso ("lei", ossia la figlia). Ecco così che la pista dell'individualismo ipotizzata in precedenza trova una sua conferma e, parallelamente, quella della scarsa presenza del "noi".

Inoltre, possiamo notare come a parlare di tematiche inerenti la coppia sia quasi esclusivamente il marito-padre ("pd"), mentre la moglie-madre si colloca sullo sfondo (non è infatti presente tra i nuclei tematici più significativi). Tale dato risulta particolarmente significativo perchè è in controtendenza; sappiamo infatti da altre ricerche che di norma nelle interviste sono le donne

ad essere le protagoniste. È così possibile ipotizzare che in queste famiglie l'asse femminile-materno sia in ombra.

Infine, il riferimento alla relazione coniugale appare privo di connotazioni "ideali"¹⁶ risultando centrato quasi esclusivamente sulla concretezza dell'azione ("fare", "vedere", "prendere"). Saremmo così di fronte ad una difficoltà dei partner di evocare e raccontare ciò che riguarda gli aspetti simbolico-affettivi della propria relazione. A questo proposito è importante sottolineare che i verbi salienti del cluster in questione afferiscono tutti alla categoria dei predicati *comportamentali*, mentre manca qualsiasi riferimento ai predicati *mentali*.

In altre parole, sembra che l'"io", di volta in volta il marito o la moglie, sia "soggetto mentale" in grado di compiere azioni simboliche di carattere cognitivo (cfr. "ricordare"), ma che il soggetto medesimo diventi "corpo mortale" quando il discorso riguarda specificatamente la relazione di coppia, ossia il legame con il partner. L'aspetto di "corpo mortale", come già indicato, è trasferito anche sul "lei" relativo alla figlia.

Si può dunque ipotizzare che i genitori abbiano difficoltà a mentalizzare il legame di coppia e, per questo, si concentrino esclusivamente sui suoi aspetti concreti e quotidiani. Come a dire che la relazione può consentire l'azione ("predicati comportamentali"), che è però svincolata da implicazioni a livello mentale (cognitivo, emotivo, intenzionale e immaginativo).

Dai risultati ottenuti attraverso questi due livelli di analisi risulta così evidente la *problematicità della genitorialità* (terzo asse della nostra intervista)¹⁷. Ciò ci dice che occorre passare a considerare il terzo livello di analisi fondato sulla variabile "parte" con l'obiettivo di darle un senso plausibile.

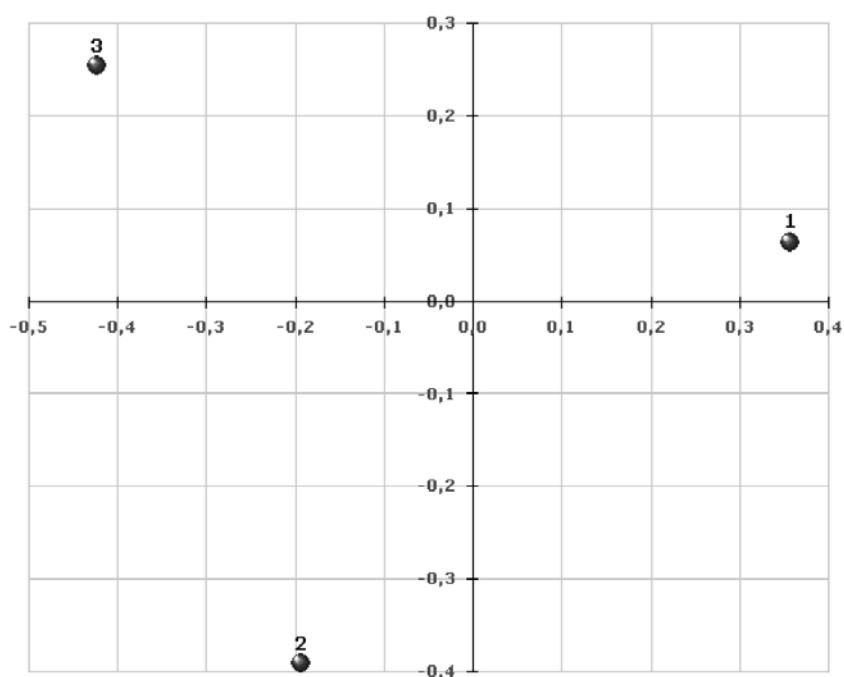
16 Si fa qui riferimento alla presenza nella coppia di uno "spazio magico", ossia alla capacità dei partner di ricordare la presenza di momenti magici (idilliaci) all'interno della storia di coppia e di saperli riattualizzare (Cigoli et al., 2003, 2005). Lo spazio magico va distinto dall'idealizzazione che è notoriamente una modalità difensiva dall'angoscia.

17 Non emerge infatti alcun cluster i cui contesti elementari rimandino in modo specifico ed esclusivo alla parte 3 dell'Intervista.

Analisi per sottoinsiemi: variabile “parte”

Spostandoci da una logica delle co-occorrenze verso una logica delle occorrenze, è possibile analizzare sinteticamente la relazione tra le tre parti dell'intervista attraverso la funzione “analisi delle corrispondenze”¹⁸ (Figura 4).

Figura 4 - Analisi delle corrispondenze (matrice UL X UC)



L'interpretazione della figura va effettuata rispetto all'asse delle ascisse essendo il primo fattore quello che spiega la maggior porzione di varianza (66,87%).

18 In questo caso l'analisi delle corrispondenze rappresenta graficamente la matrice UL X UC, dove le unità di contesto sono tre e corrispondono alle modalità della variabile parte, che consente di estrarre due fattori latenti.

Tabella 2. Analisi delle corrispondenze (matrice UL X UC) - fattore 1

POLARITA' (-)	VALORI TEST	POLARITA' (+)	VALORI TEST
VAR 3	-455.734	VAR 1	580.912
VAR 2	-196.107	LEM papà	130.149
LEM lei	-127.186	LEM mamma	108.908
LEM md	-94.309	LEM nonno	101.690
LEM pd	-88.961	LEM ricordare	90.527
LEM dire	-85.249	LEM famiglia	84.554
LEM figlia	-80.403	LEM anno	81.552
LEM md_06	-66.498	LEM fratello	79.263
LEM md_02	-66.043	LEM vivere	77.853
LEM md_10	-66.035	LEM regola_sost	71.328
LEM pd_10	-65.228	LEM festa	59.284
LEM pd_15	-60.469	LEM piccolo	57.672
LEM pd_06	-57.945	LEM nonna	52.050
LEM carattere	-55.320	LEM infanzia	48.831
LEM prendere	-54.406	LEM rapporto	47.522

La Tabella 2 consente di osservare chiaramente come il polo negativo comprenda le variabili 2 e 3, cioè l'asse della coniugalità e l'asse della genitorialità, mentre l'asse delle origini si trovi sul polo positivo. Possiamo chiamare questo fattore latente "modalità dello scambio generazionale".

In questa prospettiva possiamo osservare come la coniugalità e ancor più la genitorialità siano opposte, ma potremmo dire anche "scisse", rispetto al legame con le origini. In altre parole, sembrerebbe presente una *frattura nello scambio generazionale* che vede sia la coppia in posizione autoreferente, sia il figlio quale origine della coppia stessa.

Inoltre, le parti 2 e 3 sono caratterizzate da lemmi concreti quali "dire", "carattere", "prendere" e di nuovo il riferimento è soprattutto alla figlia (lei). Di contro, la parte 1 è caratterizzata da "papà", "mamma", "nonno", "ricordare", "famiglia", dunque un predicato mentale associato a molteplici soggetti del discorso. Come a dire che all'azione e alla concretezza che caratterizza la relazione coniugale-genitoriale si oppone una relazione con le proprie origini fatta soprattutto di ricordi legati ai soggetti della propria infanzia.

In sintesi; l'analisi delle corrispondenze mette in luce sia la presenza di una netta opposizione tra parte 1 e parti 2-3 (la frattura generazionale), sia la presenza di elementi comuni tra parte 2 e parte 3 (la dimensione della concretezza) *versus* la dimensione simbolica della parte 1.

A questo punto possiamo approfondire il discorso al fine di comprendere meglio questa opposizione individuando le specificità linguistiche del legame con le famiglie di origine rispetto al legame coniugale-genitoriale. Ciò è possibile attraverso l'“analisi delle specificità”¹⁹. Vediamo i dati emersi.

Tabella 3. Analisi delle specificità esclusive parte 1- parte 2

SPEC. ESCL. PARTE 1		SPEC. ESCL. PARTE 2	
LEMMA	TOT	LEMMA	TOT
md_36	20	maturità	10
orario	18	chilo	2
chiesa	16	sensibilità	2
relazione	16		
campagna	15		
mantenere	14		
usare	14		
bicicletta	13		
chilometro	13		
materno	12		
rituale	12		
collegio	11		
media_scuola	11		
pd_36	11		
poco	11		
Veneto	11		
autoritario	10		
carta	10		
femmina	9		
obbligare	9		
terza	9		
liceo	6		
san	6		
accompagnare	5		
apprendere	5		
crisi	5		
nipote	4		
tragedia	3		
OK	2		

19 L'analisi delle specificità consente, sia per differenza che per intersezione, di individuare i lemmi caratteristici (o tipici) e i lemmi esclusivi di ciascun sottoinsieme del *corpus*. In particolare, per capire cosa distingua nettamente la parte 1 dalle altre, si è deciso di confrontare le specificità *esclusive* prima della parte 1 rispetto alla parte 2 e, in seguito, della parte 1 rispetto alla parte 3. Tale confronto è effettuato per *intersezione* perché ciò che interessa non è qualificare una singola parte in sé, ma mettere in luce le differenze tra coppie di parti così da motivare e chiarire gli esiti della precedente analisi delle corrispondenze.

Relativamente al confronto tra parte 1 e parte 2 (Tabella 3) un primo dato interessante è di natura quantitativa: i lemmi esclusivi di parte 1 sono decisamente superiori ai lemmi esclusivi di parte 2. Possiamo dunque ipotizzare che la narrazione circa le proprie origini sia caratterizzata da una maggiore varietà e ricchezza linguistica, così come da una maggiore specificità rispetto al racconto relativo al legame di coppia.

Dal punto di vista qualitativo possiamo poi osservare come nel parlare delle proprie origini i partner usino in modo esclusivo lemmi quali “orario”, “chiesa”, “relazione”, “materno”, “rituale”, e così via. Tali lemmi rimandano a tematiche cruciali che, in quanto tali, appartengono in modo trasversale a tutte le generazioni; stupisce perciò la loro totale assenza nell’asse dell’intervista relativo al legame di coppia. Ancor più stupiscono i lemmi esclusivi dell’asse coniugale: “maturità”, “chilo” e “sensibilità”. Manca nuovamente qualsiasi riferimento specifico (esplicito e/o implicito) alla coppia.

Il confronto delle specificità dell’asse delle origini versus l’asse della genitorialità (Tabella 4) conferma quanto emerso dal confronto precedente e aiuta a chiarirne il senso.

Tabella 4. Analisi delle specificità esclusive parte 1- parte 3

SPEC. ESCL. PARTE 1		SPEC. ESCL. PARTE 3	
LEMMA	TOT	LEMMA	TOT
guerra	19	sensibilità	11
trasferire	19	chilo	10
orario	18	maturità	3
campagna	15		
Tranquillo	15		
legame	14		
materno	12		
rituale	12		
collegio	11		
differenza	11		
media_scuola	11		
desiderare	10		
gran	10		
pescare	9		
leva_militare	8		
baciare	6		
invitare	5		

Innanzitutto ritroviamo la ricchezza dei lemmi che caratterizza l'asse delle origini contrapposta ad una povertà sull'asse genitoriale analoga a quella riscontrata per la relazione coniugale (in entrambi i casi sono presenti solo tre lemmi esclusivi).

Inoltre, accanto a lemmi la cui esclusività appare più logica²⁰, quali "guerra", "campagna", "collegio", ritroviamo tra i lemmi esclusivi di parte 1 anche "legame", "materno", "rituale". Ciò significa che i temi del legame e dei riti familiari non coinvolgono neppure la relazione genitoriale.

Infine, se analizziamo le specificità esclusive dell'asse genitoriale troviamo un dato di estrema rilevanza: i lemmi sono i medesimi emersi nella parte 2 (asse coniugale) solo con un ordine differente. Come a dire che rispetto alle famiglie di origine la relazione coniugale e la relazione genitoriale, per lo meno dal punto di vista linguistico, sono omologabili e sovrapposte.

Questo risultato appare in contrasto rispetto a quanto emerso nel livello precedente di analisi (cfr. tipologie dei contesti elementari). Possiamo spiegare questa contraddizione nel modo seguente: il tema del figlio, e dunque della genitorialità, risulta centrale (l'asse della genitorialità presenta infatti il valore test più elevato nell'analisi delle corrispondenze), ma, allo stesso tempo, la genitorialità medesima non ha sue specificità e si confonde con la coniugalità. In breve; possiamo parlare di un *blocco della generatività* per cui la genitorialità non può essere esercitata e risulta confusa con la coniugalità.

Analisi per sottoinsiemi: variabile "famiglia"

Veniamo al quarto ed ultimo livello di analisi. Esso consente in modo specifico di ricercare, aldilà delle caratteristiche comuni delle coppie intervistate rilevabili attraverso i livelli precedenti, la presenza di *differenti matrici familiari*.

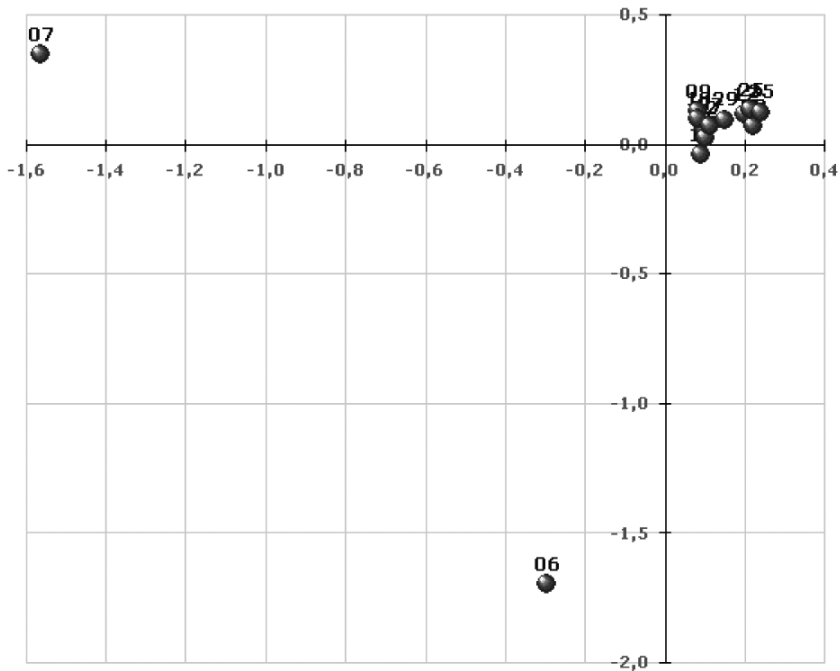
In particolare, tale variabile è stata considerata con l'obiettivo di stabilire le caratteristiche distintive di ciascuna coppia-famiglia e di individuare l'even-

20 Tali riferimenti sono infatti congruenti al periodo storico in cui si colloca l'infanzia di questi genitori.

tuale presenza di *cluster*. A tale scopo è stata svolta l'analisi delle corrispondenze basata sulla logica dell'occorrenza (matrice UL X variabile famiglia).

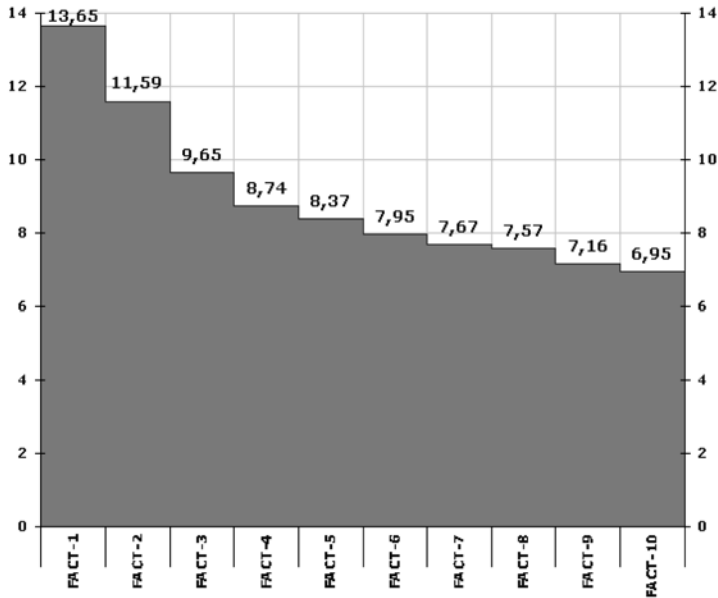
Come si può osservare dall'analisi delle corrispondenze (Figura 5) tutte le coppie appaiono sovrapposte, ossia appartenenti allo stesso polo di un medesimo fattore latente, eccezion fatta per la coppia 6 e la coppia 7 che risultano graficamente opposte alle altre rispettivamente sull'asse verticale e sull'asse orizzontale.

Figura 5 - Analisi delle corrispondenze (matrice UL X UC)



In realtà, analizzando la tabella degli autovalori (Figura 6), si può notare come non ci siano fattori latenti significativi, ossia in grado di spiegare una percentuale rilevante di variabilità dei dati. In altre parole, la distribuzione delle 13 famiglie nello spazio cartesiano non risulta interpretabile né rispetto all'asse delle ascisse (primo fattore), né rispetto all'asse delle ordinate (secondo fattore).

Figura 6 - Analisi delle corrispondenze (matrice UL X UC) - autovalori



Tale livello di analisi pertanto “salta”, portando così alla conclusione che le famiglie in oggetto siano caratterizzate da elementi di somiglianza più che da elementi di differenza. Non è insomma possibile individuare cluster di coppie; al contrario, pare potersi dire che tutte le coppie coinvolte rimandino ad una *medesima matrice* di senso.

Come si spiega allora il dato emerso dall’analisi “tipologie dei contesti elementari”? In tale analisi, infatti, due coppie sembravano distinguersi da tutte le altre: la coppia 37 e la coppia 15, corrispondenti rispettivamente al cluster 1 e al cluster 3.

Una spiegazione possibile è relativa alla differente prospettiva di partenza delle due analisi. In particolare, nel caso dell’analisi delle corrispondenze il confronto è stato effettuato a partire da una segmentazione del corpus su base teorica; nel caso dell’analisi per tipologie dei contesti elementari, invece, la segmentazione del corpus costituisce un risultato dell’analisi medesima e non un *a priori* imposto dal disegno di ricerca.

È possibile pertanto supporre che le due coppie in questione presentino delle peculiarità, ma che tali peculiarità non siano sufficientemente chiare e forti da emergere, qualora per ciascuna famiglia venga considerata *tutta* l'intervista e non solo alcuni segmenti, proprio quei contesti elementari che sono particolarmente significativi, e dunque distintivi (in quanto "scelti" dall'algoritmo implementato per la creazione dei due cluster-famiglie).

Conclusioni

L'obiettivo della ricerca è quello di individuare la presenza di caratteristiche comuni e di elementi differenziali di coppie genitoriali aventi una figlia che soffre di anoressia. Tale obiettivo non può dirsi del tutto conseguito ed è proprio su questo punto che vale la pena di riflettere.

Mentre infatti si evidenziano numerose caratteristiche comuni alle coppie genitoriali, di contro non è possibile riscontrare una presenza significativa di elementi differenzianti tale da consentire la creazione di sottogruppi di coppie-famiglie. Tali elementi laddove emergono, risultano infatti circoscritti ad alcuni aspetti specifici della relazione e così non sono generalizzabili. In altre parole, è possibile affermare che le famiglie aventi un membro (una figlia) con anoressia siano caratterizzate da una *matrice relazionale simile* piuttosto che da tratti specifici connessi alla specificità dei disturbi di personalità delle figlie.

Sembrerebbe dunque che la matrice familiare sia in grado di *influenzare* la sintomatologia manifesta (e di esserne influenzata)²¹, più che l'organizzazione di personalità latente. Quest'ultima, di contro, pur essendo fondamentale per contestualizzare e significare il sintomo, appare poco connessa alle matrici familiari.

Potremmo anche dire che la matrice familiare, relativa alla relazione coniugale e genitoriale, costituisce una sorta di "ambiente condiviso" in grado di generare lo stesso effetto, il *sintomo*. Quest'ultimo, d'altronde, latenzia organizzazioni di personalità differenti che vanno individuate.

21 È infatti possibile parlare del rapporto tra personalità e matrici familiari in termini di associazione e non di causazione.

Peraltro l'aspetto cruciale che sembra caratterizzare queste coppie (la matrice relazionale simile) è la presenza di una *doppia scissione*²². Consideriamola allora con attenzione.

In primo luogo si tratta di una netta *divisione tra mente e corpo*, ossia tra dimensione simbolica e dimensione materiale, dove la possibilità di mentalizzazione riguarda esclusivamente le proprie origini, mentre la relazione coniugale, e ancor più quella genitoriale, sono appiattite sulla materialità dell'azione.

In secondo luogo si tratta di una *frattura generazionale* per cui la coppia origina da se stessa e, al contempo, è il figlio a fare coppia-famiglia. Riprendendo le parole di Cigoli potremmo dire che «[...] È come se non ci fosse matrimonio e patrimonio generazionale, ma una costante e riproposta *nuova origine* (2005, p. 238)». Tale frattura, inoltre, impedendo la continuità generazionale, determina una sovrapposizione, ma forse è meglio dire *confusione*, tra relazione coniugale e relazione genitoriale.

In breve; *scissione e confusione* sembrano essere gli elementi psichici fondanti delle relazioni. Potremmo anche dire che le coppie da noi incontrate non sono in grado di mettere in atto un'adeguata articolazione tra somiglianza (come antidoto alla frattura) e differenza (come antidoto alla confusione).

I risultati sembrano dunque confermare quella parte della letteratura clinica che, usando un linguaggio differente, parla di "famiglia anoressica tipica". Ci riferiamo, in particolare, alla descrizione di una relazione coniugale-genitoriale critica in cui i coniugi-genitori sembrano non essere in grado di creare un rapporto di coppia "solidale" e dove asse coniugale e asse genitoriale vengono a sovrapporsi e a confondersi²³. Inoltre, entrambe queste relazioni

22 A questo proposito è opportuno sottolineare come tale aspetto sia caratteristico di queste famiglie, ma non distintivo. In altre parole, sono necessari ulteriori approfondimenti, nella direzione di un confronto con altre tipologie familiari (le cosiddette famiglie "normali", o famiglie con un membro che presenti una differente patologia) per poter sostenere la peculiarità dell'elemento riscontrato.

23 Tale criticità delle relazioni familiari è stata individuata da diversi autori che utilizzano termini differenti per esprimere il medesimo concetto. Si pensi, ad esempio, ai costrutti di "alleanze transgenerazionali" e di "coalizioni" (Selvini Palazzoli et al., 1988, 1998); di "invischiamento" (Minuchin et al., 1980); di "labilità di confini" (Onnis, 2004); di "scoraggiamento della differenziazione individuale" (Ugazio, 1998).

(coniugale e genitoriale) risultano “svuotate”, ossia gestite in modo formale e rigido senza un’implicazione affettiva profonda.

Tali difficoltà di relazione assumono però un nuovo significato se iscritte nella *storia familiare* in cui i coniugi-genitori sono al contempo anche figli. L’apertura alla dimensione temporale del legame consente infatti di comprendere il *posto della coppia* medesima nello scenario generazionale.

Va sottolineato infine come dal punto di vista metodologico, lo strumento impiegato, l’“Intervista Clinica Generazionale”, si sia dimostrato efficace nel cogliere le proprietà essenziali della matrice familiare a partire dall’incastro della coppia coniugale-genitoriale. L’Intervista è infatti in grado di far luce sulle dinamiche cruciali di coppia introducendo elementi di notevole interesse non solo empirico, ma anche clinico.

La ricerca infine evidenzia come oggi siano disponibili strumenti e tecniche in grado di rispondere alle esigenze non solo dei ricercatori, ma anche dei clinici. Questi ultimi sono di frequente sospettosi di fronte alla ricerca ritendendola lontana dalla logica della “cura”. D’altronde senza la verifica delle ipotesi e dei risultati del lavoro clinico non si rispetta il valore etico della relazione con l’altro (i clienti, la comunità scientifica).

Inoltre, sempre più la ricerca si orienta a costruire ipotesi più che a verificarle. Solo che questo aspetto è pressoché sconosciuto alla gran parte dei clinici che invece troverebbero qui le ragioni di una “buona alleanza” con i ricercatori.

Bibliografia

- CIGOLI V. (1997), *Intrecci familiari. Realtà interiore e scenario relazionale*, Raffaello Cortina, Milano.
- CIGOLI V. (2000), *Relazioni tra generazioni e disturbi di personalità: quale legame?*, in «Gruppi», 2(2), pp. 25-33.
- CIGOLI V. (2003), *La coppia tra scenari di origine e nuova nascita*, in M. ANDOLFI, V.CIGOLI (a cura di), *La famiglia d’origine. L’incontro in psicoterapia e nella formazione*, Franco Angeli, Milano, pp. 125-146.
- CIGOLI V. (2005), *Di generazione in generazione. Trasmettere, tramandare, trasferire*, in A. NICOLÒ, G. TRAPANESE (a cura di), *Psicoanalisi di coppia e*

- famiglia*, Franco Angeli, Milano, pp. 217-245.
- CIGOLI V. (2006), *L'albero della discendenza. Clinica dei corpi familiari*, Franco Angeli, Milano.
- CIGOLI V., GENNARI M., GOZZOLI C., MARGOLA D. (2003), *Curare la relazione di coppia. L'incontro tra pratica clinica e ricerca empirica*, in «Psicoterapia Relazionale», 17, pp. 5-30.
- CIGOLI V., GENNARI M., GOZZOLI C., MARGOLA D. (2005), *L'incontro clinico con la coppia. Tra studio di risultanze e analisi del percorso di cura*, in «Interazioni», 1, pp. 1-20.
- CIGOLI V., GOZZOLI C., MARTA E., TAMANZA G. (2003), *Generatività Familiare. Una ricerca con l'intervista clinica intergenerazionale*, in S. DI NUOVO, S.BUONO (a cura di), *Famiglie con figli disabili. Valori, crisi evolutiva, strategie di intervento*, Città Aperta, Catania, pp. 13-49.
- CIGOLI V., GOZZOLI C., MARTA E., TAMANZA G. (in corso di stampa), *L'Intervista Clinica Generazionale*, Franco Angeli, Milano.
- CIGOLI V., MARGOLA D., MOLGORA S. (2006), *Predicting marital therapy dropouts: Preliminary results through the application of a computer-assisted qualitative data analysis software*, *Relazione presentata al III Congresso dell'European Society on Family Relations (E.S.F.R.)*, Darmstald, 28-30 settembre.
- CIGOLI V., SCABINI E. (2006), *Family identity. Ties, symbols, and transitions*, Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah NJ.
- DI NUOVO S. (1995), *I metodi della ricerca in psicologia clinica*, in L. D'ODORICO (a cura di), *Sperimentazione e alternative di ricerca*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 153-210.
- GARFINKEL P.E., GARNER D.M. (1982), *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*, Brunner-Mazel, New York NY.
- HOEK H.W., VAN HOEKEN D. (2003), *Review of the prevalence and incidence of eating disorders*, in «*International Journal of Eating Disorders*», 34, pp. 383-396.
- KAZDIN A.E. (1996), *Metodi di ricerca in psicologia clinica*, Il Mulino, Bologna (ed. or. 1992).
- LAI G. (1993), *Conversazionalismo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- LANCIA F. (2004), *Strumenti per l'analisi dei testi. Introduzione all'uso di T-LAB*, Fanco Angeli, Milano.

- MAZZARA B. M. (2002) (a cura di), *Metodi qualitativi in psicologia sociale*, Carocci, Roma.
- MINUCHIN S., ROSMAN B.L., BAKER L. (1980), *Famiglie psicosomatiche: l'anorexia mentale nel contesto familiare*, Astrolabio, Roma (ed. or. 1978).
- MOLGORA S. (in corso di stampa), *La personalità anoressica. Uno studio attraverso l'impiego del Test di Rorschach*.
- ONNIS L. (2004) (a cura di), *Il tempo sospeso. Anoressia e bulimia tra individuo, famiglie e società*, Franco Angeli, Milano.
- PONTALI C. (1996), *Matrice familiare e radici dell'identità*, in M. ANDOLFI, A.SACCU *Emozioni e sistemi*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 15-24.
- PONTALI C. (1999), *Disturbi di personalità e campi mentali familiari*, in «*Rivista di Psicoterapia Relazionale*» 9, pp. 25-43.
- RECALCATI M. (2002), *Clinica del vuoto. Anoressie, dipendenze, psicosi*, Franco Angeli, Milano.
- RICOEUR P. (2004), *Ricordare, dimenticare, perdonare. L'enigma del passato*, Il Mulino, Bologna (ed. or. 1998).
- SELVINI PALAZZOLI M., CIRILLO S., SELVINI M., SORRENTINO A.M. (1988), *I giochi psicotici nella famiglia*, Raffaello Cortina, Milano.
- SELVINI PALAZZOLI M., CIRILLO S., SELVINI M., SORRENTINO A.M. (1998), *Ragazze anoressiche e bulimiche*, Raffaello Cortina, Milano.
- THEANDER S.S. (2004), *Trends in the literature on eating disorders over 36 years: Terminology, interpretation and treatment*, in «*European Eating Disorders Review*», 12, pp. 4-17.
- UGAZIO V. (1998), *Storie permesse, storie proibite. Polarità semantiche familiari e psicopatologia*, Bollati Boringhieri, Torino.

VALUTARE L'ALLEANZA TERAPEUTICA ATTRAVERSO TRASCritti DI SEDUTE: L'ATTENDIBILITÀ DELL'IVAT-R NELLO STUDIO DI QUATTRO PSICOTERAPIE

Antonello Colli, Vittorio Lingiardi**

Riassunto

In questo articolo viene presentata per la prima volta la versione “revised” dell’Indice di Valutazione dell’Alleanza Terapeutica (IVAT-R), uno strumento di rilevazione quantitativa (livello di collaborazione del paziente, del terapeuta e della coppia paziente terapeuta) e qualitativa (stili di rottura, modalità di riparazione, ecc.) del processo di formazione e rottura dell’alleanza. La presentazione dei dati sull’attendibilità dell’IVAT-R e uno studio esemplificativo su quattro casi in psicoterapia concludono l’articolo.

Parole chiave: Alleanza terapeutica, Processi di rottura e riparazione, Trascritti di sedute.

Summary

The aim of this paper is to illustrate the revised version of the Indice di Valutazione dell’Alleanza Terapeutica (IVAT – R), a coding system created to assess quantitative (collaboration level of the patient, of the therapist and of the therapeutic dyad) and qualitative dimensions (patient and therapist rupture style, resolution styles, ecc) of the therapeutic alliance. IVAT-R reliability data and an example of its application on four clinical cases will be also presented.

Key words: Therapeutic alliance, Rupture and resolution processes, session transcripts.

* Facoltà di Psicologia 1, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università “La Sapienza” di Roma

Valutare l'alleanza e il processo terapeutico: tanti strumenti, perché uno nuovo?

L'IVAT (Colli, Lingiardi, 2001a,b, 2002a,b)¹ appartiene a quel gruppo di strumenti che, impiegati nella ricerca sul processo, si propongono “di classificare, descrivere e contare ciò che paziente e terapeuta fanno” durante le sedute (Stiles, Honos-Webb, Knobloch, 1999, p. 365). È un gruppo assai numeroso, tanto da giustificare l'esistenza di una piccola letteratura dedicata alla classificazione degli strumenti che lo compongono (Elliott, 1991; Elliott, Anderson, 1994; Greenberg, Pinsof, 1986; Lambert, Hill, 1994).

Già nel 1973, Kiesler segnalava la proliferazione eccessiva di strumenti per la misurazione del processo, e il rischio di una concomitante dispersione e uso locale degli stessi. Questa segnalazione si è rivelata fondata: infatti, degli strumenti citati tra il 1978 e il 1992 sul *Journal of Consulting and Clinical Psychology* e sul *Journal of Clinical Psychology*, il 43% era stato impiegato una sola volta (Hill, Nutt, Jackson, 1994). Alcuni spiegano questo fenomeno sostenendo che nuovi strumenti vengono costruiti perché quelli esistenti non sono in grado di dimostrare le ipotesi dei ricercatori oppure non sono adeguati per valutare aspetti importanti del processo terapeutico che vengono via via identificati (Stiles, Honos-Webb, Knobloch, 1999). Più pessimisticamente si potrebbe sostenere che molti di questi strumenti sono superflui e contribuiscono a frammentare e rendere la ricerca troppo locale. In modo più cauto ci

1 L'IVAT ha conosciuto una prima versione (IVAT, pubblicata in Lingiardi, 2002), una seconda versione (IVAT-II) utilizzata in alcune ricerche esplorative e presentata in contesti congressuali (Colli, Lingiardi, 2006; Colli, Lingardi, 2005; Lingiardi, Colli, 2005). Questa terza versione (IVAT-R), che può essere considerata ... “momentaneamente definitiva”, è stata modificata tenendo presente i suggerimenti ricavati da due anni (2005-2006) di seminari clinici sulla valutazione dell'alleanza terapeutica. A questo proposito ringraziamo tutti quelli che in questi anni hanno contribuito, con i loro suggerimenti e le loro critiche, a migliorare lo strumento. In particolare ringraziamo le dottoresse del “Gruppo IVAT” dell'Università di Roma “La Sapienza”; Daniela Maggioni e il “Gruppo Clinico e di Ricerca” che si è riunito all'ASP di Milano; i colleghi dell'Università di Padova Adriana Lis, Silvia Salcuni, Diego Rocco; i colleghi dell'Università di Milano Bicocca, Marta Vigorelli, Mariangela Villa, Tiziana Porta; i colleghi dell'Università di Palermo Cecilia Giordano e Gianluca Lo Coco.

sentiamo di sostenere che se “avere a disposizione strumenti diversi, messi a punto da gruppi di ricerca diversi, validati su campioni diversi, ispirati a metodologie diverse (self-report, Q-sort, rating scales, ecc.) per misurare lo stesso costrutto, spesso si rivela un fatto prezioso, anche sul piano clinico” (Dazzi, 2006, p. 22), questo avviene a patto che il costrutto abbia una rilevanza non solo empirica, ma anche clinica (che cioè non sia solo un marchingegno metodologico, ma anche una fonte di informazioni utili al lavoro del clinico).

Quanto detto per gli strumenti che valutano il processo vale anche per gli strumenti che si prefiggono di valutare l'alleanza terapeutica (Horvath, 2005): se ne contano più di una ventina (Lingiardi, 2002; De Bei, 2006), ma pochi di essi hanno diffusione internazionale o sono stati utilizzati in più di una ricerca (Tabella.1).

Tabella 1 - Principali strumenti per valutare l'alleanza terapeutica

Strumento	Autori	Modello	Costrutto
Penn Helping Alliance Scales (PHAS)	Luborsky e coll. 1983	Psicodinamico	Alleanza di tipo 1 e 2
Working Alliance Inventory (WAI)	Horvath, Greenberg, 1981	Panteorico	Tre dimensioni Bond, Task, Goal
California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS)	Marmar, Gaston, 1988	Psicodinamico + Panteorico	Quattro dimensioni: PWC, PC, WSC, TUI
Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (VTAS)	Hartley, Strupp, 1983	Psicodinamico + Interpersonale	Contributo T Contributo P Interazione P/T
Ruptures Resolution Scales (RRS)	Safran e coll., 2002	Modello di Safran	Rotture di ritiro, confronto e manipolazione

Da qui la nostra domanda di partenza: *tra tanti strumenti, perché uno nuovo?* Le ragioni che secondo noi giustificano la creazione di un nuovo strumento come l'IVAT sono essenzialmente tre:

Visione dinamica vs statica dell'alleanza terapeutica. L'IVAT-R non valuta solo l'alleanza terapeutica nel suo insieme, ma anche il processo che porta alla sua formazione e alla sua rottura. In questo senso propone di valutare il costrutto in modo dinamico: strumenti come WAI e CALPAS, per citare due dei più noti, forniscono importanti informazioni sul livello di collaborazione paziente-terapeuta, ma non ci informano su *come* i soggetti della coppia terapeutica siano giunti a questa collaborazione (o viceversa come siano arrivati a non collaborare). In un certo senso l'IVAT-R si pone l'obiettivo non solo di valutare dove si arriva (outcome), ma anche come (process).

Negoziazione intersoggettiva e indagine microanalitica. L'IVAT-R è stata pensata facendo esplicito riferimento a modelli teorici di stampo relazionale, intersoggettivista e cognitivo-interpersonale (Mitchell, 2000; Beebe, Lachmann, 2002; Stern, 2004; Aron, 1996; Safran, Segal, 1990). L'alleanza terapeutica, il suo farsi e disfarsi, viene quindi intesa come un processo di co-costruzione, di negoziazione intersoggettiva al quale entrambi i partecipanti possono contribuire in termini sia positivi sia negativi. Studiare il processo di negoziazione richiede però un livello d'analisi più specifico, che permetta di osservare i singoli movimenti relazionali della coppia e il loro divenire temporale (Stern, 2004). L'IVAT-R è stata creata per valutare i processi di rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica a partire dai trascritti di sedute. L'attenzione al testo e all'indagine microanalitica è del resto coerente con l'attenzione odierna al dialogo e all'influenza reciproca (Beebe, Lachmann, 2002; Siegel, Josephs, Weinberger, 2002; Lingiardi, Dazzi, 2006).

Rilevanza clinica ed empirica del costrutto. La scelta di valutare l'alleanza terapeutica in generale, e i processi di rottura e riparazione in particolare, è motivata da due osservazioni, una di ordine empirico e una di ordine clinico.

Mentre un'alleanza positiva nelle prime fasi della terapia è un potente predittore rispetto all'outcome, non si può dire lo stesso nel caso in cui l'al-

leanza nelle prime fasi non sia positiva (Horvath, Bedi, 2002; Martin, Garske, Davis, 2000). Questo dato, unito a riflessioni di carattere clinico legate al trattamento di pazienti con disturbi di personalità, ci invita a passare da un'idea dell'alleanza terapeutica esclusivamente come base dalla quale partire a obiettivo da raggiungere. I processi di rottura e riparazione divengono così un nodo importantissimo del processo terapeutico (Lingiardi, 2002, Lingiardi, Colli, 2003; De Bei, 2006). Inoltre alcune ricerche sembrano dimostrare come le terapie con andamenti caratterizzati da cicli di rotture e riparazioni siano quelle che raggiungono un migliore esito (Stiles et al. 2004). A conferma della sua rilevanza empirica, ricordiamo che il costrutto "rotture e riparazioni" è stato inserito dalla Task Force della Divisione 29, promotrice delle "Empirically Supported Relationships", nell'elenco dei cosiddetti *promising elements* (Norcross, 2002; Del Corno, Lang, 2006). In questo elenco sono raccolti tutti quei costrutti che sebbene non abbiano ancora dato prove definitive della propria rilevanza nel determinare l'outcome delle terapie sono comunque considerati promettenti e da sottoporre a ulteriore verifica.

Concordiamo con quanti sostengono l'impossibilità di descrivere un unico processo terapeutico ideale e applicabile a diverse coppie paziente-terapeuta (Ablon, Jones, 2005; Jones, 2000), ma siamo convinti che la dialettica dei processi di rottura e riparazione, nonché la capacità di gestire momenti di impasse, sia un fattore terapeutico clinicamente rilevante e trasversale rispetto ai modelli clinici d'intervento. Infatti, sebbene con terminologie differenti – fallimento empatico, impasse terapeutica, resistenza al trattamento, resistenza al cambiamento, fallimenti relazionali, test di sicurezza ecc. - tale dialettica viene riconosciuta come fondamentale da clinici di diverso orientamento (Weiss, Sampson, 1987; Safran, Muran, 2000; Liotti, 1994; Stern, 2004).

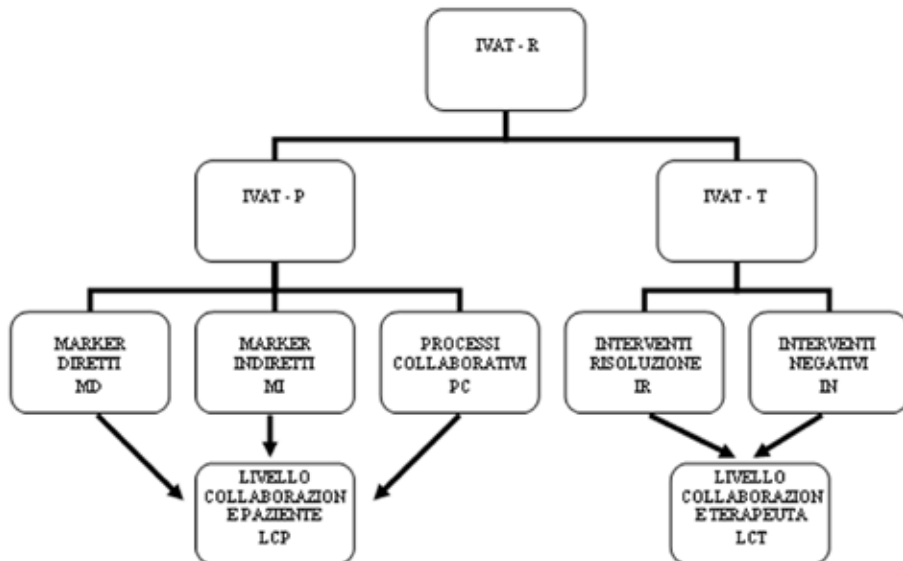
IVAT-R. Descrizione

Per presentare l'IVAT-R seguiremo le indicazioni di Greenberg e Pinsof (1986) sulle modalità di presentazione degli strumenti per la ricerca empirica in psicoterapia.

Riferimenti teorici ed empirici. La costruzione dell'IVAT è stata influenzata dai lavori di Safran e Muran sul processo di negoziazione intersoggettiva dell'alleanza terapeutica (Safran, Muran, 2000; Safran, Muran, 1996; Safran, Muran, 1998; Safran et al., 2002) e in particolare da una ricerca sull'individuazione dei marker di rottura del paziente nel corso delle sedute (Safran, et al., 1990). L'IVAT è debitore anche di altri sistemi di valutazione del processo, in particolare il *Patient Experience of the Relationship with the Therapist* (PERT; Gill, Hofmann, 1982), il metodo della diagnosi di Piano di Weiss e Sampson (1987), la *Defense Mechanism Rating Scale* (DMRS; Perry, 1990), la *Reflective Functioning Scale* (RF; Fonagy et al., 1998), le *Vanderbilt Psychotherapy Process Scales* (VPPS; O'Malley, Suh, Strupp, 1983) e lo *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS; Jones, 2000; Ablon, Jones, 1999).

Struttura. L'IVAT-R si compone di due principali sottoscale: una rivolta all'analisi dei processi di rottura e collaborazione del paziente (IVAT-P) e una dedicata all'analisi dei contributi positivi e negativi del terapeuta (IVAT-T) (Figura 1).

Figura 1 - Struttura scala IVAT



IVAT – P

L'IVAT-P si compone di tre sottoscale: marker di rottura diretti (MD), marker di rottura indiretti (MI), processi collaborativi (PC) (Figura 2).

Con l'espressione "marker di rottura" (Rice, Greenberg, 1984) ci riferiamo a quegli aspetti (comportamenti, parole, ecc) che possono essere indicativi/predittivi di una rottura più o meno manifesta o comunque di un disagio da parte del paziente rispetto alla terapia e/o alla relazione con il terapeuta. I markers diretti (MD) sono comunicazioni esplicite, dirette, confrontative, mentre quelli indiretti (MI) sono manifestazioni non esplicite e di ritiro dalla relazione terapeutica.

Esempi di MD sono quando il paziente comunica la propria sfiducia rispetto al processo terapeutico e alle sue possibilità di cambiamento, quando attacca verbalmente il terapeuta in riferimento alla sua competenza, alle sue qualità umane ecc. Esempi di MI sono quando il paziente cambia visibilmente argomento per evitare di approfondire tematiche angosciose, quando si dilunga su argomenti non significativi per la terapia ecc.

I PC sono comunicazioni del paziente che non ostacolano il processo terapeutico e che possono in vario modo contribuire positivamente ad esso, in particolare alla costruzione e/o al mantenimento di un adeguato livello di collaborazione con il terapeuta.

Sia i markers di rottura sia i processi collaborativi possono essere valutati anche per la loro intensità: per questo esiste una scala bipolare con un versante negativo e uno positivo: la scala del Livello di Collaborazione del Paziente (LCP). La scala LCP valuta l'intensità dei processi collaborativi (ramo positivo) e dei processi di rottura (ramo negativo) per mezzo di una scala Likert a 7 punti -3, 0, +3.

IVAT – T

L'IVAT-T è dedicata alla valutazione degli interventi del terapeuta e si compone di due sottoscale: Interventi di Risoluzione (IR) e Interventi Negativi (IN) (Figura 3).

La scala IR valuta gli interventi del terapeuta che contribuiscono alla

riparazione delle rotture o in generale favoriscono lo stabilirsi di una buona alleanza terapeutica. La scala IN valuta gli interventi del terapeuta che contribuiscono alla rottura dell'alleanza o la influenzano in modo negativo.

Gli IR possono essere tentativi del terapeuta di esplicitare markers di rottura indiretti del paziente oppure risposte empatiche volte a facilitare nel paziente l'espressione di sentimenti negativi nei confronti del terapeuta; possono essere interventi mirati a spostare l'attenzione del paziente sul qui e ora della relazione, interventi di chiarificazione o confronto, o semplicemente di mantenimento di una buona alleanza.

Gli IN sono interventi del terapeuta che sembrano contribuire in modo negativo al processo terapeutico. Per esempio consideriamo IN quando il terapeuta sembra in competizione con il paziente, oppure appare confuso rispetto alle strategie da adottare, o si esprime in modo oscuro o incomprensibile, ecc.

Anche per il terapeuta è prevista una valutazione quantitativa del grado di collaborazione attraverso una scala Likert (-3/+3) che valuta il Livello di Collaborazione del Terapeuta (LCT).

Figura 2 - Struttura scala IVAT - P

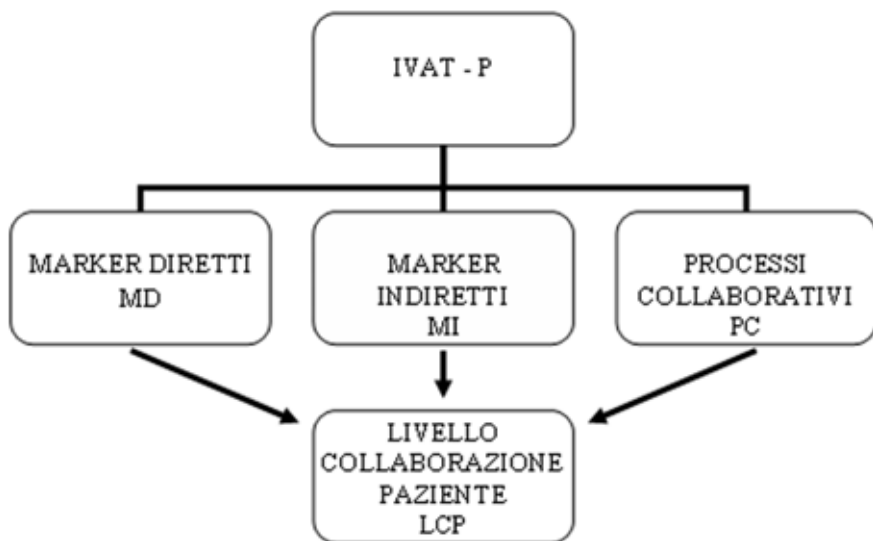
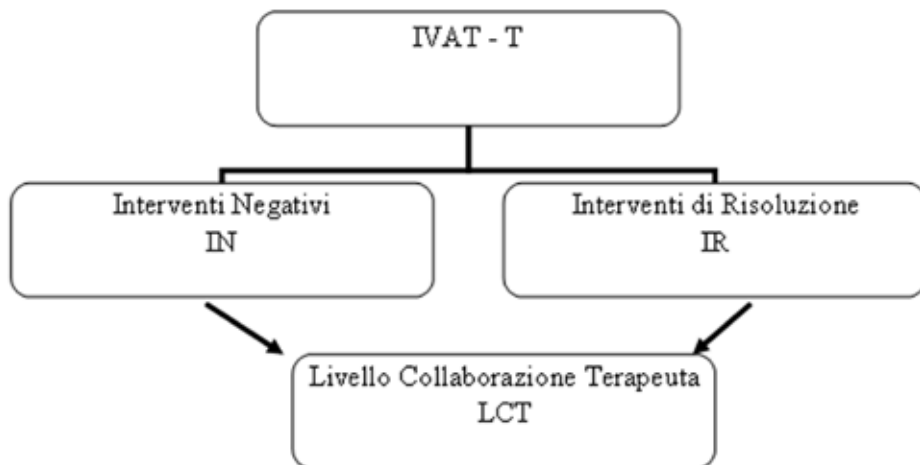


Figura 3 - Struttura scala IVAT - T



Tipi di misurazione e dati forniti dallo strumento

I **dati qualitativi**, nella scala IVAT-P, riguardano le tre principali categorie di classificazione delle comunicazioni del paziente: Marker di rottura diretti (MD), Marker Rottura Indiretti (MI) e Processi collaborativi (PC). In particolare la scala permette di individuare sia lo stile prevalente di rottura (rotture dirette vs indirette) sia i pattern sequenziali e ripetitivi con cui il paziente tende a ripresentare specifiche modalità relazionali

Nell'IVAT-T la valutazione qualitativa avviene per mezzo di due tipologie d'interventi: Interventi di Risoluzione (IR) e Interventi Negativi (IN).

Oltre a queste macro categorie è possibile valutare ancora più dettagliatamente i contributi di paziente e terapeuta rilevando gli specifici marker utilizzati come riportati in Appendice.

I **dati quantitativi** riguardano sia la *quantità/frequenza* di marker di rottura, processi collaborativi, marker di risoluzione e interventi negativi presenti, sia la loro *intensità*.

I punteggi della scala relativi alla presenza di ogni categoria (MD, MI, PC, IR, NI ecc) possono variare tra 0 e 10. Mentre per quanto riguarda l'intensità media globale della collaborazione, sia essa in riferimento al paziente o al terapeuta o alla diade, può variare tra -3 e +3.

Un esempio di applicazione della scala

A scopo esemplificativo riportiamo l'applicazione dell'IVAT-R a quattro casi di psicoterapia. Questi esempi oltre a chiarire il tipo d'informazioni che lo strumento può fornire, cercano di rispondere a due domande:

- 1) qual è il livello d'attendibilità della scala valutata come accordo tra giudici²?
- 2) la scala è abbastanza sensibile da differenziare qualitativamente e quantitativamente diversi casi di psicoterapia?

Metodologia

Giudici

Per valutare le sedute abbiamo utilizzato un pool di tre giudici indipendenti: due neolaureate in psicologia clinica senza esperienza clinica né di valutazione di trascritti, e un giudice esperto (come clinico e ricercatore). Prima di procedere alla valutazione dei casi presenti in questo studio, i giudici sono stati addestrati dagli autori dello strumento. L'addestramento è consistito nello studio del manuale di siglatura³, nella valutazione di 50 segmenti di sedute scelti a caso e nella valutazione indipendente di due sedute. In totale le esercitazioni dell'addestramento si sono svolte su un totale di 260 unità narrative. Le valutazioni sono state poi discusse in gruppo con gli autori della scala.

2 In questo studio forniremo esclusivamente i dati relativamente al livello d'accordo tra giudici. Stiamo ultimando un lavoro più esaustivo sulla valutazione dell'attendibilità della scala (influenza del livello d'esperienza sul livello d'accordo tra giudici, stabilità nel tempo delle valutazioni – test retest).

3 Il manuale può essere richiesto agli autori scrivendo a antonello.colli@uniroma1.it o vittorio.lingiardi@uniroma1.it.

Campione

Sono state valutate le trascrizioni delle sedute di quattro psicoterapie (tre a orientamento dinamico, una a orientamento cognitivo-interpersonale). Riportiamo qui di seguito le diagnosi dei quattro casi studiati:

Caso A (psicoterapia cognitiva-interpersonale): Nessuna diagnosi in Asse I; Disturbo Narcisistico di Personalità in Asse II.

Caso B (psicoterapia psicodinamica): Sindrome premestruale in Asse I; Disturbo Narcisistico di Personalità in Asse II.

Caso C (psicoterapia psicodinamica): Nessuna diagnosi in Asse I; Disturbo Istrionico di Personalità in Asse II.

Caso D (psicoterapia psicodinamica): Disturbo Distimico in Asse I; Disturbo Istrionico di Personalità in Asse II.

Per ogni paziente sono state valutate le trascrizioni di due sedute consecutive, ogni sei mesi di terapia, per un periodo complessivo di 18 mesi di terapia. Complessivamente sono state valutate 24 sedute. Ogni seduta è stata divisa ulteriormente in unità narrative (scambio verbale T-P)⁴. Complessivamente sono state valutate 1940 unità narrative.

Le sedute valutate sono state audioregistrate e trascritte nel rispetto delle norme della privacy; in particolare sono state modificate tutte le informazioni presenti nel trascritto che potevano permettere il riconoscimento dei pazienti.

Risultati

Attendibilità

Abbiamo calcolato il livello di inter rater reliability sia rispetto allo strumento considerato nel suo insieme sia in riferimento alle singole categorie.

4 Ricordiamo che il metodo IVAT richiede la suddivisione del testo in unità narrative. Un'unità narrativa è composta da ogni singolo scambio verbale tra terapeuta e paziente, segmento T-P.

Poiché le valutazioni relative alla presenza e all'intensità dei markers sono compiute mediante scale Likert, per calcolare il grado di accordo tra giudici abbiamo utilizzato il coefficiente di intraclass correlation (Shrout, Fliess, 1979).

L'accordo generale tra i giudici (IVAT – R) è risultato pari a .83 (.82 per l'IVAT – P e .85 per l'IVAT – T) (Tabella 2). Abbiamo valutato anche l'accordo per ogni singola categoria assegnata dai giudici per ogni unità narrativa: trattandosi di dati categoriali abbiamo utilizzato l'indice Kappa di Cohen (Landis, Koch, 1977)⁵.

Tabella 2 - Risultati dell'attendibilità dello strumento

Scala	Inter rater reliability
IVAT-R	.83*
IVAT-P	.82*
IVAT-T	.85*
Marker Diretti	.85**
Marker Indiretti	.71**
Processi Collaborativi	.73**
Interventi di Risoluzione	.81**
Interventi Negativi	.80**

* Coefficiente d'intraclass correlation medio;

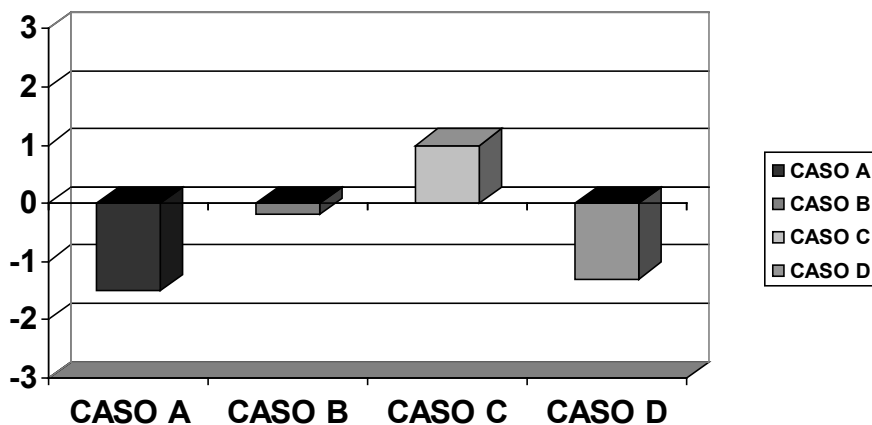
** Coefficiente Kappa di Cohen medio

5 Secondo Landis e Koch (1977) i valori di Kappa possono essere interpretati in termini qualitativi come segue: < 0 = accordo inesistente; 0.0 – 0.20 = debole ; 0.21 – 0.40 = scarso; 0.41 – 0.60 = moderato; 0.61 – 0.80 = buono; 0.81 – 1.00 = ottimo.

Livello d'alleanza terapeutica dei pazienti

I quattro casi differiscono per il livello d'alleanza media globale (i valori fanno riferimento alla media delle valutazioni per le sei sedute valutate per ogni caso) (grafico 1). Al confronto, i casi A e D mostrano un livello d'alleanza più basso, mentre il caso C presenta un livello medio-alto.

Grafico 1 - Livello alleanza terapeutica dei pazienti



I quattro pazienti differiscono anche per le modalità di rottura dell'alleanza: i casi A e D mostrano una presenza elevata di Marker Diretti, mentre i casi B e C mostrano uno stile di rottura prevalentemente indiretto. Nel grafico 2 abbiamo riportato i valori percentuali di presenza di Marker di rottura Diretti e Indiretti (MD vs MI) per ognuno dei quattro casi.

Anche per quanto riguarda i terapeuti sono emerse differenze significative, in particolare rispetto alla presenza e all'intensità degli Interventi Negativi (IN). Il grafico 3 mostra come il caso D si caratterizzi per una più elevata presenza media di IN (ricordiamo che questa può variare da 0 - per nulla presente - a 10 - presente in almeno il 90% delle comunicazioni del terapeuta). Quindi nel CASO D (presenza media IN = 2,7) il 30% degli interventi del terapeuta (in tutte le sedute) è stato siglato come IN.

Grafico 2 - Stile di rottura dei pazienti

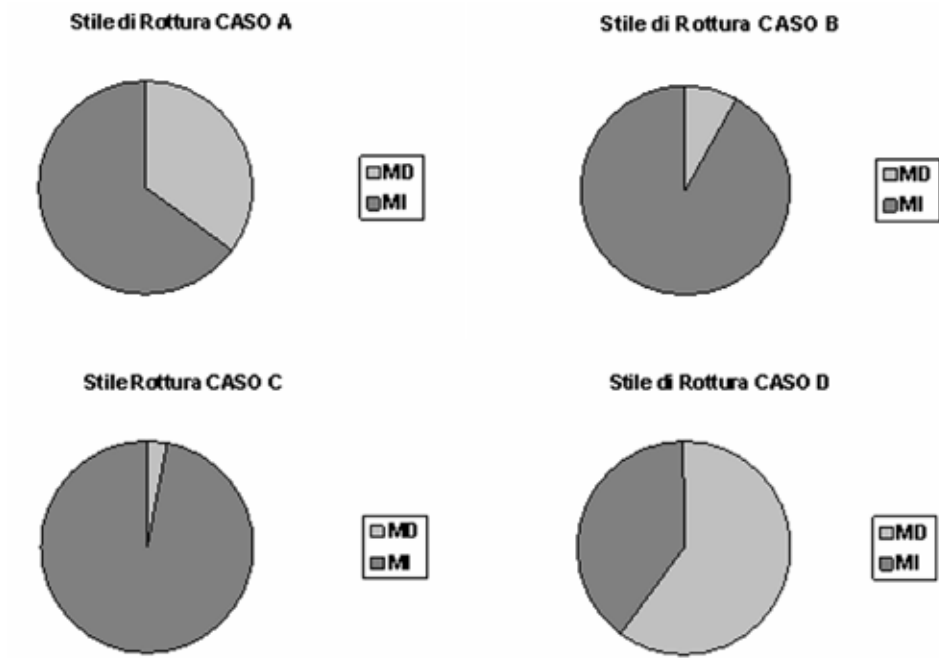
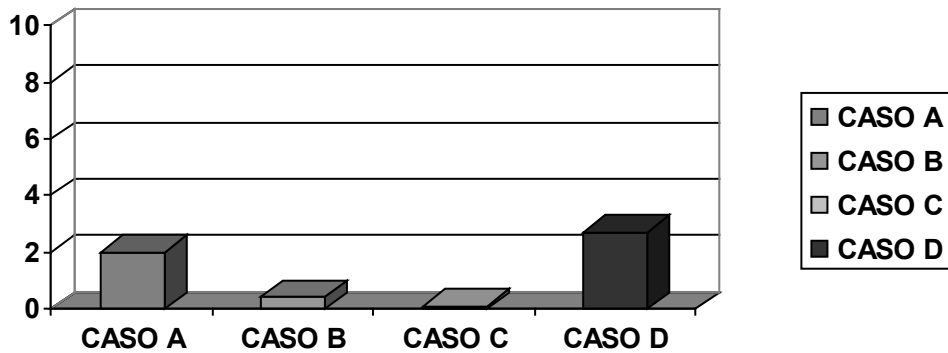
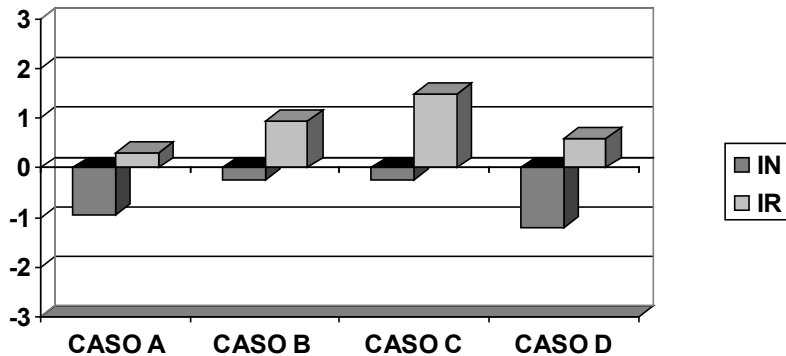


Grafico 3 - Presenza media interventi Negativi IN



I terapeuti si differenziano anche per l'intensità media degli interventi negativi (IN) e di risoluzione (IR) (Grafico 4). In particolare il terapeuta del caso C (oltre che per IN di bassa intensità) si caratterizza per un'intensità più elevata di IR. In generale va notato come il processo di rottura dell'alleanza da parte del terapeuta si può manifestare non solo con un'alta presenza/intensità di IN ma anche con una bassa presenza/intensità di interventi IR. Per esempio, il terapeuta del caso B, sebbene abbia pochi IN, come il terapeuta del caso C, presenta però per un'intensità molto bassa di IR.

Grafico - Intensità media IN e IR



Discussione

La scelta di creare un nuovo strumento per valutare l'alleanza terapeutica e i suoi processi di rottura/riparazione, nasce dall'esigenza di studiare il costrutto secondo una prospettiva dinamica, microprocessuale e attenta ai meccanismi sottostanti. Scopo di questo lavoro era descrivere l'IVAT-R e mostrarne un esempio applicativo fornendo al tempo stesso dati preliminari della sua attendibilità.

L'IVAT-R ha mostrato un livello di attendibilità che può essere considerato di grado da discreto a buono (Landis, Koch, 1977; Sim, Wright, 2005). Questi primi risultati sono particolarmente soddisfacenti proprio perché ottenuti coinvolgendo siglatori poco esperti. Utilizzando siglatori più esperti, lo strumento mostra un'attendibilità ancora maggiore, sia per quanto riguarda

l'IVAT nel suo insieme, sia per i singoli indici. L'attendibilità raggiunta sembra comprovare anche la bontà del processo di addestramento: una durata di dodici ore può essere considerata un buon compromesso tra costi e benefici. Abbiamo osservato che l'accordo tra giudici aumenta con l'aumentare dell'esperienza nell'uso della scala.

Ricordiamo conclusivamente che, rispetto alla prima versione dell'IVAT, abbiamo introdotto due nuove sottoscale, una per la valutazione dei contributi negativi del terapeuta (Scala degli Interventi Negativi, IN), e una per la valutazione dei contributi positivi del paziente (Scala dei Processi Collaborativi, PC). Queste due nuove scale permettono una lettura più bilanciata e rispettosa delle dinamiche interpersonali alla base dei processi di rottura e di riparazione dell'alleanza (Lingiardi, De Bei, 2005).

È importante segnalare che nell'attuale versione IVAT-R è stata introdotta una nuova procedura di attribuzione dei punteggi. Il nuovo processo di misurazione, che valuta, mediante scale Likert, presenza e intensità dei processi di paziente e terapeuta (siano essi positivi o negativi), fornisce dei limiti nella variazione dei punteggi (da 0 a 10 per quanto riguarda la presenza; da -3 a +3 per quanto riguarda l'intensità). La prima versione dell'IVAT, infatti, presentava il problema dell'assenza di limiti nei punteggi ottenibili (che potevano teoricamente variare tra - infinito e + infinito), con evidenti ripercussioni sulla possibilità di confrontare diverse valutazioni.

Questo aspetto chiama in causa il problema del cut-off dei punteggi. In effetti non siamo in grado di fornire valori assoluti di riferimento circa la presenza o l'intensità dei markers: per esempio, in assoluto non possiamo sapere se la presenza di 5 IN in una seduta sia di per sé indicativa di cattiva alleanza. Si tratta di un limite importante, ma in qualche modo connaturato a strumenti che si propongono di valutare costrutti multidimensionali come l'alleanza terapeutica. Il problema del cut-off non è facilmente risolvibile anche perché il livello dell'alleanza dipende da un numero di variabili così elevato (setting, tipo di terapia, tipo di disturbo, momento della misurazione, ecc) da rendere praticamente impossibile (e forse inutile rispetto agli scopi della ricerca) la raccolta di un campione per il calcolo di valori normativi (Horvath, 2005, comunicazione personale). La non disponibilità di dati normativi non esclude però la possibilità di confrontare tra loro i casi singoli e in particolare di studiare in termini processuali l'alleanza terapeutica attraverso studi single-case (Lingiardi, 2006).

I primi dati di validità convergente dell'IVAT-R – misurata con il Working Alliance Inventory (WAI, Horvath, 1981; Horvath, 1982; Horvath, Greenberg, 1989) e il Psychotherapy Process Q-sort (Jones, 2000) – sono promettenti e saranno oggetto di una imminente pubblicazione (Colli, Lingiardi, 2006b). Un ulteriore motivo di fiducia nella validità complessiva dell'IVAT-R ci proviene dalla sostanziale sovrapponibilità dei dati di attendibilità ottenuti da noi e da altri gruppi di ricerca indipendenti (Villa et al., 2006). Tali gruppi hanno impiegato l'IVAT all'interno di diversi protocolli di ricerca, finalizzati allo studio dei processi di rottura e riparazione in relazione ad altre variabili quali per esempio l'attività referenziale (Villa et al. 2006; Rocco, D'Incerti, Benelli, 2006), i CCRT (Rocco, Sambin, 2006), i meccanismi di difesa (Salcuni et al. 2005), il continuum supportivo espressivo (Williams et al. 2003; Williams et al. 2002), i processi metacognitivi (Marini et al. 2006), l'analisi vocale delle interazioni tra paziente e terapeuta (Sarracino et al. 2006), la relazione reale (Lo Coco et al. 2006). L'IVAT è stata infine anche impiegata per studiare la tra concordanza tra i trascritti a memoria fatti dal terapeuta e le registrazioni fedeli delle sedute (Lis et al., 2005).

Bibliografia

- ABLON, J.S., JONES, E.E. (1999), "Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 1, pp. 64-75.
- ABLON, J.S., JONES, E.E. (2005), "On analytic process". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53, 2.
- ARON, L. (1996), *Menti che si incontrano*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2003
- BEEBE, B., LACHMANN, F.M. (2002), *Infant research e trattamento degli adulti*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2003.
- BORDIN, E.S. (1979). "The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance". *Psychotherapy: theory, research, and practice*, 16, pp. 252-260.
- COLLI, A., LINGIARDI, V. (2001a), "Una proposta di valutazione dell'al-

- leanza terapeutica a partire dai trascritti delle sedute: il sistema IVAT". Relazione presentata al Convegno Nazionale della Society for Psychotherapy Research, sezione italiana, Palermo, 18-21 ottobre 2001, Abstract Book, p. 87-88.
- COLLI, A., LINGIARDI, V. (2001b), "Manuale IVAT: Indice di Valutazione dell'Alleanza Terapeutica". Manoscritto non pubblicato.
- COLLI, A., LINGIARDI, V. (2002a), "Indice di valutazione dell'alleanza terapeutica". In V. Lingiardi "L'Alleanza terapeutica", Raffaello Cortina, Milano, 2002.
- COLLI A., LINGIARDI V. (2002b) "Il sistema IVAT: una scala per la valutazione dell'alleanza terapeutica a partire dai trascritti delle sedute". XI Congresso Nazionale SITCC, Bologna, 19-22 Settembre 2002
- COLLI A., LINGIARDI, V. (2003) "Valutazione multistrumentale di una paziente in psicoterapia: la valutazione dell'alleanza terapeutica con l'IVAT" - IV Congresso Nazionale SPR *La Ricerca fa bene alla Clinica* Milano, 20 - 23 Novembre 2003.
- COLLI, A., LINGIARDI, V. (2005), "Valutare i processi di rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica: l'IVAT-II". Relazione presentata al *V convegno SPR Italia*, San Benedetto del Tronto, 16-18 settembre.
- COLLI, A., LINGIARDI, V. (2006a), "Therapist's interventions adjustment ratio and relational failures: A pilot study on the way therapist breaks the alliance". Relazione presentata al *37th International Meeting "From research to practice" of the Society for Psychotherapy Research*, Edinburgh, 21-24 giugno.
- COLLI, A., LINGIARDI, V. (2006b) "Uno studio sulla validità convergente dell'Indice di Valutazione dell'Alleanza Terapeutica ver. 2.0". Relazione presentata al VI Convegno SPR Italia, Reggio Calabria, 26 Settembre - 1 Ottobre 2006.
- DAZZI N., LINGIARDI V., COLLI A., (a cura di) (2006), *La ricerca in psicoterapia*. Raffaello Cortina, Milano.
- DAZZI, N. (2006). "Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia". In DAZZI, N., LINGIARDI, V., COLLI, A. (a cura di). *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Raffaello Cortina, Milano pp. 3-27.
- DE BEI, F. (2006). "La ricerca sull'alleanza terapeutica". In DAZZI, N., LINGIARDI V., COLLI, A. (a cura di), *La ricerca in psicoterapia*. Raffaello

- Cortina, Milano, pp. 505-534.
- DEL CORNO, F., LANG, M. (2006), "Empirically Supported Treatments vs. Empirically Supported Relationships". In DAZZI, N. LINGIARDI V., COLLI, A. (a cura di), *La ricerca in psicoterapia*. Raffaello Cortina, Milano, pp. 505-534.
- ELLIOTT, R. (1991), "Five dimensions of therapy process". In *Psychotherapy Research*, 1, pp. 92-103.
- ELLIOTT, R., ANDERSON, C. (1994), "Simplicity and complexity in psychotherapy research". In *Reassessing Psychotherapy Research*. Guilford Press, New York-London.
- FLEISS, J. L. , COHEN, J. (1973) "The equivalence of weighted kappa and the intraclass correlation coefficient as measures of reliability" in *Educational and Psychological Measurement*, Vol. 33 pp. 613-619.
- FONAGY, P., TARGET, M., STEELE, H., STEELE, M. (1998), *Manuale della Funzione Riflessiva*. Documento non pubblicato.
- GILL, M.M., HOFFMAN, I.Z. (1982), "A method for studying aspects of the patient's experience of the relationship in psychoanalysis and psychotherapy". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30, pp. 137-216.
- GREENBERG, L.S., PINSOFF, W.M. (1986) (a cura di), *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook*. Guilford Press, New York.
- HARTLEY, D.E., STRUPP, H.H. (1983), "The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy". In MASLING, J. (a cura di), *Empirical Studies of Psychoanalytical Theories*. Analytical Press, Hillsdale, NJ, pp. 1-38.
- HILL, C.E., NUTT, E., JACKSON S. (1994) Trend in psychotherapy process research: sample, measures, researchers, and classic publications. *Journal of counseling psychology* 35, 222- 233.
- HORVATH, A.O. (1981), An exploratory study of the working alliance: its measurement and relationship to outcome. Unpublished doctoral dissertation, University of British Columbia, Vancouver, Canada.
- HORVATH, A.O. (1982), Working Alliance Inventory (Revised). Unpublished manuscript N°82. Simon Fraser University.
- HORVATH, A.O. (2005), "The therapeutic relationship: Research and theory". In *Psychotherapy Research*, 15, 1-2, pp. 3-7.

- HORVATH, A.O., BEDI, R.P. (2002), "The alliance". In NORCROSS, J. (a cura di), *Psychotherapy Relations that Work*. Oxford University Press, Oxford.
- HORVATH, A.O., GREENBERG, L.S. (1989), "Development and validation of the Working Alliance Inventory". In *Journal of Counseling Psychology*, 36, pp. 223-233.
- KIESLER, D.J. (1973), *The Process of Psychotherapy*. Aldine, Chicago.
- LAMBERT, M.J., HILL, J.P. (1994), "Use of psychological tests for outcome assessment". In MARUISH, M.E. (a cura di), *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Assessment*. Erlbaum, Hillsdale, NJ, pp. 75-97.
- LANDIS, J.R., KOCH, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33: 159-174.
- LINGIARDI, V. (2002), *L'alleanza terapeutica*. Raffaello Cortina, Milano.
- LINGIARDI, V., COLLI, A. (2003), "Alleanza terapeutica: rotture e riparazioni". In *Quaderni di Psicologia, Analisi Transazionale e Scienze Umane*, 38, pp. 178-217.
- LINGIARDI, V., DAZZI, N. (2006). "L'uso di trascrizioni di sedute nella ricerca in psicoterapia". In DAZZI, N., LINGIARDI, V., COLLI, A. (a cura di). *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Raffaello Cortina, Milano pp. 149-170.
- LINGIARDI, V., DE BEI, F. (2005), "Rotture nell'alleanza terapeutica: una lettura sistemico-diadica". In *Infanzia e Adolescenza*, 4, 2, pp. 81-100.
- LINGIARDI V., COLLI A., DE CORO A. (2005) Analisi micorprocessuale degli interventi del terapeuta. Convegno Nazionale AIP Sezione Clinica, Settembre 2005, Cagliari.
- LIS, A., SALCUNI, S., ZINI, M., GENOVESE, D., DI RISO, D., ZONCA, V. (2005) Analisi del processo su un caso singolo: confronto tra trascritto su memoria e trascritto audioregistrato. In *Ricerca in psicoterapia*, 8, 1, p. 9 – 47.
- LUBORSKY, L., CRITS-CRISTOPH, P., ALEXANDER, L., MARGOLIS, M., COHEN, M. (1983), "Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs versus a global rating method". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, pp. 480-492.
- MARINI, M., BASILE, B., DI MAGGIO, G., CARCIONE, A., NICOLÒ,

- G., SEMERARI, A (2006). Il ruolo delle emozioni positive nell'alleanza terapeutica e nella metacognizione. Relazione presentata al Convegno Nazionale dell'SPR Italia, Reggio Calabria, 28 Settembre – 1 Ottobre 2006.
- MARMAR, C.R., GASTON, L. (1988), *Manual for the California Psychotherapy Alliance Scale – CALPAS*. Department of Psychiatry, University of California, San Francisco. Documento non pubblicato.
- MARTIN, D.J., GARSKE, J.P., DAVIS, M.K. (2000), "Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, pp. 438-450.
- MITCHELL, S.A. (2000), *Il modello relazionale. Dall'attaccamento all'intersoggettività*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2002.
- NORCROSS, J. (2002) (a cura di), *Psychotherapy Relationships that Work: Therapists Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford University Press, New York.
- O'MALLEY, S.S., SUH, C.S., STRUPP, H.H. (1983), "The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, pp. 581-586.
- PERRY, J.C. (1990), "Defense Mechanism Rating Scale". Tr. it. in LINGIARDI, V., MADEDDU, F. (a cura di), *I meccanismi di difesa*, nuova ed. Raffaello Cortina, Milano 2002.
- RICE, L.N., GREENBERG, L.S. (1984), *Patterns of Change. Intensive Analysis of Psychotherapy Process*. Guilford Press, New York.
- SAFRAN, J.D., MURAN, J.C. (1996), "The resolution of ruptures in the therapeutic alliance". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, pp. 447-458.
- SAFRAN, J.D., MURAN, J.C. (1998) (a cura di), *L'alleanza in psicoterapia a breve termine*. Tr. it. ASPIC Edizioni Scientifiche, Roma 2001.
- SAFRAN, J.D., MURAN, J.C. (2000a). *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Tr. it. Laterza Editore, 2003
- SAFRAN, J.D., MURAN, J.C. (2000b), "Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration". *Journal of Clinical Psychology*, 56, 2, pp. 233-243.

- SAFRAN, J.D., MURAN, J.C., SAMSTAG, L.S., STEVENS, C. (2002), "Repairing alliance ruptures". In NORCROSS, J.C. (a cura di), *Psychotherapy Relations that Work*. Oxford University Press, New York.
- SAFRAN, J.D., SEGAL, Z.V. (1990), *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. Basic Books, New York.
- SAFRAN, J.D., CROCKER P., MCMAN S., MURRAY P. (1990), The therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 27, pp. 154-165
- SARRACINO, D., CAMPANELLI, L, IBERNI, E., DEGNI, S., DE CORO, A..(2006) Acoustic analysis of psychotherapist and patient speech during the psychotherapy: a preliminary study. *37th International Meeting From research to practice of the Society for Psychotherapy Research*, Edinburgh, 21-24 giugno
- SHROUT, P.E., FLEISS, J.L. (1979) Intraclass Correlations: Uses in Assessing Rater Reliability. *Psychological Bulletin*, 2, 420-428.
- SIEGEL, D.J. (2002), "Foreword". In COZOLINO, L., *The Neuroscience of Psychotherapy: Building and Rebuilding the Human Brain*. Norton & Company, New York-London.
- SIEGEL P., JOSEPHS L., WEINBERGER J. (2002), "Where is the text? The problem of Validation in Psychoanalysis". In *Journal of The American Psychoanalytic Association*, 50(2), pp.407-428.
- SIM, J., WRIGHT, C. C. (2005) "The Kappa Statistic in Reliability Studies: Use, Interpretation, and Sample Size Requirements" in *Physical Therapy*. Vol. 85, pp. 257-268.
- STERN, D. (2004), *Il momento presente*. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano, 2005.
- STILES, W.B., GLICK, M.J., OSATUKE, K., HARDY, E.G., SHAPIRO, D.A., AGNEW-DAVIES,R., ANNE REES, A., BARKHAM, M. (2004), "Patterns of alliance development and the rupture-repair hypothesis: Are productive relationships U-shaped or V-shaped?". In *Journal of Counseling Psychology*, 51, 1, pp. 81-92.
- STILES, W.B., HONOS-WEBB, L., KNOBLOCH, L.M. (1999), "Treatment process research methods." In KENDALL, P.C., BUTCHER, J.N., HOLMBECK, G.N. (a cura di), *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology*. John Wiley and Sons, New York.

- STERN, D.N. (2004), *Il momento presente*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2005.
- SHROUT P.E., FLIESS J.L. (1979), Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability, in «Psychological Bulletin», 86, pp. 420-428.
- WEISS, J., SAMPSON H. (1987), *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observation and Empirical Research*. Guilford Press, New York.
- WILLIAMS R., COLLI A., LINGIARDI V., ORTU F. (2003) L'alleanza terapeutica e il continuum espressivo supportivo: uno studio empirico del processo in psicoterapia psicodinamica. *AIP – Congresso della sezione di Psicologia Clinica – Bari, 26-27 Settembre 2003*
- WILLIAMS R., COLLI A., ORTU F., LINGIARDI V. (2002) La ricerca sul cambiamento clinico: uno studio convergente sul processo e sull'alleanza terapeutica. *AIP – Congresso della sezione di Psicologia Clinica – Rimini – 13-14 Settembre 2002*.
- VILLA, M. , PORTA, T., SCHADEE, H., COLLI, A., MANZONI, D., RAPISARDA, F., VIGORELLI, M. (2006) “Contributo alla validazione dell'indice IVAT-2 per la valutazione dell'alleanza terapeutica: analisi di processo di un single case trattato in psicoterapia breve”, intervento al Congresso SPR It, Reggio Calabria 29 settembre – 1 ottobre 2006

Attaccamenti Traumatici: i Modelli Operativi Interni Dissociati di Cesare Albasi

*Recensione di C. Lasorsa**

Quando si dice che il buon esito di una psicoterapia è quello di permettere al paziente di avere il coraggio di “essere se stesso” e di “conoscere se stesso”! Quasi un luogo comune, quindi, proprio anche ai profani, obiettivo che appare facile e addirittura scontato: un gioco da ragazzi!

Ma quando il paziente manca della propria soggettività! Come quando si ha la sensazione di non sapere chi siamo. Cosa accade allora nel rapporto terapeuta-paziente? Come può il terapeuta dare voce alla soggettività dell’altro?

A volte è necessario sviluppare nel paziente l’esperienza di “essere se stessi” aiutandolo a riconoscere quelle parti di sé che egli vive come vuoti e come mancanze, dietro le quali, pure, si celano parti autentiche e vitali del Sé a cui non è stato dato diritto di esistenza. Questi “buchi nella soggettività” sono, paradossalmente in quanto “assenze”, ciò che riempie la vita di disagio ed inadeguatezza, il faro che guida in modo ingannevole lungo rotte esistenziali ostili, le trappole psichiche che legano inesorabilmente ad una trama di non-senso, in cui manca la sensazione di essere protagonisti della propria vita.

Sono queste alcune fondamentali dinamiche *intra* ed *inter* soggettive che Cesare Albasi introduce e spiega con intensa passione nel suo libro *Attaccamenti Traumatici. I Modelli Operativi Interni Dissociati* UTET, Torino (2006), sia mettendo in luce i processi di natura relazionale che possono generare tali vissuti di vuoto e mancanza, sia delineando alcune inter-azioni di natura psicoterapeutica che possono permettere al paziente di riconoscere, esplorare ed integrare le molteplici parti del Sé.

Cesare Albasi, Ricercatore e docente di Psicopatologia, Psicologia Clinica e Aspetti normali e patologici dell’attaccamento presso la Facoltà di Psicologia dell’Università di Torino, nel suo libro propone una ricca e personale elaborazione e una prima sistematizzazione nel panorama scientifico italiano di temi centrali nella tradizione della Teoria dell’attaccamento, della Psicoa-

* Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino

nalisi Relazionale statunitense e dell'Infant Research psicoanalitica. L'autore infatti rivisita, alla luce dei più recenti contributi della letteratura internazionale, importanti tematiche quali quelle dell'attaccamento, del trauma e dei processi dissociativi e giunge a formulare il concetto di Modelli Operativi Interni Dissociati (MOID) intesi come un esito psicopatologico generato da relazioni che negano e impediscono il riconoscimento di alcune importanti dimensioni della soggettività (attaccamenti traumatici), che hanno un carattere di ripetizione che spinge l'individuo a riprodurre nelle relazioni intime la stessa rottura con la propria soggettività vissuta nel corso dello sviluppo.

Il libro risulta organizzato in tre parti, in ognuna delle quali viene presentato un accurato excursus dei temi presi in esame partendo dalle loro origini storiche fino alle teorie più recenti, alla luce del concetto di MOID, che si configura quindi come trasversale in tutto l'elaborato e solleva la delicata questione della psicopatologia nell'ambito della psicoterapia psicoanalitica relazionale.

Nella Prima parte del libro l'autore introduce ed illustra il concetto di MOID come risultato di una sintesi originale dei concetti di Modello Operativo Interno (MOI) e di difesa di Bowlby, di disgiunzione interattiva nella regolazione degli stati interni, come proposta dall'Infant research, e di dissociazione secondo la prospettiva della psicoanalisi relazionale. Nella Seconda parte è presentata una compiuta rassegna sul concetto di dissociazione in questa prospettiva, dalle sue origini nel pensiero di Ferenczi, alle sue successive ed ulteriori elaborazioni ad opera di autori quali Sullivan, Fairbairn, Bromberg, Mitchell, Aron, Davies, Harris, Donnel B. Stern, Pizer, Bollas, Arnold Goldberg e Peter Goldberg.

La dissociazione viene qui analizzata come un concetto articolato e sfaccettato, prendendo in considerazione le sue molteplici definizioni nell'ambito della letteratura clinica psicoanalitica relazionale. Oltre che nella sua accezione psicopatologica descrittiva di perdita o interruzione delle capacità integrative ed associative dei significati degli eventi, essa, secondo la tradizione della psicoanalisi relazionale statunitense, è intesa più che come sintomo o "fatto", come un processo psichico funzionale alla salute mentale, che permette la costruzione di significati molteplici in ambiti distinti dell'esperienza, e che quindi contribuisce ad articolare in modo unico e personale la struttura della soggettività:

I processi dissociativi vengono considerati come funzioni costitutive della molteplicità essenziale della mente umana, a essa inerenti, ma che possono anche essere utilizzati per far fronte a situazioni traumatiche e variamente patologiche (pp. 71-72).

La nostra soggettività è quindi molteplice in quanto la mente possiede diversi centri di creazione del significato dell'esperienza a seconda degli ambiti relazionali in cui l'individuo è immerso. I processi dissociativi quindi non sono di per sé patologici, ma possono diventarlo se i confini tra questi ambiti si irrigidiscono al punto da impedire la comunicazione tra i diversi significati dell'esperienza, oltre che l'accesso ad alcuni significati troppo disturbanti e angoscianti, mortiferi, che quindi restano non elaborati e non possono far parte dell'esperienza soggettiva consapevole. Di tali processi si nutrono i MOID, i quali si instaurano e agiscono ad un livello procedurale in qualità di conoscenze relazionali implicite che, in modo più rigido rispetto a queste ultime però, sono strutturalmente destinate a rimanere inconsce in quanto costituite anche dai processi che ne impediscono anticipatamente una elaborazione consapevole (in particolare per quanto riguarda i livelli di funzionamento dedicati alla regolazione degli stati interni).

La Terza parte del libro si focalizza invece su tematiche connesse più propriamente alla tecnica della psicoterapia psicoanalitica relazionale, tra cui il superamento dell'interpretazione come strumento elettivo del trattamento, la sempre maggiore *centralità dell'interazione* nel processo terapeutico (un'interazione che vede sempre coinvolto e mai neutrale il terapeuta nel processo di *enactment*, e sempre più attivo e protagonista il paziente attraverso i processi di *negoiazione e reciprocità*); viene infine presentata la dimensione del *gioco*, argomento dibattuto sia da un punto di vista teorico come aspetto del processo terapeutico, sia come una specifica dinamica interattiva nella terapia con i bambini. L'autore dedica una particolare attenzione al gioco, mettendo in evidenza la sua importante funzione espressiva e creativa.

Questo libro di Albasì compie un'ampia trattazione teorica di tematiche quali il trauma, la dissociazione e il processo terapeutico dal punto di vista psicoanalitico relazionale e della teoria dell'attaccamento, col pregio di risultare una tra le prime sintesi di così ampia portata (pur essendo un volume monografico) all'interno nella cultura psicoterapeutica italiana. Inoltre, ha il merito

di toccare delle sottili corde emozionali nel lettore che si sente personalmente ed intimamente coinvolto pagina dopo pagina, in quanto ciò che legge sembra appartenergli, in qualche modo ed in qualche misura, e lo aiuta a dirigere la propria attenzione su quegli angoli bui della mente, i quali, se vi si gettasse un po' di luce, potrebbero rivelare difficili ma preziose verità "soggettive".

Scriva l'autore:

I MOID [...] non possono essere utilizzati soggettivamente, né possono diventare oggetto di esperienza soggettiva consapevole. Il loro funzionamento è coartato, condizionato dal processo dissociativo che li costituisce. Essi rimangono ad un livello procedurale [ma] a differenza del resto della conoscenza procedurale [...] sono attivamente esclusi da forme di elaborazione ulteriore a causa del loro potere scompensante, e non hanno la possibilità di essere oggetto di consapevolezza cosciente se non come consapevolezza di una mancanza. [...] I MOID possono esprimersi soltanto diventando qualcosa che è al di fuori sia della mente del soggetto, sia dell'incontro di menti (Aron, 1996), diventando azioni e interazioni prive di un'esperienza soggettiva con significato personale. [...] I MOID possono originare precocemente in esperienze di disconoscimento (o di non riconoscimento) sistematico della propria esperienza soggettiva specifica, all'interno delle relazioni di attaccamento traumatico. [...] La sofferenza legata agli attaccamenti traumatici è di segno «negativo» (non nel senso di intensi affetti negativi, ma della loro perdita), lascia un senso interno di morte, di non vitalità in alcune dimensioni di sé e delle proprie relazioni, di non movimento dei pensieri, di non possibilità di regolazione degli affetti, di non significato delle cose (pp. 42, 43, 44).

Da queste parole è possibile comprendere come i MOID non costituiscano un quadro psicopatologico a sé stante, e non rappresentino né un sintomo specifico, né una nuova sindrome in quanto non si configurano come una classe nosografica. In quanto paradossale vissuto di assenza di significato soggettivo, i MOID sono la struttura silente e latente di manifestazioni cliniche molteplici (esito di quella "rottura" del funzionamento mentale da essi perpetuata), che possono essere considerate trasversali a molte sindromi (e sintomi)

presenti nei manuali nosologici o, come tiene a precisare l'autore stesso, a nessuna di esse in modo patognomico; in quanto la categoria di MOID non è di natura né descrittiva né statistica ma teorica, e non è pensata per agevolare la formulazione di diagnosi nosografiche (inclusione di casi in classi), ma bensì a “diagnosticare” nel suo senso psicologico clinico più profondo, cioè a vedere e comprendere la psicopatologia del paziente. Non quindi un contributo alla diagnosi in senso nomotetico, quanto piuttosto in senso idiografico: questo permette al terapeuta di avvicinarsi maggiormente ad una comprensione della soggettività del paziente, dei suoi peculiari meccanismi di funzionamento psichico ed interpersonale.

Albasi ci illumina su quei dialoghi che avvengono nel processo terapeutico ma che non sono basati soltanto sul contenuto delle parole scambiate, quanto piuttosto sul complesso contesto di sottili dinamiche interattive (anche e soprattutto mediate dalle parole del discorso dialogico nelle sue dimensioni pragmatiche) in cui il paziente ripropone al terapeuta l'esperienza di una “non esperienza” (del fallimento di una possibile esperienza intersoggettiva), perché è solo in un contesto relazionale che queste memorie procedurali di attaccamenti traumatici possono essere riattualizzate e “ricordate”.

È l'interazione terapeuta-paziente infatti il palcoscenico su cui i MOID vengono messi in scena, e perché questo avvenga è necessaria che sia messa in gioco la soggettività del terapeuta, e che si verifichi un certo uso del suo Sé (Jacobs). In alcuni casi infatti si rende necessario che il terapeuta dia in prestito la propria voce, il proprio corpo, la propria gestualità per permettere al paziente, prima, di riconoscere e, poi, di esprimere, quelle dimensioni del Sé che non sono mai state legittimate ad esistere in quanto non riconosciute nell'incontro con l'altro. Una soggettività vicariante per certi versi, e quasi un “lasciarsi usare”, disposizione alla cura che sembra ben rappresentata dalla metafora del Bar nel deserto di Bolognini la quale, seppur utilizzata per riferirsi al trattamento di pazienti adolescenti, mette in evidenza alcuni requisiti essenziali per aiutare quei pazienti la cui sintomatologia è mediata da MOID: innanzitutto l'importanza del riconoscimento, dell'accoglimento dei bisogni di rispecchiamento e di conferma delle esperienze soggettive del paziente. Secondo la suddetta metafora, il terapeuta si presenta come un barista particolare, pronto ad accogliere chiunque entri nel suo locale, mantenendo sempre salda la sua disponibilità e la sua discrezione, senza che nulla possa mai meravigliarlo. Lui

è lì, come una “figura narcisisticamente inoffensiva” in quanto non si pone mai come il protagonista della scena, anche se spesso il suo ruolo è quello di fornire nutrimento. Allo stesso modo il terapeuta mette da parte il proprio protagonismo evitando interpretazioni brillanti, che non avrebbero modo di essere accolte e comprese da un paziente che può raccontare la sua storia personale solo attraverso gli *enactment* che si attivano nel processo terapeutico.

La sfida che il terapeuta abbraccia con questi pazienti è proprio relativa al trattamento del sintomo attraverso cui si esprimono i MOID:

Questi «sintomi» sono l’espressione di MOID con tutta la loro complessità paradossale. Nel sintomo, nello stato interno correlato, nell’universo parallelo annesso, e nel sistema di interazioni che si struttura attorno al sintomo, sono intrecciati, come in un bozzolo che risulta intimamente estraneo al soggetto, sia la sua patologia, sia la sua vitalità interrotta, sia il suo tentativo di fare qualcosa con il senso confuso di mortificazione interna, sia la ricerca di evasione da questo pesante vissuto (p. 55).

Ma la sfida è anche quella che viene richiesta al paziente il quale deve compiere, attraverso un’autentica azione di coraggio (come amava dire Ferenczi), un processo di separazione e allontanamento dai propri MOID che a sua volta genererà un senso interno di lutto anch’esso paradossale, perché

“separarsi dall’oscuro potere attrattivo dei MOID significa separarsi da qualcosa che non si è mai avuto” (p. 55).

L’autore infatti sottolinea come i MOID possano essere sperimentati sia come perdita sia come ricerca del significato, ed è questa la ragione per cui le persone sono molto saldamente ancorate a quelle dimensioni dissociate di significato in cui cercano affannosamente di sentirsi vivi, sebbene a volte il senso di vitalità venga ricercato in ambiti di esistenza disfunzionali e patologici, come il gioco d’azzardo, la dipendenza da sostanze, la messa in atto di condotte antisociali fra cui per esempio la perversione.

È così evidente il paradosso dei MOID e il loro dramma: essi infatti rappresentano al tempo stesso l’elemento psicopatologico e la personale disperata

soluzione dell'individuo per placare e mettere a tacere la sofferenza legata ai propri attaccamenti traumatici.

L'obiettivo della diade terapeuta-paziente non è però quello di spazzare via dalla mente le esperienze dolorose, ma quello di elaborare i MOID attraverso la costruzione di funzionamenti relazionali alternativi in cui il paziente possa recuperare il senso di sentirsi iniziatore delle proprie azioni, di sentirsi attivo e protagonista nel generare i significati delle proprie esperienze soggettive, in modo che possa riconoscere il proprio apporto personale nelle sue relazioni intime come significativo e importante. È necessario inoltre che il paziente riattivi le aspettative e gli affetti collegati ai MOID, e quindi un tempo "dissociati", e che possa nutrire la speranza di vivere ed instaurare relazioni significative più funzionali al proprio benessere psichico nonché alla qualità delle relazioni stesse.

Alla luce di quanto detto, non si può certo affermare che il processo terapeutico di guarigione di dimensioni psicopatologiche mediate da MOID sia "un gioco da ragazzi", ma per certi versi, pur sempre un "gioco":

[...] la psicoterapia è una forma di gioco [inteso] come attività simbolica o metaforica, creativa, affettivamente investita e aperta alla partecipazione degli altri (p. 269).

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

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

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

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

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

Norme generali

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

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

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

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

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

Formato della pagina

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

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

Norme specifiche per gli articoli di ricerca empiricamente fondata

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

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

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

Riferimenti bibliografici

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

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

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

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

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

Esempio di citazione di un libro

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

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

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

Esempio Di Citazione Di Un Articolo Pubblicato Su Una Rivista:

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

Aspetti etici, deontologici e legali

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

