

RICERCA IN PSICOTERAPIA
Rivista quadrimestrale della SPR-Italia Sezione italiana della
Society for Psychotherapy Research

Direttore responsabile:

Salvatore Freni

Comitato scientifico:

Massimo Ammaniti (Roma)
Antonio Andreoli (Ginevra)
Alessandro Antonietti (Milano)
Paolo Azzone (Milano)
Wilma Bucci (New York)
Antonio Carcione (Roma)
Italo Carta (Monza)
Giorgia 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:

Paolo Azzone
Etrusca Centenero
Antonello Colli
Emilio Fava (coordinatore)
Enzo Leone
Cinzia Masserini

Veronica Meletti
Chiara Morandi
Giuseppe Nicolò
Francesco Noselda
Igor Pontalti

Indirizzo per corrispondenza:

Prof. Salvatore Freni
"Unità di Psichiatria Dinamica e Psico-
coterapia"
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
Stampa

STRUMENTI E METODI

Quel che resta della psicoterapia: analisi delle rappresentazioni e delle narrazioni del paziente e del terapeuta. Presentazione di uno strumento di indagine: il questionario

The remains of psychotherapy: a study of representations and narratives of patient and therapist. Presentation of a research instrument: the questionnaire.
di A. Mazzucchelli, P.Castelli, A.Cotugno, F.Manaresi, G.Morganti.

Quel che resta della psicoterapia: analisi delle rappresentazioni e delle narrazioni del paziente e del terapeuta.. Presentazione di uno strumento di indagine: l'intervista.

The remains of psychotherapy: a study of representations and narratives of patient and therapist. Presentation of a research instrument: the interview.
di P.Castelli, A.Cotugno, F.Manaresi, A. Mazzucchelli, G.Morganti.

RICERCA CLINICA

Narcisismo genitoriale e depressione nei figli: uno studio correlazionale su un campione clinico

Parentale narcissism and child depression: a correlational study in a clinical sample.
di Fabio Monticelli

Stile di attaccamento e aspetti quantitativi e qualitativi del ricordo dei sogni

Attachment Styles and quantitative and qualitative aspects of dream's recall
di Rita Pascucci, Giuliana Morani, Giuseppe Curcio, Luigi De Gennaro

PSICOTERAPIA NELLE ISTITUZIONI

L'analisi del campo transferale istituzionale mediante il metodo del Core Conflictual Relationship Theme. Uno studio pilota.

The analysis of transference field using the Core Conflictual Relationship Theme method. A pilot study.
di Raffaella Catania, Giovanni di Stefano, Giuseppe Ruvolo

LAVORI IN CORSO

Qualità delle relazioni di oggetto e decisione di intraprendere una psicoterapia. Studio su un gruppo di adolescenti e di giovani adulti autoriferiti.

Quality of object-relations and decision to undertake a psychotherapy. Study in a sample of autoreferral adolescents and young adults
di Massimo Grasso, Valentina Bufagna, Stefania Caso, Antonella Florio.

NORME REDAZIONALI

QUEL CHE RESTA DELLA PSICOTERAPIA: ANALISI DELLE RAPPRESENTAZIONI E DELLE NARRAZIONI DEL PAZIENTE E DEL TERAPEUTA. PRESENTAZIONE DI UNO STRUMENTO DI INDAGINE: IL QUESTIONARIO.

THE REMAINS OF PSYCHOTHERAPY: A STUDY OF REPRESENTATIONS AND NARRATIVES OF PATIENT AND THERAPIST. PRESENTATION OF A RESEARCH INSTRUMENT: THE QUESTIONNAIRE.

*Adriana Mazzucchelli, Paola Castelli, Armando Cotugno, Francesca Manaresi, Giovanna Morganti
2° Centro di Psicoterapia Cognitiva*

Riassunto

Obiettivo del nostro lavoro di ricerca è quello di comprendere meglio il ruolo svolto dalla dimensione interpersonale nel processo terapeutico. A tal fine abbiamo elaborato un questionario costruito in due forme parallele - una per il paziente e una per il terapeuta allo scopo di esplorare le rappresentazioni interne di entrambi relativamente a tre ambiti clinici: A) l'area riguardante il problema portato dal paziente; B) l'area relativa alle relazioni interpersonali significative del paziente; C) l'area relativa alla qualità della relazione terapeutica

Il questionario è composto da domande chiuse con punteggi su scala Likert volte a rilevare le rappresentazioni delle diverse dimensioni relazionali quali: il livello di accordo raggiunto fra paziente e terapeuta sugli obiettivi della terapia, la percezione di sé nella relazione con l'altro e viceversa, l'importanza delle qualità personali e delle strategie del terapeuta sulla loro relazione etc...

Parole chiave: dimensione interpersonale, processo terapeutico, rappresentazioni interne.

Summary

The aim of our research is to understand the role of the interpersonal dimension in the therapeutic process. For this reason we have elaborated a questionnaire, articulated in two parallel forms, one for the patient and one for the therapist, in order to explore the internal representations of both in three clinical areas: a) the problems carried in the therapy by the patient; b)

the meaningful interpersonal relationships of the patient; c) the quality of the therapeutical relationship.

The questionnaire is organized so that it can give a series of closed answers (on Likert scale) to the questions. This method allows to compare the patient's with the therapist's replay regarding some relational dimensions like: the level of agreement on the treatment targets, the perception of self in relation to the meaningful other and vice-versa, the relevance of the personal characteristics of the therapist and the therapeutical strategies in the relationship ecc.

Key words: interpersonal dimension, therapeutical process, internal representations

Introduzione

La ricerca sul processo e sugli esiti della psicoterapia si avvale prevalentemente di strumenti di indagine esplorativa quali interviste e questionari. In entrambi i casi si assiste allo sforzo di semplificare e oggettivizzare realtà che sono complesse e soggettive per loro natura, creando quindi inevitabili distorsioni e limitazioni di significato dell'argomento di studio e rendendo lento e faticoso il processo della ricerca in questo settore. La ricchezza di contenuti di una intervista è difficilmente riconducibile a un insieme di costrutti teorici generalizzabile all'"universo" dei possibili pazienti. D'altronde, la somministrazione di un questionario strutturato a un campione di pazienti sufficientemente numeroso, permette una maggiore generalizzabilità dei risultati ottenuti, ma non rende merito della complessità dell'argomento e rischia così di non essere realmente informativo per gli scopi della ricerca.

Nel nostro progetto di ricerca abbiamo dunque scelto di utilizzare sia un'intervista semistrutturata (I.va.Psi) (Castelli et Al. In stampa) che un questionario per la valutazione della psicoterapia (Qu.va.Psi) che qui presenteremo. L'obiettivo è quello di esplorare, da angolazioni diverse, la relazione fra capacità metacognitive del paziente, convergenza delle narrazioni del paziente e del terapeuta e qualità della relazione terapeutica, ritenendo che una "buona" relazione terapeutica favorisca un aumento delle capacità metacognitive del paziente (Castelli et Al. In stampa; Cotugno et Al. 2004, Manaresi et Al., 2002). Già la Main e Fonagy (1991, 1999) hanno messo in luce l'interrelazione fra capacità metacognitive nella descrizione di sé e dell'altro e qualità della dimensione interpersonale dell'attaccamento. In questo ambito teorico diversi stili di attaccamento vengono visti come le risultanti di stili relazionali qualitativamente diversi fra il bambino e i care-giver.

L'importanza della qualità della relazione terapeutica sull'esito della terapia stessa è riconosciuto già da più di mezzo secolo (Zetzel, 1956), ed è indi-

pendente dall'orientamento teorico (Marmar et Al., 1989). Molti sono gli studi all'interno dell'approccio cognitivo che confermano (Gaston et Al., 1991; Luborsky et Al., 1985; Marmar et Al., 1989), o smentiscono (DeRubeis, 1988) la correlazione fra una buona relazione terapeutica e un esito positivo della terapia stessa. Inoltre è stato dimostrato che ricadute sintomatologiche sono spesso associate a problemi relazionali irrisolti (Jakobson et Al., 1987).

Nel corso degli anni sono stati costruiti una quantità di questionari che studiano la relazione terapeutica da angolazioni diverse e ognuno di questi si è dimostrato uno strumento di misura valido. In tutti i casi la relazione è stata considerata come un fattore multidimensionale che di volta in volta viene studiato dando maggiore rilievo ad alcuni suoi aspetti a scapito di altri. Ad esempio Luborsky, nella costruzione della "Penn Helping Alliance Scale" ha scelto di dare enfasi al confronto fra diversi punti di vista sulla relazione ed ha quindi utilizzato tre forme parallele di questionario, una da somministrare al paziente, una per il terapeuta e una per un osservatore esterno (Luborsky et Al, 1983). Nella "relationship Inventory" Barrett-Lennard (Barrett-Lennard, 1986) ha scelto di studiare più approfonditamente la valutazione del paziente sulla relazione costruendo un questionario nel quale, al soggetto che risponde, viene chiesto di riportare l'atteggiamento dell'altra persona nei suoi confronti ("l'altro verso di me") e il suo atteggiamento nei confronti dell'altra persona ("me verso l'altro"). Nelle versioni "positiva" e "negativa" della "Vanderbilt Process Measure" (Suh et Al., 1986) un osservatore esterno alla relazione segnala alcune delle principali dimensioni correlate al risultato positivo o negativo della terapia: le qualità personali del paziente, le qualità personali del terapeuta, la qualità dell'interazione fra il terapeuta e il paziente, errori nell'utilizzo della tecnica. La "Working Alliance Inventory" (Howarth et Al., 1991), nelle sue versioni per il paziente e per il terapeuta, osserva lo scambio interpersonale attraverso la valutazione dell'accordo raggiunto fra i due sugli obiettivi del lavoro, sui compiti e sullo sviluppo di un legame personale.

Il Qu.va.Psi

Nel costruire la prima versione del nostro questionario abbiamo cercato di tenere contemporaneamente presenti diversi aspetti della relazione in una dimensione di confronto fra la percezione del paziente e quella del terapeuta.

Abbiamo pensato che fosse importante valutare: il livello di accordo raggiunto fra paziente e terapeuta sugli obiettivi della terapia, come nella "Working Alliance Inventory"; la percezione di se stesso nella relazione con l'altro e dell'altro verso sé, come nella "Relationship Inventory"; l'influenza positiva o negativa sulla terapia di qualità personali e interventi del terapeu-

ta, come nelle "Positive/Negative Vanderbilt Process Measure".

Gli stessi principi che hanno guidato la costruzione del questionario sono stati seguiti per la costruzione dell'intervista semistrutturata, in modo da avere due strumenti complementari e confrontabili nei contenuti, che ci permettessero di quantificare i fenomeni osservati senza perdere troppo della ricchezza di informazioni che deriva dallo studio del caso singolo.

Il questionario è composto da domande chiuse con punteggi su scala Likert a 4 o 5 punti. Al termine di ogni domanda è stata incluso, fra le alternative di risposta, l'item "ALTRO" e al compilatore viene lasciato lo spazio per poter specificare cosa intenda per "ALTRO" (Fig. 1).

INSERIRE FIGURA 1

L'item "ALTRO" in questa prima versione del questionario è servito esclusivamente a scopo esplorativo e non è stato processato statisticamente.

Struttura del Qu.va.Psi

Il questionario è stato costruito in due forme parallele – una per il paziente e una per il terapeuta – allo scopo di esplorare le rappresentazioni interne di entrambi relativamente a tre ambiti clinici sovrapponibili alla struttura dell'intervista: "l'area del problema", "l'area delle relazioni interpersonali", "l'area della relazione terapeutica".

Nella compilazione del questionario il paziente viene pertanto sollecitato ad esprimere il proprio punto di vista sulla sintomatologia e gli stati problematici che lo hanno portato in terapia, sulle relazioni interpersonali significative, inclusa la relazione terapeutica, e infine sugli esiti del trattamento. Il terapeuta viene specularmente sollecitato ad esprimere non solo la propria

prospettiva su questi stessi ambiti, ma quello che è secondo lui il punto di vista del paziente.

A) Area del problema.

È composta da 7 domande chiuse con punteggi su scala Likert a 4 punti.

Le prime sei domande esplorano (nella versione per il paziente e in quella per il terapeuta) le opinioni del paziente relative al/i disagio/i che lo ha/nno spinto a iniziare una psicoterapia e agli effetti prodotti dalla terapia su tale/i disagio/i (fig. 2).

INSERIRE FIGURA 2

La settima domanda nell'area del problema esplora l'opinione del paziente sul tipo di interventi utilizzati nel corso della terapia per risolvere il disagio e il loro effetto (dannoso – inutile – utile – determinante) sulle problematiche affrontate.

Poiché lo stile terapeutico è una variabile implicita che può essere ricavata indirettamente da una serie di dimensioni interrelate, è possibile raggruppare gli item relativi agli interventi terapeutici (26 in tutto) in 4 sottogruppi: interventi "maieutici", come ad esempio presentazione di un altro punto di vista, suggerimento di ipotesi da verificare rispetto a caratteristiche del problema ecc...; interventi "comportamentali" come assegnazione di compiti di autoosservazione, imposizione di regole ecc...; interventi "didattici" come spiegazioni precise, creazione di nessi causa-effetto relativi al problema ecc...; "atteggiamenti o contegno del terapeuta" (Suh et All, 1986) come silenzi, ascolto attento ecc...(fig. 3).

Le domande che esplorano tali relazioni interpersonali sono costituite da 45 “aggettivi di relazione”. Nella scelta di tali aggettivi abbiamo fatto riferimento alla cornice teorica che sottende la definizione dei Sistemi Motivazionali Interpersonali (Liotti, 1994, 2001). (Fig. 4). Secondo questa teoria “... emozioni fra loro simili acquistano caratteristiche comunicative e qualità di esperienza soggettiva diverse quando compaiono come fasi delle operazioni di differenti sistemi relazionali” (Liotti 2001). Pertanto nel nostro questionario, così come nella pratica clinica, una certa combinazione di “aggettivi di relazione” suggerirà l’attivazione di un Sistema Motivazionale Interpersonale, piuttosto che un altro, all’interno della relazione stessa.

INSERIRE FIGURA 3

INSERIRE FIGURA 4

B) Area delle relazioni interpersonali.

Questo settore indaga:

a) Nella versione per il paziente, come il paziente percepiva sé stesso e l’altro nelle relazioni interpersonali significative (madre, padre, partner e figli) prima dell’inizio della psicoterapia e dopo il termine della psicoterapia; nella versione per il terapeuta, come questi pensava che il paziente percepisse sé stesso e l’altro nelle relazioni interpersonali significative prima e dopo la psicoterapia;

b) Nella versione per il paziente, le sue aspettative riguardo agli effetti della psicoterapia sulle relazioni significative; nella versione per il terapeuta, le aspettative che, secondo lui, il paziente aveva in questo ambito (Fig. 5).

INSERIRE FIGURA 5

c) Nella versione per il paziente e per il terapeuta, la percezione degli esiti del lavoro terapeutico su eventuali aspetti problematici di tali relazioni. (Fig. 6)

INSERIRE FIGURA 6

C) Area della relazione terapeutica.

Questo settore indaga:

a) la percezione che il paziente e il terapeuta avevano di sé stessi e dell'altro all'inizio e nel corso della psicoterapia (Fig. 7);

Le domande di questa area sono costituite dagli stessi 45 aggettivi di relazione usati nell'area delle relazioni interpersonali (gli aggettivi quindi non vengono qui riportati – per il riferimento vedere la fig.4). Nella scelta di tali aggettivi abbiamo fatto riferimento alla cornice teorica che sottende la definizione dei Sistemi Motivazionali Interpersonali (Liotti, 1994, 2001), ritenendo che una certa combinazione di “aggettivi di relazione” possa suggerire quali Sistemi Motivazionali Interpersonali sono attivati dal paziente nella relazione con il terapeuta, in due momenti diversi del processo psicoterapeutico.

INSERIRE FIGURA 7

b) gli effetti degli interventi del terapeuta sulle problematiche del paziente e sulla relazione terapeutica (fig. 8).

Come già detto per la domanda corrispondente a questa nell'area del problema: poiché lo stile terapeutico è una variabile implicita che può essere ricavata indirettamente da una serie di dimensioni interrelate, anche qui gli item relativi agli interventi terapeutici sono stati organizzati in 4 sottogruppi (interventi “maieutici”, interventi “comportamentali”, interventi “didattici”, “atteggiamenti o contegno del terapeuta”) (Suh et All, 1986). Gli aggettivi utilizzati sono gli stessi 26 utilizzati nell'area del problema (vedi fig. 3) e quindi qui non vengono ripresentati;

INSERIRE FIGURA 8

c) le modalità di conclusione della psicoterapia e il grado di soddisfazione del paziente e del terapeuta, relativamente alla sua conclusione (Fig. 9);

INSERIRE FIGURA 9

Conclusioni

Il questionario, in questa sua prima formulazione non ancora validata, vuole raccogliere informazioni sulle rappresentazioni interne del paziente relativamente a diversi aspetti di esito e di processo della sua esperienza clinica per poi confrontarle con le rappresentazioni proprie del terapeuta. I contenuti (item) del questionario fanno riferimento, come abbiamo già detto, ai concetti propri della Teoria dei Sistemi Motivazionali Interpersonali (Liotti, 1994, 2001) e inevitabilmente semplificano ciò che cercano di misurare, ma allo stesso tempo ci permettono di ottenere dati quantificabili e misurabili su un fenomeno così complesso quale il ruolo svolto dalla dimensione interpersonale nella terapia.

L'accuratezza e la precisione con cui lo strumento rileva le rappresentazioni delle diverse dimensioni relazionali quali: il livello di accordo raggiunto fra paziente e terapeuta sugli obiettivi della terapia, la percezione di sé nella relazione con l'altro e viceversa, l'importanza delle qualità personali e delle strategie del terapeuta sulla loro relazione ecc, devono ancora essere valutate. Riteniamo però che, continuando su questa strada e correlando i dati raccolti con uno strumento quantitativo con quelli che emergono da uno strumento di misura qualitativo come l'intervista semistrutturata, sarà possibile arricchire l'indagine su quei processi che sottendono il cambiamento e che riguardano l'area della relazione terapeutica.

Bibliografia

- BARRETT-LENNARD G.T. (1986), *The relation inventory now: issues and advanced in theory method and use*, in L.S. GREENBERG, W.M. PINSON (a cura di), *The Psychotherapeutic process: a research handbook*. Guilford Press, New York.
- CASTELLI P., COTUGNO A., MANARESI F., MAZZUCHELLI A., MORGANTI G. (in stampa su SPR), *Quel che resta della psicoterapia: analisi delle rappresentazioni e delle narrazioni del paziente e del terapeuta. Presentazione di uno strumento di indagine: l'intervista*. SPR.
- COTUGNO A., CASTELLI P., MANARESI F., MAZZUCHELLI A., MORGANTI G. (2004), *Quel che resta della psicoterapia: analisi delle narrazioni di paziente e terapeuta*. In "Le nuove Dipendenze" Psicobiettivo Roma. maggio-agosto 2004. anno XXIV, 2, pp.109-126.
- DE RUBEIS R.J., FEELEY M. & BARBER J.P. (1988), *Facilitative condition, adherence, client cooperation and helping alliance in cognitive therapy of depression*, Soc. Psychother. Res., Santa Fé.
- FONAGY P. (1999), *Memory and therapeutic Action*, in "Int. Journ. of Psychoanalysis", 80, pp 215-224.
- GASTON L., PIPER W.E., DEBBANE E.G., BIENVENU J.P. & GARANT J. (1991), *A look at alliance technique in predicting outcome of short-term and long-term psychotherapy*. Soc. Psychother. Res., Lyon, France.
- HORVATH A. & SYMOND D.B. (1991), *Relation between working alliance and outcome in psychotherapy*, in J., Couns. Psychol. 38, p. 139-143.
- JACOBSON N.S., SCHMALING K.B., SALUSKY S., FOLLETTE V. & DOBSON K. (1987), *Marital therapy as an adjunct treatment for depression*, Ass. Adv. Behav. Ther., Boston.
- LIOTTI G. (1994), *La dimensione interpersonale della coscienza*, NIS.
- LIOTTI G. (2001), *Le opere della coscienza*. Raffaello Cortina.
- LUBORSKY L., CRITS-CHRISTOPH P., ALEXANDER L., MARGOLIS M. & COHEN M. (1983), *Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs vs. A global rating method*, J. Nerv. Mental Diseases., 171, p. 480-491.
- LUBORSKY L., MCLELLAND T., WOODY G., O'BRIEN C. & AUERBACH A. (1985), *Therapist success and its determinants*, Arc. Gen. Psych., 42, p. 602-611.
- MAIN M. (1991), *Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of Attachment*, in C.M. PARKES ET AL., *Attachment across the life cycle*, Routledge, London; trad.it.(1995), *L'attaccamento nel ciclo di vita*, il Pensiero Scientifico, Roma.
- MANARESI F., CASTELLI P., COTUGNO A., MAZZUCHELLI A., MORGANTI G. *Quel che resta della psicoterapia: analisi formale e dei profili metacognitivi*

- dei resoconti di fine terapia di paziente e terapeuta.. IX Congresso SITCC, Bologna, 19 -22 settembre 2002.*
- MARMAR C.R., GASTON L., GALLAGHER D., & THOMPSON L.W. (1989), *Alliance and outcome in late-life depression*, in *J. Nerv. Ment. Disease.*, 177, p. 464-472.
- SHU C.S. ET AL (1986), *The Vanderbilt process measures: the Vanderbilt psychotherapy process scale (VPPS) and the Vanderbilt negative indicators scale (VNPS)*, in L. S. GREENBERG, W. M. PINSOF, (a cura di), *The Psychotherapeutic process: a research handbook*, Guilford Press, New York, pp 285-323.
- ZETZEL E. (1956), *Current concepts of transference*, *Int. J. Psychoanal.*, 37, p. 369-375.

QUEL CHE RESTA DELLA PSICOTERAPIA: ANALISI DELLE RAPPRESENTAZIONI E DELLE NARRAZIONI DEL PAZIENTE E DEL TERAPEUTA. PRESENTAZIONE DI UNO STRUMENTO DI INDAGINE: L'INTERVISTA.

THE REMAINS OF PSYCHOTHERAPY: A STUDY OF REPRESENTATIONS AND NARRATIVES OF PATIENT AND THERAPIST. PRESENTATION OF A RESEARCH INSTRUMENT: THE INTERVIEW

*Paola Castelli, Armando Cotugno, Francesca Manaresi, Adriana Mazzucchelli, Giovanna Morganti
2° Centro di Psicoterapia Cognitiva*

Riassunto

Obiettivo del nostro lavoro di ricerca è quello di comprendere meglio il ruolo svolto dalla dimensione interpersonale nel processo terapeutico; a tal fine abbiamo analizzato i resoconti di paziente e terapeuta relativi all'esperienza di psicoterapia che hanno condiviso e abbiamo valutato il grado di concordanza dei loro racconti

Il racconto è stato sollecitato da un'intervista che presenteremo in questo lavoro; si tratta di un'intervista semistrutturata somministrata sia al paziente che al terapeuta a 6/18 mesi dalla conclusione del trattamento terapeutico. I tre ambiti clinici esplorati dall'intervista sono: A) l'area riguardante il problema portato dal paziente; B) l'area relativa alle relazioni interpersonali significative del paziente; C) l'area relativa alla qualità della relazione terapeutica.

L'analisi dei trascritti è articolata su tre livelli: 1) l'analisi della forma, con particolare attenzione all'organizzazione della memoria e alla presenza di indici relazionali 2) l'analisi metacognitiva, attraverso l'utilizzazione della scala di Valutazione Metacognitiva (S.Va.M.) 3) l'analisi dei contenuti., attraverso l'individuazione di aree tematiche confrontabili nei trascritti di paziente e terapeuta.

Parole chiave: dimensione interpersonale, processo terapeutico, concordanza narrativa.

Summary

The aim of our research is the comprehension of the role of interpersonal dimension in the therapeutic process. For this reason, we have analysed pa-

tient and therapist's report regarding the shared therapeutic experience and valued the degree of agreement between patient and therapist's account. The narrative has been elicited by an interview presented in this paper.

It is a semistructured interview submitted both to patient and therapist 6/18 months after the clinical treatment conclusion. The interview explores 3 clinical areas: a) the patient's problem carried in therapy; b) the meaningful interpersonal relationships; c) the therapeutic relationship.

The gathered patients' and therapists' interviews have been recorded and transcribed. The analysis of the transcribed text has been articulated in three levels: the first level regards the formal analysis of the text with a particular attention to the type of organization of memory and the presence of relational references in the description; the second level regards the metacognition analysis using the Metacognition Assessment Scale (S.Va.M.); the third level is the content analysis of the text concerning the recognition of comparable thematic areas in the patients' and therapist' reports.

Key words: interpersonal dimension, therapeutic process, narrative concordance

Introduzione

Nel nostro lavoro di ricerca abbiamo analizzato i resoconti di paziente e terapeuta relativi all'esperienza di psicoterapia che hanno condiviso. Ci siamo occupati quindi dei ricordi di un'esperienza relazionale sintetizzati nelle risposte a un questionario per la valutazione della psicoterapia (Qu.va.Psi) e organizzati in una narrazione sollecitata da un'intervista semistrutturata per la valutazione della psicoterapia (I.va.Psi) che presenteremo in questo lavoro. Nel definire l'impianto teorico e metodologico del nostro lavoro abbiamo fatto riferimento ai lavori teorici, clinici e sperimentali che nell'ambito della Developmental Psychology e della teoria dell'Attaccamento miravano a definire e a studiare gli intrecci tra matrice relazionale e sviluppo della competenza narrativa individuale.

Dopo le ricerche pionieristiche di Vygotskij, che mise a fuoco come l'interiorizzazione dello scambio sociale "crea pensiero" (Siegel, 1999), J.Bruner (1988) individuò nel pensiero narrativo un indicatore in grado di rendere conto dell'intersoggettività, del modo cioè in cui conosciamo i pensieri altrui e costruiamo con gli altri significati condivisi.

Sono comunque i lavori di Neisser (1993) e di Stern (1998) che analizzano gli aspetti evolutivi ontogenetici di tali forme di pensiero mettendo in luce come i concetti di narrazione e di stile narrativo possano essere ritenuti centrali per la comprensione del funzionamento psicologico e dell'organizzazione complessiva del sé all'interno di un contesto interpersonale.

In piena sintonia con questi studi, i lavori sull'attaccamento della Main (1991) e quelli clinici di Fonagy (2001) evidenziano come lo sviluppo di una buona competenza metacognitiva individuale sia strettamente connessa alla dimensione interpersonale.

Tenendo presente questi contributi abbiamo considerato la psicoterapia un campo d'osservazione privilegiato per lo studio dell'interazione tra funzionamento metacognitivo e relazione terapeutica. Il nostro obiettivo è quello di comprendere meglio il ruolo svolto dalla dimensione interpersonale nel processo terapeutico: l'ipotesi è che una buona relazione terapeutica faciliti l'accesso alle memorie e ne permetta una loro rielaborazione in un racconto più articolato ed efficace; inoltre, che la concordanza di memorie tra paziente e terapeuta possa fornire utili informazioni sulla esperienza relazionale vissuta da entrambi. I primi risultati emersi dal nostro lavoro di ricerca sembrano confermare questa ipotesi (Cotugno A. et al, 2004).

Si tratta chiaramente di un campo di osservazione che necessita di una prospettiva metodologica che consenta di rispettare il rigore della ricerca scientifica mantenendo la possibilità di comprendere "oggetti complessi" quali possono essere le dinamiche della relazione tra paziente e terapeuta e la loro influenza processo e sugli esiti della psicoterapia. Ci è sembrato allora particolarmente adeguato far riferimento all'approccio qualitativo i cui principi generali e orientamenti metodologici si basano proprio sulla necessità di rispettare il più possibile la complessità degli oggetti di studio (Di Nuovo et. al., 1998). Tale complessità richiede comunque un rigore metodologico che renda possibile la traduzione dei fenomeni complessi in entità discrete e riconoscibili; il funzionamento della mente e l'intervento su di esso possono, infatti, essere testimoniati da indicatori leggibili e codificabili, con riferimento sia a comportamenti esterni, sia ai significati soggettivi o relazionali, purché si individuino modalità adeguate per tradurre gli indicatori in dati (non necessariamente quantitativi, ma anche qualitativi) (Di Blasi, Lo Verso, 1998).

Nel nostro lavoro, pertanto, ci siamo trovati nella necessità di utilizzare strumenti sia quantitativi che qualitativi: una scala per una diagnosi di stato (SCL 90); un questionario self-report (Qu.va.Psi); un'intervista semistrutturata (I.va.Psi).

L'I.Va.Psi

In diversi contributi (Kaechele 1996, Lo Verso 1998; Di Nuovo, 2000), viene posto in evidenza come l'uso dell'"intervista libera" possa costituire un'utile intermediazione tra il mondo dei clinici e quello dei ricercatori. L'uso di interviste aperte o semistrutturate o resoconti di processo, infatti, permette di ottenere dati significativi da un punto di vista clinico, senza limita-

re la capacità narrativa dei soggetti intervistati, né la soggettività della loro esperienza: "...anche impressioni, idee, emozioni e teorie ingenuie rispetto agli obiettivi e agli esiti del trattamento devono trovare spazio al fine di ricostruire strutture latenti di senso. (Fava et al. 1998).

Con questo tipo di strumenti e' stato possibile studiare vari aspetti della psicoterapia: la percezione dell'esperienza terapeutica da parte del paziente (Kuhnlein 1999; Caskey, 1984); la percezione dell'efficacia del trattamento (Fava, 1998); la comprensione del processo e del cambiamento terapeutico (Horowitz et al., 1992).

In linea con l'impostazione di questi lavori nasce la nostra *Intervista per la Valutazione della Psicoterapia*: I.va.Psi, nella versione per il paziente e per il terapeuta. Si tratta di un'intervista semistrutturata somministrata sia al paziente che al terapeuta a 6/18 mesi dalla conclusione del trattamento terapeutico e circa dieci giorni dopo la compilazione di un questionario (Qu.Va.Psi). Dura circa 45 minuti, viene audioregistrata e interamente trascritta. Sollecita pazienti e psicoterapeuti a fornire una narrazione dell'esperienza di psicoterapia condotta insieme e rende possibile confrontare i due resoconti.

L'organizzazione tematica dell'intervista è sovrapponibile a quella del questionario per permetterne il confronto.

I tre ambiti clinici esplorati dall'intervista sono: A) l'area riguardante il problema portato dal paziente e il modo in cui questo è stato affrontato nel corso della terapia; B) l'area relativa alle relazioni interpersonali significative del paziente; C) l'area relativa alla qualità della relazione terapeutica.

A) Area del problema.

Le domande relative a questa area sono volte ad indagare: le problematiche e le aspettative con cui il paziente arriva in terapia e/o che emergono durante il trattamento; la sua "teoria del disagio"; i cambiamenti evidenziati nel corso della psicoterapia relativamente a questi due punti; i fattori che hanno permesso e/o ostacolato questi cambiamenti. In particolare le domande relative a quest'area sono: 1) Perché ha intrapreso una psicoterapia? 2) Cosa si aspettava dalla psicoterapia? 3) Aveva una sua idea personale dei motivi del suo disagio? Oppure 4) Nel corso della psicoterapia se ne è fatta un'idea? 5) L'idea che aveva del suo disagio è cambiata nel corso della psicoterapia? 6) Cosa ha permesso l'eventuale cambiamento? 7) Cosa è cambiato con la psicoterapia? 8) Le difficoltà che l'hanno portata in psicoterapia sono cambiate? 9) Cosa ha permesso o ostacolato questo cambiamento? 10) Ci sono stati eventi esterni alla psicoterapia che hanno permesso o ostacolato il cambiamento? 11) Nel corso della psicoterapia sono emerse altre problematiche di cui non era consapevole?

B) Area delle relazioni interpersonali.

Le domande relative a questa area indagano i cambiamenti eventualmente evidenziati nel corso della psicoterapia relativamente al rapporto con gli altri e i fattori del processo terapeutico ritenuti rilevanti per questi cambiamenti; gli eventi esterni al trattamento cui si possa attribuire un ruolo per questi cambiamenti. Esempi di domande relative a questa area sono: 1) Nel corso della psicoterapia ci sono stati dei cambiamenti nel rapporto con gli altri? 2) In che modo il lavoro terapeutico è stato rilevante per questi cambiamenti? 3) Ci sono stati eventi esterni rilevanti per questi cambiamenti?

C) Area della relazione terapeutica.

Le domande di quest'area sollecitano paziente e terapeuta ad individuare e a definire momenti ritenuti rilevanti e particolarmente significativi nel corso del trattamento psicoterapeutico; a descrivere la tonalità emotiva ed il significato dell'esperienza relazionale condotta in terapia; a fornire una valutazione complessiva della relazione terapeutica.

Per "eventi significativi", ci riferiamo a quelle situazioni di particolare difficoltà e/o significatività individuate nel corso della psicoterapia, che vengono interpretate come fasi di particolare rilievo per la comprensione del cambiamento dello 'stato problematico' del paziente e che possono produrre cambiamenti nel processo terapeutico. La rilevanza di queste fasi in cui il terapeuta viene fortemente ingaggiato nelle dinamiche della relazione con il paziente, e' stata diversamente concettualizzata da quegli autori che hanno studiato il processo terapeutico. In particolare, come sostengono questi autori, i "test" (Weiss, 1993); le "rottura dell'alleanza" (Safran, 2000); i "momenti ora" (Stern, 2000) accadono sempre nel procedere terapeutico e costituiscono degli indicatori clinici della relazione in corso, il loro superamento comporta un salto di livello nell'andamento della terapia e un insight.

Per quanto riguarda il terzo punto, la valutazione complessiva della relazione terapeutica, oltre alla rilevazione delle impressioni generali, abbiamo cercato anche di sollecitare paziente e terapeuta a ricordare l'eventuale presenza nel loro scambio comunicativo di metafore, parole chiave, frasi che venivano utilizzate ripetutamente ed in modo specifico nel contesto terapeutico. Queste, a nostro avviso, possono costituire l'espressione verbale di conoscenze e significati che paziente e terapeuta hanno co-costruito lungo l'arco della loro relazione.

Le domande relative a quest'area sono: 1) Nel corso della psicoterapia ci sono stati momenti particolarmente importanti? 2) Ci sono stati momenti particolarmente significativi nella relazione con il dott... 3) Nel corso della psicoterapia ci sono stati momenti in cui ha sentito che lei e il dott... parlavano uno stesso linguaggio?

Livelli di analisi dei trascritti

In primo luogo i trascritti delle interviste sono stati suddivisi in unità di siglatura: in particolare abbiamo fatto riferimento al testo trascritto tra una domanda e quella successiva; quando la domanda successiva riguardava solo una richiesta di chiarimento, abbiamo considerato la risposta come parte della stessa unità.

L'analisi si è poi articolata su tre livelli: 1) l'analisi della forma, 2) l'analisi metacognitiva, 3) l'analisi dei contenuti.

1) Analisi della forma.

Come è stato sottolineato nell'introduzione, è evidente il legame fra esperienze interpersonali e stile narrativo. Parte dell'analisi dello stile narrativo deve chiaramente riguardare la "forma" della narrazione stessa. L'attenzione agli aspetti formali di ciò che viene narrato a un interlocutore, infatti, implica sia la valutazione di regole strettamente linguistiche implicite nella comunicazione, sia la valutazione di regole relazionali. Come sottolinea Grice (1975), per una comunicazione coerente e comprensibile da un punto di vista formale è necessaria una chiara rappresentazione dello stato mentale dell'interlocutore. Se questo accade, la comunicazione rispetterà delle regole ("quantità", "qualità", "relazione" e "modo") e risulterà per l'altro chiara, sintetica ed efficace. In questo senso quindi l'aspetto formale di una narrazione viene considerato anche in relazione alle informazioni che fornisce sul soggetto che narra. Rispetto a questo sono illuminanti i lavori di M. Main (1991) che ha utilizzato anche criteri formali nella classificazione dello stato mentale di un adulto relativo alle memorie delle sue relazioni di attaccamento: la scala attraverso cui viene valutata la coerenza formale del trascritto assume un ruolo discriminante nel sistema di classificazione elaborato.

Considerando anche un uso più strettamente clinico di questo tipo di analisi (Fonagy, 1999), abbiamo elaborato alcuni indici per la valutazione formale delle interviste di paziente e terapeuta. In particolare il testo delle interviste è stato analizzato secondo i seguenti indici: A) Indici generali; B) Organizzazione della memoria; C) Indici relazionali; D) Percezione del cambiamento e Locus of control.

L'articolazione e la complessità di questo livello di analisi è dovuta alla varietà di informazioni che è possibile ottenere e alla possibilità di integrare queste informazioni con i dati relativi agli altri due livelli di analisi (analisi metacognitiva e analisi dei contenuti).

Come abbiamo visto, infatti, la chiarezza espositiva fornisce, informazioni sullo stato mentale del soggetto al momento della rievocazione; sulla capacità del soggetto di avere una chiara percezione dello stato mentale dell'interlocutore e, nel nostro caso, anche informazioni preziose relative agli episodi relazionali del percorso psicoterapeutico e al processo di cambiamento.

A) Indici generali.

- Comprensibilità del testo: questo indice ci permette di valutare a un livello generale la capacità del soggetto di costruire una narrazione che induca l'intervistatore a produrre poche (o nessuna) interpretazioni alternative rispetto a quelle fornite dal soggetto.

- Chiarezza del testo: questo indice fa riferimento alla "regola di modo" descritta da Grice: in particolare a un modo chiaro e ordinato di costruire un racconto attraverso un flusso regolare e un incremento coerente di informazioni che dia vita a descrizioni unificate e scorrevoli delle esperienze, dei sentimenti e del punto di vista del soggetto nel corso dell'intervista.

B) Organizzazione della memoria.

Abbiamo preso in considerazione tre aspetti:

- la capacità di organizzare temporalmente il racconto: si intende la capacità del soggetto di organizzare il racconto degli eventi in modo sequenziale, seguendo un ordine temporale di un prima e un poi. Es.: "... *Uno dei problemi per cui avevo iniziato la terapia era il mio lavoro: il lavoro che facevo prima mi impegnava molto, ma mi gratificava anche, poi questo lavoro è finito e io ho dovuto riorganizzare la mia motivazione al lavoro su altri valori che mi piacevano di meno e ne ho sofferto molto*"

- l'articolazione semantica: abbiamo preso in considerazione la presenza di significati complessi e organizzati nella narrazione, ma non sostanziati dal racconto di episodi. Es.: "*Nel rapporto con mio figlio avevo molta ansia... il fatto che lui avesse iniziato ad avere una vita autonoma mi faceva sentire di non avere più il controllo.*"

- l'articolazione episodica-semantica del ricordo: questo aspetto si riferisce alla capacità del soggetto di rappresentare l'esperienza ricordata non solo attraverso significati generali, ma anche attraverso la descrizione di episodi specifici che lo includano come soggetto dell'esperienza. Es.: "*Per me separarmi è sempre difficile... anche il giorno che è finita la psicoterapia sono stata male, sono uscita frettolosamente dallo studio, sono andata in macchina e ho pianto per venti minuti come i bambini.*"

C) Indici relazionali.

Abbiamo cercato di individuare alcuni indicatori che mettessero in evidenza la presenza della dimensione relazionale e il suo declinarsi nella descrizione narrativa. Abbiamo preso in considerazione:

- La capacità di descrivere relazionalmente gli episodi e i significati relativi al processo terapeutico. Con questo indice si intende la capacità di descrivere eventi relazionali facendo attenzione alla dimensione interpersonale e/o all'uso di locuzioni verbali come "insieme", "noi", ecc. Es.: "*Mi ricordo che ci siamo trovati in -
sieme a decidere le sedute e poi è stato naturale stabilire insieme la data di chiusura.*"

- La chiarezza nella descrizione di sé, dell'altro e dell'interazione in cui sono impegnati

Esempi di chiarezza nella descrizione di sé impegnato nella relazione: *“Quando sono uscita di qui mi sono detta “qui non ci torno più”, ...era il fatto di essermi lasciata andare, c'era la vergogna”*

Esempio di chiarezza nella descrizione dell'altro impegnato nella relazione: *“C'è stata l'abilità del terapeuta di non essere aggressivo e quindi di portarmi a parlare, cosa che per me non è mai stata facile”*.

Esempio di chiarezza nella descrizione della interazione: *“C'è stata la creazione di un rapporto interpersonale per cui io non avevo bisogno ogni volta di ricominciare da capo a dire quello che mi era successo, ma c'era una persona che aveva memoria di quello che era stato detto in precedenza e aveva l'intelligenza per capire il senso di cose che io riuscivo a dire solo in parte”*

D) Percezione del cambiamento e Locus of control:

A questo livello abbiamo preso in considerazione sia la percezione del cambiamento percepito da paziente e terapeuta e attribuito in generale al processo terapeutico; sia le attribuzioni di ruolo nella descrizione dei processi di cambiamento (attribuito a sé, all'altro o alla relazione terapeutica).

Esempio: *“una delle cose che sono cambiate è stato il rapporto con mio figlio...mi è stato utile parlare liberamente e sentirmi ascoltata, ho imparato a vedere le cose da più punti di vista.”*

2) Analisi metacognitiva.

Abbiamo utilizzato la Scala di Valutazione della Metacognizione (S.va.M. Carcione et al.1997) che permette di articolare la valutazione della funzione metacognitiva attraverso quattro dimensioni: la autoriflessività, il decentramento, la comprensione della mente altrui e la mastery. Questa scala viene utilizzata per varie finalità: - monitorare l'incremento della funzione metacognitiva nel corso di una psicoterapia (Semerari, 1999).; - individuare configurazioni di deficit metacognitivi diagnosi specifiche (Niccolo' et al, 2000); - più recentemente, in associazione con l'Indice di Condivisione, (Conti L. et al 2001.) per individuare eventuali collegamenti tra l'esperienza di condivisione tra paziente e terapeuta e funzionamento metacognitivo del paziente. Per quel che riguarda il nostro lavoro abbiamo fatto riferimento alla S.Va.M in linea con questa più recente utilizzazione e applicandola ai trascritti relativi alle interviste sia dei pazienti che dei terapeuti. Inoltre in associazione con le informazioni tratte attraverso l'analisi formale (con particolare attenzione agli indici relazionali) e l'analisi dei contenuti (con particolare attenzione alla condivisione tematica tra paziente e terapeuta), ci è sembrato possibile esplorare la metacognizione da una prospettiva che potesse consentirci di evidenziare eventuali correlazioni fra il livello metacognitivo del paziente e del terapeuta e la dimensione interpersonale del rapporto terapeutico.

3) Analisi dei contenuti

Nell'analisi delle interviste di paziente e terapeuta abbiamo individuato 9 aree tematiche confrontabili. In particolare, per quel che riguarda l'**Area del problema** abbiamo individuato: 1) La descrizione del disagio fornita dal paziente e l'interpretazione che ne dava il terapeuta. 2) La teoria del disagio del paziente e la teoria del disagio di quel paziente elaborata dal terapeuta. 3) L'eventuale cambiamento di tale teoria da parte di paziente e terapeuta. 4) La definizione del processo favorente tale cambiamento così come percepito dalla coppia terapeutica.

Per quel che riguarda l'**Area Relazioni Interpersonali** abbiamo individuato: 5) L'eventuale processo di cambiamento nella percezione e nella gestione delle relazioni interpersonali percepito da paziente e terapeuta. 6) La definizione del processo favorente tale cambiamento.

Per quel che riguarda infine l'**Area della relazione terapeutica** i temi che abbiamo individuato riguardano le memorie di eventi salienti connessi al processo e alla relazione terapeutica. In particolare abbiamo evidenziato: 7) L'individuazione di Eventi psicoterapeutici significativi. 8) L'attribuzione di significato a tali eventi da parte di paziente e terapeuta. 9) Le descrizioni della relazione terapeutica.

Abbiamo considerato gli items tematici separatamente; successivamente li abbiamo confrontati misurando le occorrenze di descrizioni analoghe. Da questo abbiamo ricavato degli indici numerici di frequenza del grado di accordo tematico riguardo le descrizioni degli eventi e l'attribuzione di significato agli eventi stessi. Tale analisi quindi ci ha permesso di ottenere informazioni sia sul tipo di accordo tra paziente e terapeuta per quel che riguarda la definizione e l'elaborazione degli stati problematici; sia sul livello di sintonia della relazione terapeutica. Riguardo a quest'ultimo aspetto, le informazioni più indicative provengono dagli items tematici relativi agli eventi significativi della relazione terapeutica. Questo dato ci sembra confermare quanto sostenuto dal lavoro clinico condotto da Stern (2000) che sottolinea come *“...dopo aver completato con successo un trattamento, molti pazienti tendono a ricordare...eventi speciali di autentico contatto interpersonale con il terapeuta che hanno modificato la relazione con lui e quindi il senso di sé del paziente... Sebbene non sia possibile affermare che esista una correlazione univoca tra la natura del ricordo individuale e l'esito terapeutico, non possiamo negare il fatto che sia i momenti di incontro autentico che di fallimento dell'incontro sono spesso rievocati con grande chiarezza come eventi centrali del cambiamento”*. (pag.139)

Conclusioni

Questa intervista ci ha permesso di accedere ad informazioni complesse e di grande interesse clinico. Nella rievocazione della psicoterapia, infatti, pa-

ziente e terapeuta nel dare forma narrativa alla propria esperienza, vengono sollecitati su vari piani: devono ricordare e organizzare un racconto relativo sia al lavoro svolto nel corso della terapia, sia all'incontro interpersonale vissuto insieme. Al terapeuta inoltre viene richiesto anche di accedere a un ulteriore livello che attiene alla possibilità di esplicitare le proprie teorie relativamente alle teorie del paziente o, per dirla con Weiss (1993), "esplicitare il piano inconscio" del paziente la cui individuazione e gestione da parte del terapeuta struttura lavoro clinico e relazione. Si tratta quindi di tener presente e di gestire almeno tre livelli narrativi confrontabili ognuno dei quali fornisce informazioni diverse.

I primi risultati ottenuti dal confronto dei resoconti di paziente e terapeuta sollecitati dalla intervista (Cotugno A. et al, 2004), ci inducono a riflettere sulle possibili gerarchie dei livelli di condivisione necessari per un buon andamento del processo clinico e confermano l'utilità di tener conto dei diversi piani narrativi nella valutazione dei ricordi relativi alla relazione terapeutica.

La nostra ipotesi è che l'accesso a queste informazioni ci permetta di chiarire un poco quella vasta e scarsamente codificabile area del processo terapeutico che attiene ai meccanismi di cambiamento non legati alle tecniche, ma alla dimensione relazionale.

Bibliografia

- BRUNER J. (1988), *La mente a più dimensioni*, Laterza, Bari.
- CARCIONE A., FALCONE M., MAGNOLFI G. E MANARESI F. (1997), *La funzione metacognitiva in psicoterapia: scala di valutazione della metacognizione (S. Va. M.)*, in "Psicoterapia", 9, pp. 91-107
- CASKEY N.H. ET AL. (1984), *Dual perspectives: Clients' and therapists' perceptions of therapist responses*, in "British Journal of clinical Psychology", 23, pp. 281-290.
- CONTI L., BARA B., BOSCO F.M., SEMERARI A., (2001), *Condivisione e funzione metacognitive: analisi di sedute psicoterapeutiche attraverso l'indice di condivisione e la S. VA.M.* in "Quaderni di Psicoterapia cognitiva", 9, pp. 6-24.
- COTUGNO A., CASTELLI P., MANARESI F., MAZZUCHELLI A., MORGANTI G. (2004), *Quel che resta della psicoterapia. Analisi delle narrazioni di paziente e terapeuta*, Psicobiettivo, n.2, pp.109-126.
- DI BLASI M., LO VERSO G., (1998), *Valutazione e clinica in psicoterapia*, in DI NUOVO S. ET AL., *Valutare le psicoterapie. La ricerca italiana*, Franco Angeli, Roma
- DI NUOVO S., LO VERSO G., DI BLASI M., GIANNONE F., (1998), *Valutare le psicoterapie. La ricerca italiana*, Franco Angeli, Roma.

- DI NUOVO S., (2000), *Strumenti qualitativi per la ricerca sulla psicoterapia: intervista sul Cambiamento Terapeutico di R. Elliott*, in "Ricerca in Psicoterapia", vol.3, n° 2-3, pp. 135-141.
- FAVA E., PAZZI E., ARDUINI L., MASSERINI C., LAMMOGLIA M., LARDIA S., PAZZAGLIA S., CARTA L., (1998), *Gli effetti delle psicoterapie: uno studio sulla percezione che i pazienti hanno dei risultati dei loro trattamenti*, in "Ricerca in Psicoterapia.", 1(3), pp. 324-343.
- FONAGY P. (1999), *Memory and therapeutic Action*, in "Int. Journ. of Psychoanalysis", 80, pp. 215-224.
- FONAGY P., TARGET M. (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano.
- GRICE H.P., (1975), *Logic and conversation*, in P. COLE, J.L. MARAN (Eds.) *"Syntax and Semantics III: Speech Acts"*, Academic Press, New York.
- HOROWITZ L.M., ET AL. (1992), *The capacity to describe other people clearly: a predictor of interpersonal problems in brief dynamic psychotherapy*, in "Psychotherapy Research" 2(1), pp. 37-51.
- KUHNLEIN (1999), *Psychotherapy as a process of transformation: analysis of post-therapeutic autobiographic narrations*, in "Psychotherapy Research", 9(3), pp. 247-288.
- LIOTTI G. (1994), *La dimensione interpersonale della coscienza*, NIS,
- MAIN M. (1991), *Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of Attachment*, in C.M. PARKES ET AL., *Attachment across the life cycle*, Routledge, London; trad.it. (1995), *L'attaccamento nel ciclo di vita*, il Pensiero Scientifico, Roma.
- NEISSER U. (1993), *The perceived Self* (a cura di), Cambridge University Press; trad it (1999), *La percezione del Sé*, Boringhieri, Torino.
- NICOLÒ G., MARGENTHALER E., PONTALTI I., SEMERARI A., CARCIONE A., CATANIA D., (2000), *Analisi dei patterns di Emozione-Astrazione in un trattamento cognitivista: risultati preliminari*, in "Psicoterapia" n.21.
- SAFRAN J. E., MURAN C. (2000), *Negotiating the Therapeutic Alliance*, Guilford Press, New York.
- SEMERARI A. (a cura di) (1999), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*, Raffaello Cortina, Milano.
- SEMERARI A. (2000), *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*, Laterza, Roma.
- SIEGEL D., "The developing Mind" (1999), Guilford, trd. It. (2001) *La mente relazionale*, Raffaello Cortina, Milano.
- STERN D. (1998), *Prerequisiti evolutivi per il senso di un Sé narrativo*, in STERN D., *le interazioni madre-bambino*, Raffaello Cortina, Milano, pp.313-325.
- STERN D. (2000), *Il "qualcosa in più" dell'interpretazione*, in "Psicobiettivo" volume XX, N°3, pp. 139-164.

WEISS J. (1993), *"How Psychotherapy Works. Process and Technique"* Trad. it. 1999, *"Come funziona la psicoterapia"*. Boringhieri, Milano.

NARCISISMO GENITORIALE E DEPRESSIONE NEI FIGLI: UNO STUDIO CORRELAZIONALE SU UN CAMPIONE CLINICO
PARENTAL NARCISISM AND CHILD DEPRESSION: A CORRELATIONAL STUDY IN A CLINICAL SAMPLE.

*Fabio Monticelli*¹

Riassunto

Questo studio intende valutare le implicazioni cliniche di comportamenti genitoriali improntati alla trascuratezza, al controllo, all'umiliazione, alla svalutazione ed allo sfavoritismo rispetto ai fratelli sullo sviluppo della patologia depressiva nell'adulto. In particolare, in accordo con quanto affermato da Gilbert (1989), si vuole valutare il ruolo svolto dallo sfavoritismo e dalla svalutazione nell'indurre sentimenti cronici di vergogna (e non di colpa come comunemente si intende) e una soggettiva esperienza di sottomissione inevitabile ed involontaria che rappresentano i precursori della patologia depressiva dell'adulto. Si è voluto, inoltre, considerare la presenza di tratti narcisistici nei genitori perché, più di altri, configurano uno stile relazionale improntato alla sottomissione ed alla svalutazione del figlio in considerazione dei propri bisogni di visibilità.

Parole chiave: Vergogna, ranghi sociali, cure genitoriali, disturbo distimico, attaccamento.

Summary.

Our research has intended to verify the clinical implications of parental behaviours (carelessness, hyper-control, humiliation and inclination to put-down and unfavouritism in comparison with brothers/sisters) on the child's psychological development and on the predisposition to adult depressive psychopathology. In particular, according to Gilbert's assertions (1989), we thought it was useful to value how parental put-down and unfavouritism can excite chronic feelings of shame in the child (and not guilty feelings at the bottom of depressive experience, as it is commonly considered) and a subjective experience of involuntary and inevitable submission to the humiliating parent. These experiences represent, according to Gilbert, the precursors of depressive pathology in adulthood.

We also considered the presence of narcissistic traits in parents' personality because, more than others, they could configure an hypothetical authoritar-

ian putting-down relational style, marked by a confrontation for the attainment of the highest visibility to the detriment of the child.

Keywords: Shame, social rank; parental care, dysthymic disorder, attachment

Il ruolo svolto dalle esperienze macrotraumatiche nell'ambito intrafamiliare nello sviluppo di patologie in età adulta, è noto e ampiamente descritto in letteratura.

È altresì nota la fondamentale importanza della qualità della relazione con le figure di attaccamento (fda) come fattore di mediazione tra tali esperienze macrotraumatiche e la psicopatologia dell'adulto.

Meno noto è, invece, il ruolo svolto dalle esperienze microtraumatiche con le fda che, in maniera più sottile dei macrotraumi ma insistente, influenzano la formazione di schemi conoscitivi di sé e dell'altro, favorendo lo sviluppo della psicopatologia nell'adulto.

La nostra ricerca si è proposta di verificare le implicazioni cliniche che atteggiamenti genitoriali trascuranti, ipercontrollanti, umilianti e inclini alla svalutazione ed allo sfavoritismo rispetto ai fratelli, possono rappresentare sullo sviluppo psicologico del bambino e sulla predisposizione alla psicopatologia depressiva da adulto. In particolare, in accordo con quanto affermato da Gilbert (1989), ci è sembrato utile valutare come la svalutazione e lo sfavoritismo da parte dei genitori suscitino nel bambino cronici sentimenti di vergogna (e non sensi di colpa, come comunemente si intende alla base del vissuto depressivo) e un vissuto soggettivo di sottomissione involontaria e inevitabile al genitore umiliante. Tali vissuti rappresentano, secondo Gilbert, i precursori della patologia depressiva in età adulta.

Si è presa in considerazione nei genitori, inoltre, la presenza di tratti narcisistici di personalità (come ad esempio, la scarsa empatia, l'autoritarismo, la pretenziosità, la sensazione d'unicità e grandiosità, la tendenza all'esibizionismo e allo sfruttamento interpersonale) perché, più di altri, avrebbero potuto configurare un ipotetico stile relazionale autoritario, svalutante e improntato al confronto per il raggiungimento della maggiore visibilità possibile a discapito del figlio.

Metodo

Il **campione** della ricerca è costituito da 30 pazienti psichiatriche con diagnosi di Disturbo Distimico secondo il DSM-IV (APA, 1994), reclutati presso l'ambulatorio del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'ospedale San Filippo Neri di Roma. (Il campione è costituito da 18 F e 12 M, con un

range d'età compreso tra i 14 e i 48 anni - età media 26.76 anni, vedi Tab. I). Tale campione è stato confrontato con un campione costituito da 300 soggetti, tratti in modo informale da una popolazione di studenti universitari della facoltà di Psicologia dell'università La Sapienza di Roma. (Tale campione era composto da 200 F e 100 M, con un range d'età compreso tra 18 e 32 anni - età media 24.67 anni, vedi Tab. II).

Strumenti:

Ai pazienti è stata somministrata la **SCID II** (*Intervista clinica strutturata per il DSM III-R*, Spitzer et al., 1990) allo scopo di valutare la copresenza di un disturbo di personalità nel paziente (criterio d'esclusione dalla ricerca); il **BDI** (*Beck Depression Inventory*, Beck et al., 1961), nella versione italiana tradotta e validata da Scilligo (BDS, *Scala di Depressione di Beck*, Beck et al., 1988; Scilligo, 1983) per avere una misura dell'intensità della depressione; il **PBI** (*Parentale Bonding Instrument*, Parker et al., 1979), per valutare lo stile di accudimento fornito dai genitori, nelle dimensioni di *Cura* (intesa come affetto, calore emotivo, empatia ed intimità), e *Iperprotezione* (intesa come eccessivo controllo, infantilizzazione e prevenzione del comportamento indipendente), a cui sono state aggiunte le **Scale di svalutazione e favoritismo di Gilbert** (Gilbert et al., 1996).

Ai genitori dei pazienti è stato somministrato il **NPI** (*Narcissistic Personality Inventory*, Raskin, Hall, 1979, Emmons, 1984) allo scopo di valutare la presenza di tratti narcisistici nei genitori.

Descrizione degli strumenti

Parentale Bonding Instrument (PBI) di Parker: È una scala composta da 25 items. Attribuisce un punteggio al calore ed alla sollecitudine delle cure ricevute e un punteggio al controllo-iperprotezione esercitati da ciascun genitore. Le risposte si collocano su una scala di 4 punti, da "molto probabile" a "molto improbabile". Buone le proprietà psicometriche.

Parental Put-down and Shaming: In aggiunta alla PBI vengono somministrati 4 items per ogni genitore che esplorano la repressione e le umiliazioni subite ("mi dicevano che ero stupido" o "mi facevano sentire inadeguato").

Favouritism. Altri 4 items misurano la percezione soggettiva che un genitore abbia favorito o dedicato più attenzioni al fratello. Le risposte si collocano su una scala di cinque punti (da "mai" a "quasi sempre").

Sibling Social Comparison. Un item che si aggiunge alla scala precedente misura il sentimento d'inadeguatezza nel confronto con i fratelli.

SCID-II. *Intervista clinica strutturata per i disturbi di personalità. Contempla 115 items e permette di formulare una diagnosi di disturbo di personalità basata sul DSM-III-R (la versione aggiornata al DSM-IV ancora non era di-*

sponibile all'inizio della ricerca).

NPI (Narcissistic Personality Inventory). di Raskin R.N. Questionario che valuta la presenza di tratti narcisistici del soggetto.

BPRS. (Brief Psychiatric Rating Scale). Scala composta da 24 items, auto-compilata dal paziente che valuta l'entità dei disturbi psicopatologici in atto.

Ipotesi di ricerca e risultati

Ipotesi di ricerca 1: l'obiettivo è stato quello di vedere quali caratteristiche genitoriali differissero tra il gruppo clinico e il gruppo di confronto, indicando quali modalità dello stile d'accudimento o della personalità dei genitori fossero caratteristiche dei nostri pazienti.

In particolare, l'ipotesi era che il gruppo clinico presentasse:

Una percezione dell'accudimento genitoriale caratterizzata da una bassa Cura e da alta *Iperprotezione*, intesa come eccessivo controllo, infantilizzazione e prevenzione del comportamento indipendente;

La percezione di un atteggiamento genitoriale *svalutante e favorente* i fratelli a discapito del figlio;

Tratti individuali di *Narcisismo* più alti nei genitori dei pazienti, rispetto ai genitori degli studenti.

A tale scopo è stata condotta un'Analisi della varianza multivariata (MANOVA, *Multivariate Analysis Of Variance*). Con il termine multivariata s'intende un'analisi della varianza condotta sulla combinazione lineare delle variabili dipendenti; viene effettuata su più di una variabile dipendente contemporaneamente e si applica in tutte quelle situazioni in cui si vogliono analizzare gli effetti dei fattori su un insieme di variabili dipendenti.

Nella presente ricerca si è scelto di utilizzare l'analisi multivariata in quanto, tale tecnica, tiene conto della correlazione tra le variabili dipendenti; inoltre, eseguendo numerosi test univariati sugli stessi gruppi, si rischia di perdere il controllo sull'errore di I tipo, cioè si rischia di prendere per significativi risultati che sono tali solo per caso, e la MANOVA permette di tenere sotto controllo tale evenienza.

L'unico svantaggio della MANOVA consta nella difficoltà di interpretare, a livello empirico, il significato degli effetti multivariati; a tale problema abbiamo ovviato integrando ogni effetto multivariato risultante dall'analisi, da opportune analisi univariate, volte a una corretta interpretazione dei risultati.

Si è proceduto, quindi, per prima cosa a un'analisi multivariata e, dato che l'effetto era significativo, sono state fatte seguire analisi univariate sulle singole variabili dipendenti.

L'Analisi della varianza multivariata ci ha permesso di osservare l'esistenza di una differenza globale statisticamente significativa tra i due gruppi ($F=2.674$, per $p = .004$) (Tab. III).

L'analisi della varianza (Tab. IV e V) sulle singole variabili dipendenti, ci ha permesso di osservare che:

I pazienti percepiscono entrambi i genitori come meno curanti e più svalutanti, rispetto agli studenti; inoltre, la madre viene percepita come più favorente fratelli e/o sorelle; l'iperprotezione non è risultata significativamente diversa nei due gruppi (sia per la madre che per il padre), anche se le differenze campionarie sono nel senso atteso.

Pur avendo osservato differenze campionarie nel senso atteso, non è stata riscontrata una differenza statisticamente significativa nei tratti di narcisismo dei genitori dei pazienti e dei genitori degli studenti.

Tabella I - statistiche descrittive per il gruppo clinico -

Tabella II - statistiche descrittive per il gruppo non clinico -

Tabella III-

Tabella IV- Valori di F riguardanti la madre per le differenze tra i pazienti e gli studenti -

Tabella V- Valori di F riguardanti il padre per le differenze tra i pazienti e gli studenti -

Ipotesi di ricerca 2: Inoltre, come le recenti ricerche ci hanno dimostrato (Main, Hesse, 1992) sull'importanza del ruolo svolto da una figura curante in presenza dell'altra figura genitoriale trascurante o svalutante - nel favorire lo sviluppo psicologico del bambino e delle sue capacità metacognitive- abbiamo ritenuto interessante suddividere le coppie di genitori dei due campioni in quattro categorie d'accudimento. Tali categorie sono state costruite prendendo in considerazione due delle variabili presenti nella ricerca: la *Cura* genitoriale e il *Narcisismo* dei genitori. In questo modo, si è voluto esaminare non solo lo stile di accudimento fornito da ognuno dei genitori, ma anche l'ambiente familiare nel suo complesso, considerando l'effetto che l'interazione tra due diversi stili genitoriali può produrre sullo sviluppo del figlio.

Categoria 1: due genitori con un punteggio alto per la cura, indipendentemente dalla presenza di tratti narcisistici;

Categoria 2: un genitore con un alto punteggio di cura, senza tratti narcisistici, e un genitore con un basso punteggio di cura, indipendentemente dalla presenza di tratti di narcisismo;

Categoria 3: un genitore con un alto punteggio di cura e con tratti narcisistici e un genitore con un basso punteggio di cura, indipendentemente dalla presenza di tratti di narcisismo;

Categoria 4: Entrambi i genitori trascuranti, ossia con un punteggio basso per la cura, indipendentemente dalla presenza di tratti di narcisismo.

In particolare, abbiamo ipotizzato che la distribuzione dei genitori nelle quattro categorie fosse diversa nei due gruppi, e che ci fosse una frequenza maggiore dei genitori dei pazienti nelle categorie caratterizzate da narcisismo e bassa cura genitoriale. A tale scopo è stato utilizzato il *Test del Chi²*, (Tab. V e VI) che ci ha permesso di evidenziare una distribuzione statisticamente diversa dei genitori nei due gruppi ($Chi^2=15.1$) ed in particolare una frequenza statisticamente più bassa di genitori dei pazienti nella cat. 1 e una frequenza statisticamente più alta di genitori dei pazienti nella cat. 3.

Figura I- Distribuzione dei genitori all'interno delle categorie -

*=frequenza statisticamente più bassa.

**= frequenza statisticamente più alta.

CAT 1= categoria 1: due genitori con un punteggio alto di cura.

CAT 2= categoria 2: un genitore con un alto punteggio di cura, senza tratti narcisistici, e un genitore con un basso punteggio di cura.

CAT 3= categoria 3: un genitore con un alto punteggio di cura, con tratti narcisistici, e un genitore con un basso punteggio di cura.

CAT 4= categoria 4: due genitori con un basso punteggio di cura.

La presenza di una frequenza statisticamente più bassa di genitori dei pazienti nella *categoria 1* (6.7%, n=2), quella in cui ci sono entrambi i genitori curanti, fornisce un'intuibile conferma delle ipotesi iniziali, che sottolineano l'importanza di un ambiente familiare caratterizzato da due genitori affettuosi e sensibili ai bisogni del bambino.

La frequenza significativamente più alta dei genitori dei pazienti nella *categoria 3* (30% - n=9), quella caratterizzata da un genitore curante con tratti narcisistici e un genitore trascurante, ci suggerisce l'enorme importanza del ruolo svolto dal genitore curante, in caso di trascuratezza dell'altro genitore.

La possibilità di disporre di una figura d'accudimento empatica e disponibile, che trasmetta stima, approvazione e fiducia al bambino, incrementando il suo senso di valore e l'autostima, rappresenta un fattore protettivo, perché consente un adeguato sviluppo psicoaffettivo del bambino e delle sue competenze sociali. È inoltre molto importante avere una figura d'attaccamento che permetta al bambino di comprendere l'ambiente familiare, fornendogli un'esplicita spiegazione di tutti quei comportamenti svalutanti ed elusivi del genitore trascurante, facilitando, in tal modo, lo sviluppo delle sue capacità metacognitive.

Se il genitore curante non presenta tratti narcisistici (*Cat 2*), potrà svolgere empaticamente un ruolo protettivo, privilegiando i bisogni del bambino ai propri, condividendo stati d'animo e aiutandolo ad attribuire un significato coerente ai comportamenti dell'altro genitore ed al contesto in generale. Questo facilita lo sviluppo fisiologico delle capacità metacognitive, risultando, così, un ulteriore fattore protettivo.

Se al genitore trascurante, si accompagna un genitore curante che, invece, presenta tratti narcisistici (*Cat 3* - come è significativamente più frequente nel gruppo dei pazienti) è probabile che i personali bisogni del genitore prevalgano su quelli del figlio. In tal caso, le normali funzioni d'attribuzione di significato e condivisione degli stati emotivi risulteranno condizionate dal bisogno d'affermazione del genitore a discapito del figlio, caratteristico degli individui narcisisti.

Tabella VI- Distribuzione dei genitori all'interno delle categorie -

*= frequenza significativamente più bassa.

**= frequenza significativamente più alta.

categoria 1= due genitori con un punteggio alto di cura.

categoria 2= un genitore con un alto punteggio di cura, senza tratti narcisistici, e un genitore con un basso punteggio di cura.

categoria 3= un genitore con un alto punteggio di cura, con tratti narcisistici, e un genitore con un basso punteggio di cura.

categoria 4= due genitori con un basso punteggio di cura.

Discussione

I risultati presentati, pur senza voler individuare un rigido nesso di causa-effetto tra trascuratezza dei genitori e depressione nei figli, indicano che un comportamento genitoriale trascurante, svalutante e favorente i fratelli rappresenta un importante fattore di rischio per lo sviluppo della depressione nevrotica.

L'importanza della cura genitoriale, intesa come stile di accudimento empatico e responsivo ai bisogni del bambino (Bowlby, 1978, Ainsworth et al, 1978, Stern, 1985) ha ricevuto in questo modo un'ulteriore conferma, pur tenendo conto del fatto che altri elementi, come i fattori costituzionali o ambientali, possono avere un ruolo importante nello sviluppo della distimia.

È possibile, quindi, che i pazienti depressi descrivano con maggior probabilità genitori trascuranti che, venendo meno alla loro funzione di "base sicura" (Bowlby, 1978) necessaria per uno sviluppo sano, hanno inviato prevalentemente messaggi umilianti e avvilenti, inducendo persistenti e inevitabili sentimenti di vergogna e inferiorità. Secondo Bowlby,

ogni individuo si costruisce dei modelli operativi del mondo e di se stesso nel mondo, con l'aiuto dei quali percepisce gli eventi, prevede il futuro e costruisce i propri programmi. Nel modello operativo del mondo che ciascuno si costruisce, una caratteristica chiave è il concetto di chi siano le sue figure d'attaccamento, di dove si possano trovare e del modo in cui ci si può aspettare che reagiscano. Analogamente, nel modello operativo dell'Io che ciascuno costruisce, una caratteristica chiave è nel concetto di quanto egli stesso sia accettabile o inaccettabile agli occhi delle sue figure di attaccamento. Sulla struttura di questi modelli complementari sono basate le previsioni di un individuo su quanto le sue figure di attaccamento potranno essere accessibili e reattive se gli si rivolgerà a loro per aiuto. (Vol. II, pg. 259-260)

I genitori confermano, attraverso la loro approvazione e affetto incondizionato, il senso d'efficacia e d'amabilità del bambino, favorendo la costruzione di Modelli Operativi Interni (MOI) che lo configurano come una persona stimata e accettabile, e il suo mondo interpersonale accogliente e solle-

cito. Al contrario, se le fda sono svalutanti, tese a sfavorirlo rispetto ai fratelli e ad imporre i propri stili e modelli di vita a discapito della sua autonomia, si consolidano Modelli Operativi Interni (MOI) che lo rappresentano come una persona non attraente, immeritevole e inadeguata, e il suo mondo interpersonale insicuro e incline ad atteggiamenti prevaricanti e umilianti. Questo indurrà probabilmente cronici sentimenti di vergogna e stili di comportamento sottomesso ed evitante (Gilbert, 1989; Gilbert et al., 1996).

Il fallimento dei Sistemi Motivazionali Interpersonali² più evoluti e appropriati al contesto evolutivo del momento, comporta una regressione verso stili e modelli di vita più primitivi. In particolare, l'insuccesso del sistema di Attaccamento nelle iniziali fasi di crescita, comporta una pervasiva ed inadeguata attivazione del sistema Agonistico. Tale sistema, in condizioni di normalità e di pieno successo maturativo, viene riposto in una nicchia e utilizzato (da solo e prevalentemente) in contesti di confronto per la definizione del rango gerarchico, senza pregiudicare il processo evolutivo degli altri sistemi motivazionali.

Nei contesti familiari caratterizzati dall'inclinazione all'umiliazione, alla prevaricazione, alla svalutazione ed allo sfavoritismo, (come evidenziato nel nostro campione di pazienti), l'accettazione da parte delle fda dipende dalla competenza dimostrata dal figlio attraverso performance ineccepibili. In caso contrario, la prestazione viene aspramente criticata, l'individuo giudicato e l'appartenenza al gruppo familiare compromessa. I cronici sentimenti di vergogna che accompagnano queste complesse interazioni familiari, segnalano la persistente attivazione del sistema Agonistico che rappresenta il risultato del fallimento del sistema di Attaccamento.

In altri termini, il desiderio di amabilità, veicolato dal bisogno di essere competente e degno di considerazione, può provocare una compulsiva ricerca di approvazione dei genitori, prima, e di riconoscimento sociale, dopo. Allo scopo di ottenere tali conferme e di guadagnarsi un personale senso di amabilità, sebbene condizionata alla qualità delle prestazioni offerte e, quindi, colmare un vuoto emotivo causato dalla presenza di fda giudicanti e svalutanti, -quindi attivate su un registro agonistico- l'individuo è indotto, e costretto allo stesso tempo, a fornire prestazioni sempre eccellenti. Talvolta, però, in ambienti familiari particolarmente sfavorevoli, ogni sforzo risulta inutile e ogni risultato suscettibile di cambiamento, perché continuamente assoggettato alla critica del genitore. Tale critica può essere pregiudizialmente legata a un personale bisogno della fda, come accade, ad esempio, nel caso di un genitore con marcati tratti narcisistici, che evidenzia il proprio personale bisogno di grandezza e autoaffermazione a discapito di chiunque compenga il suo ambiente, evidenziando con tutta probabilità, MOI assai simili a quelli del figlio. Ogni sforzo del bambino, pertanto, risulterà vano, e si andranno a confermare in tal modo, MOI di sé come sconfitto e reietto, e del

mondo come prevaricante e umiliante. Con essi, si potranno anche consolidare credenze irrazionali e patogene legate all'inutilità dello sforzo, all'impotenza e all'insensatezza di ogni tentativo di sovvertire l'esito del confronto, che inevitabilmente lo vede sconfitto. I segnali di resa al genitore dominante, sotto forma di indicatori non verbali della vergogna, annunciano il riconoscimento della sconfitta, inibiscono l'aggressività del vincitore e determinano la cessazione del confronto. La vergogna non riconosciuta sembra essere un vissuto frequentemente riscontrabile nella storia dei pazienti depressi (Lewis H.B., 1986, Lewis M. 1992). La vergogna può avere qualità e sfumature differenti, ma riconosce come comune denominatore un rapporto fortemente squilibrato, improntato alla competizione per la definizione del rango gerarchico. Lo scherno, il dileggio, la critica espressa o la disapprovazione sotta-ciuta, risultano spesso armi taglienti che riescono facilmente ad assoggettare il bambino più efficacemente e profondamente di qualunque percossa fisica. Tali atteggiamenti genitoriali, spesso, configurano modalità relazionali molto sottili, che spesso il bambino non riconosce, se non retrospettivamente da adulto, ma ugualmente influenti in modo negativo sulla sua autostima e sul modo di relazionarsi agli altri.

Quando tali meccanismi sono inconsapevoli e non riconosciuti dal soggetto, in assenza di fda sane e disponibili con cui sia possibile una revisione critica, occorrono le condizioni che espongono il soggetto al rischio di sviluppare un disturbo depressivo. Tali risultati sono in accordo con lo studio di Cathron (1994), che rileva come, alla presenza di uno stile genitoriale autoritario –cioè senza alcuna possibilità di negoziazione delle regole e delle funzioni all'interno di una relazione fortemente condizionata da un registro competitivo- si corra il rischio di aumentare il risentimento provocato dalla sconfitta producendo sfide ripetitive, ma scarsamente competenti, che esitano in comportamenti docili ma immaturi, se associato ad attaccamento sicuro. Alla presenza di un attaccamento insicuro, invece, l'autoritarismo produce i presupposti per lo sviluppo di patologia depressiva.

Uno stile genitoriale autorevole (che permette una negoziazione delle regole all'interno di una relazione improntata al mutuo riconoscimento e senza motivazioni legate alla definizione del rango gerarchico), invece, è correlato a un'elevata fiducia in se stessi e a una buona capacità di reagire positivamente alle frustrazioni nei figli, in relazioni caratterizzate da attaccamento sicuro.

Altri autori (Coopersmith 1967, Baumrind 1989, Rohner 1986) evidenziano come tali atteggiamenti autoritari siano spesso correlati alla crescita dell'autostima quando accompagnati da uno stile genitoriale affettuoso e protettivo, mentre sono inibenti la crescita dell'autostima quando inseriti in un contesto di bassa cura genitoriale.

Un risultato inaspettato è stato quello di non trovare una differenza stati-

sticamente significativa per i tratti di narcisismo nei due gruppi, evidenziando come i genitori dei pazienti non presentino, almeno nel nostro campione, tratti narcisistici maggiori rispetto ai genitori degli studenti (Fig. 1).

Tale risultato non si presta a facile interpretazione; inoltre, non possiamo fornire molti confronti con la letteratura, poiché la relazione tra il narcisismo genitoriale e la depressione nei figli è un argomento poco esplorato.

La presenza di una frequenza statisticamente più bassa di genitori dei pazienti nella *categoria 1* (entrambi i genitori curanti) fornisce un'intuibile conferma alle ipotesi iniziali, che sottolineano l'importanza di un ambiente familiare caratterizzato da due genitori che trasmettono affetto al bambino.

Appare più complessa l'interpretazione del secondo risultato, relativo a una frequenza significativamente più alta dei genitori dei pazienti nella *categoria 3* (caratterizzata da un genitore curante con tratti narcisisti e un genitore trascurante). Questo dato suggerisce l'enorme importanza del ruolo svolto dal genitore curante, in caso di trascuratezza dell'altra fda.

Se il genitore curante non presenta tratti narcisistici, può svolgere empaticamente un ruolo protettivo, privilegiando i bisogni del bambino ai propri, condividendo con lui stati d'animo e aiutandolo ad attribuire un significato coerente al contesto ed in particolare ai comportamenti elusivi o maltrattanti dell'altro genitore. Questo facilita, peraltro, lo sviluppo fisiologico delle capacità metacognitive, che rappresenteranno, così, un ulteriore fattore protettivo.³

Al contrario, se al genitore trascurante, si accompagna una figura genitoriale curante che, invece, presenta tratti narcisistici (cat.3, significativamente più frequente nel gruppo dei pazienti) è probabile che i bisogni propri del genitore prevalgano su quelli del figlio. In tal caso, si verificherà un pattern familiare caratterizzato da un genitore trascurante e l'altro che, pur risultando accogliente e protettivo all'apparenza, mostra una strisciante inclinazione ad ingaggiarsi con il figlio sul piano agonistico, facendo pesare la sua posizione favorita di genitore per assoggettarlo e respingere i suoi fisiologici bisogni di riconoscimento e autonomia.

È il caso del paziente depresso che descrive le sue memorie semantiche di un padre protettivo e presente nei giochi, con cui condividere la passione sportiva e l'impegno dei compiti scolastici. È solo con la ricostruzione di memorie episodiche che si delinea il profilo di un padre presente, ma incline a canzonarlo e ridicolizzarlo davanti ai suoi compagni di classe. Ricostruendo i singoli episodi, emerge con chiarezza il pressante bisogno del padre di raggiungere un pieno personale successo e la massima visibilità possibile, trascurando del tutto gli effetti dei suoi atteggiamenti umilianti sul figlio.

Le normali funzioni di conforto e condivisione degli stati emotivi e attribuzione di significato risulteranno, così, subordinati al bisogno di affermazione del genitore, caratteristico del narcisismo, con gli effetti già descritti in precedenza.

Conclusioni

Lo scopo della ricerca è stato quello di portare alla luce alcuni aspetti che caratterizzano l'ambiente familiare del paziente depresso. Consideriamo questa ricerca uno studio preliminare, consapevoli che tali risultati devono essere interpretati con molta cautela, poiché il campione preso in esame non è molto numeroso ed è tratto da un'unica istituzione. La parziale rappresentatività della popolazione clinica dei pazienti depressi, pertanto, non ci permette di estendere i risultati alla popolazione clinica generale. Siamo coscienti, inoltre, che un argomento tanto complesso come l'eziopatogenesi della depressione nevrotica deve tenere in considerazione anche altri importanti elementi, come i fattori ereditari, costituzionali e ambientali, che hanno un ruolo importante nello sviluppo dei disturbi affettivi.

Bibliografia

- AINSWORTH M., BLEHAR M., WATERS E., WALL S. (1978), *Patterns of Attachment: Assessed in the Strange Situation and at Home*. Erlbaum, Hillsdale.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (1994), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Quarta edizione DSM-IV, Masson, Milano.
- BAUMRIND R., (1989), *Rearing competent children*, in W.Diamond (ed), Child
- BECK A. T., WARD C.H., MENDELSON M., MOCK J., ERBAUGH J. (1961), *An inventory for measuring depression*, in «Archives of General Psychiatry», 4, pp. 561-571.
- BECK A.T., (1967), *La Depressione*, Bollati Boringhieri Editore, Torino 1978.
- BECK A. T., STEER R.A., GARBIN M.G. (1988), *Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation*, in «Clinical Psychology Review», 8, pp. 77-100.
- BOWLBY J. (1976), (1978), (1983), *Attachment and loss*, Hogarth Press, London, I ed.1969; trad.it. (1972) *Attaccamento e perdita, Vol 1, 2, 3*. Boringhieri, Torino.
- BRETHERTON I., (1991), *Roots and growing points of attachment theory*, in C. PARKES, J. STEVENSON-HINDE, P. MARRIS, 1995.
- CATHRON L. H.C. (1994). *Hierarchical Challenge, involuntary Subordinate Strategy and Adolescent Attachment to Parents: a Hypothetical Model of one Path to Adolescent Depression*. Conference Toronto Canada.
- COOPERSMITH S. (1967) *The antecedent of self-Esteem*. San Francisco, in W.H. FREEMAN, *Development Today and Tomorrow*, San Francisco: Jossey Bass.
- EMMONS R.A. (1984), *Factor analysis of the Narcissistic Personality Inventory*, in «Journal of Personality Assessment», 48 (3), pp. 291-300.
- FONAGY P., TARGET M (1996), *Giocare con la realtà. I. La teoria della mente e lo sviluppo normale della realtà psichica*, trad. it. In *Attaccamento e funzione riflessiva*. Raffaello Cortina, Milano 2001, pp.137-160.
- GILBERT P., (1989) *Human Nature and Suffering*, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, London.
- GILBERT P., ALLAN, S. & GROSS K., (1996), *Parental Representations, Shame, Interpersonal Problems, and Vulnerability to Psychopathology*, in «Clinical Psychology and Psychotherapy», Vol. 3, pp. 23-34.
- LEWIS H.B., (1986), *The role of shame in depression*, cit. in GILBERT P., ALLAN S. & GOSS K. (1996), *Parental Representations, Shame, Interpersonal Problems, and Vulnerability to Psychopathology*, in «Clinical Psychology and Psychotherapy», Vol. 3, pp. 23-34.
- LEWIS M. (1992), *Shame, The Exposed Self*, The Free Press, New York; trad.it. (1995) *Il sé a nudo*. Giunti Gruppo Editoriale. Firenze.
- LIOTTI G. (2000), *Le opere della coscienza*. Raffaello Cortina Editore. Milano
- LIOTTI G., (1992), *Disorganizzazione dell'attaccamento e predisposizione allo sviluppo di disturbi funzionali della coscienza*, in (1992), *Attaccamento e sé*, M. AMMANITI, D. STERN.
- LIOTTI G., (1994), *La dimensione interpersonale della coscienza*, Carocci editore, Roma.
- MAIN M. (1991), *Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (choerent) vs multiple (inchoerent) models of attachment: findings and directions for future research*, in (1995) C. PARKES, J. STEVENSON-HINDE, P. MARRIS.
- MAIN M., HESSE E., (1992) *Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori*, in *Attaccamento e sé* (1992), M. AMMANITI, D. STERN.
- PARKER G., TUPLING H., BROWN L. B. (1979), *A Parental Bonding Instrument*, in «British Journal of Medical Psychology», Vol. 52, pp. 1-10.
- RASKIN R., HALL C.S. (1979), *A Narcissistic Personality Inventory* in «Psychological Reports», vol.45, p. 590.
- RASKIN R., NOVACEK J. (1989), *An MMPI Description of the Narcissistic Personality* in «Journal of Personality Assessment», vol. 53 (1), pp. 66-80.
- RHONER R.P (1986). *The Warmth Dimension: Foundations of Parental Acceptance-Rejection Theory*, Sage, Beverly Hills
- SCILLIGO P., (1983), *Caratteristiche Psicometriche del Questionario di Depressione di Beck*, in «Psicologia Clinica» Vol. 3, pp. 397-405.
- SPITZER R.L., WILLIAMS, J.B.W., GIBBON M., FIRST M.B. (1990), *SCID, Intervista clinica strutturata per il DSM III-R*, O.S., Organizzazioni Speciali, Firenze.
- STERN D., (1985) *The Interpersonal World of the Infant*, Basic Books, New York; trad.it. (1987) *Il mondo interpersonale del bambino*, trad. it. Boringhieri, Torino.

VAN DE KOLK B. (1987), *Psychological trauma*, American Psychiatric Press, Washington.

Monticelli Fabio, 2° Centro di Psicoterapia Cognitiva, via degli Scipioni, 237 – 00100 Roma
 Fabio_monticelli@yahoo.it

Note

¹ Psicoterapeuta ARPAS presso il II centro di Psicoterapia - Roma. Psichiatra presso SPDC dell'Ospedale S. Filippo Neri- Roma

² I Sistemi Motivazionali Interpersonali (Gilbert 1989, Liotti 1994) rappresentano schemi innati che finalizzano e regolano le condotte sociali di un individuo. "Ogni sistema di regolazione di una data forma di relazione corrisponde a un valore evolutivo di sopravvivenza e di successo riproduttivo per tutti i contraenti della relazione" (Liotti, 1994). I SMI di base sono cinque: sistema dell'Attaccamento, dell'Accudimento, Agonistico, Sessuale e Cooperativo. Secondo Liotti, i S.Motivazionali che coordinano le attività sociali sarebbero sostanzialmente cinque: dell'Attaccamento, dell'Accudimento, della sessualità, del sistema Agonistico Ritualizzato nelle due subroutine della dominanza e della sottomissione e del sistema Collaborativo. Il sistema dell'Attaccamento, attivo specialmente nella più giovane età e più tardi in condizioni di privazione e di malattia, comprende tutte quelle attività volte ad elicitare nel caregiver atteggiamenti confortanti, consolatori, protettivi ed accudenti, evocando il corrispettivo sistema dell'Accudimento che appare quindi complementare nei propositi e opposto nelle finalità. Il sistema sessuale che raggiunge la sua maturità avanti con gli anni, ha l'evidente scopo di coordinare l'attività del corteggiamento e dell'accoppiamento convogliando gli impulsi verso un partner di sesso opposto, nell'evenienza in cui il soggetto non abbia subito distorsioni particolari durante le fasi sensibili in cui tale sistema giunge a maturazione. Il sistema Agonistico (Ritualistic Agonistic Behaviour) regola l'attività finalizzata al raggiungimento di un rango sociale elevato quando è attivo nella sua subroutine della dominanza, mentre induce ad assumere atteggiamenti rituali di sottomissione qualora vengano riconosciute scarse possibilità di risultare superiori, nei casi cioè di sconfitta sospetta o presunta. L'ultimo sistema prevede un complesso d'azioni organizzate allo scopo di cooperare con i conspecifici, senza mire di dominio o di sottomissione, per il raggiungimento di un fine congiunto. Questo accenno ai S.Motivazionali è necessario per poter capire il processo ontogenetico attraverso cui tali complessi giungono alla piena maturazione. Per chi fosse inte-

ressato all'argomento, si rimanda a Liotti 1992, 1994, 2000)

³ Come evidenziato da M.Main (1991), l'incapacità d'interpretare il comportamento genitoriale compromette il futuro sviluppo delle capacità metacognitive del bambino, e lo rende vulnerabile di fronte a un comportamento poco coerente della figura d'attaccamento. Un bambino con scarse capacità metacognitive non è in grado di trascendere l'immediata realtà dell'esperienza e di arrivare a comprendere le differenze tra l'esperienza diretta e lo stato mentale sottostante; non è in grado di attribuire significato a un'esperienza e di poter prevedere ed anticipare le azioni dell'altro, costruendo una corretta teoria della mente. Di frequente si trova nell'impossibilità di capire il comportamento della fda, attribuendolo alla propria cattiveria o negatività, sentendosi, quindi, cattivo, incapace, non meritevole di suscitare le attenzioni e le cure materne; crescendo, questi sentimenti si tradurranno probabilmente in una bassa stima di sé, in una mancanza di fiducia circa le proprie capacità e il proprio valore e in un cronico atteggiamento sottomesso e di rinuncia, come succede ai pazienti depressi.

Come evidenziato da Fonagy e Target (1996), quando il bambino è in grado di pensare agli stati mentali degli altri, può anche pensare alla possibilità che il rifiuto da parte dei genitori possa essere basato su false credenze e pertanto sarà in grado di moderare l'impatto delle esperienze negative.

STILE DI ATTACCAMENTO E ASPETTI QUANTITATIVI E QUALITATIVI DEL RICORDO DEI SOGNI

ATTACHMENT STYLES AND QUANTITATIVE AND QUALITATIVE ASPECTS OF DREAM'S RECALL

Rita Pascucci, Giuliana Morani, Giuseppe Curcio, Luigi De Gennaro
Dipartimento di Psicologia - Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

Riassunto

Obiettivi. L'obiettivo del presente studio è quello di valutare l'associazione tra stile di attaccamento ed aspetti quantitativi e qualitativi dell'esperienza onirica. Infatti, recenti osservazioni hanno indicato che i soggetti con uno stile di attaccamento "preoccupato" presenterebbero un miglior ricordo dei sogni rispetto agli altri stili di attaccamento, che si esplicherebbe in un maggior numero di parole usate per raccontarli. **Metodi.** Da un campione iniziale di 480 soggetti, sono stati considerati 4 gruppi di 10 soggetti di sesso femminile, selezionati in funzione dello stile di attaccamento valutato dal *The Relationship Questionnaire* (RQ) e dai punteggi ottenuti all'*Attachment Style Questionnaire* (ASQ). I resoconti onirici, registrati al mattino per 14 giorni consecutivi, sono stati trascritti e confrontati in rapporto alla lunghezza e al contenuto emozionale da due valutatori indipendenti. Inoltre sono state prese in considerazione caratteristiche autoriferite del sonno e dei sogni tramite un diario che doveva essere compilato ogni mattina. L'associazione di queste caratteristiche del sonno e dei sogni con lo stile di attaccamento è stata valutata da un disegno di ricerca di confronto tra gruppi individuati dal RQ e con un approccio correlazionale con le variabili individuate dall'ASQ. **Risultati.** Il confronto tra gruppi con diverso stile di attaccamento ha evidenziato solo una peggiore qualità del sonno dei gruppi "insicuri" rispetto al gruppo dei "sicuri". Più interessanti appaiono i risultati relativi all'approccio correlazionale, che hanno indicato una relazione negativa tra il *Disagio per l'intimità* e la stima autoriferita circa la lunghezza e la vividezza dei sogni e tra la *Fiducia* e il numero totale di emozioni negative presenti nei resoconti. **Conclusioni.** Dal quadro dei risultati si evince una relazione tra alcuni aspetti dell'esperienza onirica e lo stile di attaccamento, indicando però la necessità di studi ulteriori che utilizzino un approccio multivariato, stante la complessità dei fattori suscettibili di influenzare l'esperienza onirica.

Parole chiave: Attaccamento, ricordo dei sogni, emozioni

Summary

Objectives. The aim of the current study is the assessment of the relationship between attachment style and, respectively, qualitative and quantitative aspects of dream mentation. In fact, recent findings pointed to a better dream recall in "preoccupied" subjects as compared to the other ones, consisting of a higher word count in dream reports. **Methods.** Four groups of ten female subjects were selected from an original sample of 480 subjects, according to their attachment style as assessed by The Relationship Questionnaire (RQ) and by the Attachment Style Questionnaire (ASQ). The transcriptions of their audio-recorded dream reports upon 14 consecutive morning awakenings were compared with regard to length and emotional content. Self-ratings obtained by a sleep and dream diary were further considered to assess between-group differences in dream recall frequency, and in its emotional valence, vividness and bizarreness. The same dependent measures were also correlated to the scores to the scales of ASQ. **Results.** The between-group comparisons only showed a better sleep quality in the "Secure" group as compared to the other attachment groups. More interestingly, the correlations between the ASQ scores and the dream recall measures pointed to a significant negative relation between Discomfort with Closeness and, respectively, self-rated dream report length and self-rated dream report vividness. Furthermore, a significant negative correlation between Confidence and the total number of negative emotions in the dream reports was found. **Conclusions.** The results point to a relationship between the attachment style and some features of dream experience; however, complexity of factors affecting dream recall recommends further studies that should use a multivariate approach.

Introduzione

Il generale ambito della ricerca psicofisiologica sui correlati individuali dei processi onirici ha visto in anni recenti una ri-attivazione di interesse grazie a una serie di contributi soprattutto empirici che hanno indicato una riduzione dell'attività onirica in soggetti alestitimici (e.g., Parker et al., 2000; Lumley & Bazydlo, 2000; De Gennaro et al., 2003). Parallelamente, un generale modello teorico, in buona parte speculativo, ha proposto l'esistenza di una stretta relazione tra lo sviluppo della fase REM del sonno nei mammiferi e il comportamento di attaccamento (McNamara, 1996), ipotizzando che alcune caratteristiche dell'esperienza onirica, come ad esempio la peculiarità del contenuto o la stessa percentuale di ricordo, potrebbero essere influenzate dallo stile di attaccamento proprio del sognatore (McNamara, 1996; Zborowski & McNamara, 1998). Empiricamente, gli autori hanno evidenziato

una più alta frequenza del ricordo e una maggior valenza emozionale nei sogni dei soggetti "preoccupati" (McNamara *et al.*, 2001). Il metodo di raccolta dei resoconti onirici usato, però, era esclusivamente di tipo retrospettivo e i soggetti venivano chiamati una sola volta a descrivere i propri sogni. Questo metodo di raccolta rischia, quindi, di fornire descrizioni parziali dei resoconti stessi, che nel frattempo potrebbero essere non più ricordati nella loro interezza e ricchezza di particolari, inoltre le caratteristiche del sogno di una notte non necessariamente sono rappresentative della produzione onirica tipica del soggetto.

Lo scopo della presente ricerca è quello di valutare la relazione tra stili di attaccamento e caratteristiche della produzione onirica, con una particolare attenzione agli aspetti emozionali dei resoconti dei sogni, sia a quelli più squisitamente quantitativi, fornendo un contributo nella direzione di misure più attendibili della produzione onirica. Questo ambito di ricerca, infatti, è caratterizzato intrinsecamente da debolezze legate alle procedure indirette di valutazione a cui occorre far riferimento. Il controllo dell'ampia variabilità intra-individuale può essere effettuato mediante un'acquisizione sistematica e prolungata di resoconti onirici. Pertanto, il presente studio è stato condotto su quattordici giorni di resoconti dei sogni raccolti attraverso l'uso di un audioregistratore. Questo metodo, offrendo un grado di attendibilità e una ricchezza di particolari simili alla procedura di laboratorio (Stickgold *et al.*, 2001), permette una valutazione più realistica delle caratteristiche dell'attività onirica consentendo un accesso più immediato e una maggior vividezza del ricordo.

Metodo

Soggetti

I soggetti sono stati selezionati a partire da un campione iniziale di 480 studentesse universitarie, il campione definitivo era formato da 40 soggetti divisi in 4 gruppi (10 per ogni gruppo), rappresentanti gli stili di attaccamento, selezionati utilizzando il *The Relationship Questionnaire* (RQ) di Bartholomew & Horowitz (1991). Nel questionario vengono descritti quattro possibili stili di relazione (Sicuro, Timoroso, Preoccupato, Distanziante) ed il soggetto è invitato ad indicare con una crocetta la descrizione in cui maggiormente si riconosce.

La natura stessa dello strumento preclude qualsiasi forma di quantificazione dello stile di attaccamento, oltre ad essere fortemente esposto a rischi di risposte orientate dalla desiderabilità sociale. Il merito "pragmatico" dello strumento è quello di consentire un'univoca selezione dei gruppi di soggetti in base al loro stile di attaccamento.

Coerentemente con gli evidenti limiti psicometrici del RQ, è stato deciso

di utilizzare anche l'*Attachment Style Questionnaire* (ASQ) di Feeney *et al.* (1994), recentemente adattato in Italia (Fossati *et al.*, 2003). Il questionario contiene cinque sottoscale (*Fiducia in sé, Disagio per l'intimità, Secondarietà delle relazioni, Bisogno di approvazione, Preoccupazione per le relazioni*) che consentono di misurare diversi aspetti degli stili di attaccamento.

I soggetti non erano al corrente degli scopi dell'esperimento né del gruppo di appartenenza, onde evitare potenziali influenze, ma è stato comunicato loro che si trattava di uno studio su alcune caratteristiche dell'esperienza onirica. È stato, inoltre, assicurato il completo anonimato sia per garantire la *privacy* di ognuno, sia per ridurre la probabilità di censure nel racconto dei sogni da parte dei partecipanti; infine, i due valutatori, che si sono occupati della siglatura dei sogni, non erano al corrente del gruppo di appartenenza dei soggetti (paradigma a "doppio cieco").

Procedura

I soggetti dovevano raccontare ogni mattina, a un audioregistratore, il contenuto dei loro sogni per quattordici giorni consecutivi e successivamente compilare un breve questionario sulle caratteristiche del sonno entro trenta minuti dal risveglio. Si sono date indicazioni scritte relativamente alla modalità con cui i sogni dovevano essere raccontati, ossia era importante esporre il contenuto onirico così come veniva ricordato, ponendo attenzione alle emozioni sperimentate durante il sogno; se un soggetto ricordava più sogni fatti durante la notte doveva specificarlo dicendo: "primo sogno, secondo sogno...", nel caso in cui non ricordasse di aver sognato doveva comunicarlo e non tener conto di eventuali ricordi che potevano successivamente affiorare nel corso della giornata.

Il questionario del sonno, invece, si proponeva di raccogliere informazioni circa la stima soggettiva di alcune variabili del sonno (latenza di addormentamento, qualità del sonno, sensazione di sonnolenza, numero di risvegli, durata totale del sonno, contentezza, stanchezza e calma al risveglio) e del sogno (vividezza, lunghezza, intensità emotiva e bizzarria) oltre a controllare eventuali consumi giornalieri di alcool, caffeina e farmaci.

Il Sistema di codifica di Hall e Van de Castle

La scala empirica più ampiamente usata per lo studio dei contenuti onirici sin dalla sua pubblicazione, è quella che Hall e Van de Castle hanno costruito nel 1966. Tale sistema è un'applicazione di una strategia metodologica denominata "analisi del contenuto". Esso permette di effettuare una valutazione del contenuto onirico attraverso l'uso di categorie di analisi che forniscono dati scientifici i quali hanno il vantaggio di essere riproducibili, generalizzabili e suscettibili di misurazione e quantificazione.

Il sistema di Hall e Van de Castle consiste di quindici scale descrittive e sei

scale teoriche, queste ultime derivate dal modello psicoanalitico. Le scale descrittive sono suddivisibili in otto categorie generali: personaggi, interazioni sociali, azioni, successo o fallimento, buona o cattiva sorte, emozioni, ambiente e oggetti, elementi descrittivi.

Il successo di questa scala è derivato probabilmente anche dal fatto che, insieme alla sua pubblicazione, gli autori hanno fornito i dati normativi ottenuti su un campione di mille sogni raccolti con la tecnica del diario (1966b).

Gli indici di affidabilità di queste scale risultano inoltre elevati; i coefficienti di correlazione calcolati tra i giudici che hanno applicato le scale sono sempre risultati superiori a 0.98 (Newton, 1970; Sandler *et al.*, 1969).

Analisi dei Dati

Per quanto riguarda le caratteristiche auto-valutate del sonno notturno, le variabili considerate sono state tutte quelle valutate dal questionario del sonno e del sogno, precedentemente descritto.

L'analisi delle trascrizioni dei resoconti dei sogni ha preso in considerazione complessivamente 530 resoconti, per un totale di 278.292 parole.

Le emozioni sono state siglate da due sperimentatori indipendenti usando la sottoscala "emozioni" del sistema di Hall e Van de Castle (1966a) la quale è divisa in cinque categorie: *ira* (*anger-AN*), *apprensione* (*apprehension-AP*), *felicità* (*happines-HA*), *tristezza* (*sadness-SD*) e *confusione* (*confusion-CO*). La valutazione è stata effettuata sia in relazione alla frequenza di queste cinque categorie emozionali nei resoconti onirici, sia rispetto al contenuto emotivo di ogni singolo sogno, sulla base di una scala a 6 punti.

L'attendibilità tra i valutatori, calcolata mediante il coefficiente di correlazione di Pearson, si è dimostrata più che soddisfacente sia per quanto riguarda la siglatura delle cinque categorie emozionali (per AN è stata $r=0.79$; per AP $r=0.91$; per HA $r=0.72$; per SD $r=0.82$; per CO $r=0.82$), sia per il numero totale delle emozioni ($r=0.92$), nonché rispetto al contenuto emotivo ($r=0.92$). I due siglatori hanno inoltre conteggiato il numero totale di sogni per ogni notte, indipendentemente da quello espresso dal soggetto nei questionari, ottenendo un coefficiente di attendibilità di $r=0.99$.

Alla luce degli alti livelli di attendibilità inter-siglatori, per le analisi successive sono state utilizzati i valori medi dei punteggi. È stato successivamente calcolato il numero totale delle emozioni (AN+AP+HA+SD+CO) e il numero totale dei sogni sia in relazione ai quattordici giorni che a ogni singolo giorno.

Il numero totale delle emozioni è stato anche valutato in rapporto al TWC (*Total Word Count*-indicante la lunghezza dei resoconti onirici) e al numero totale di sogni.

Coerentemente con i due diversi strumenti utilizzati per la valutazione

dello stile di attaccamento, sono stati condotti parallelamente due tipi di analisi dei dati: 1. un confronto tra gruppi relativamente ai dati derivanti sia dal diario del sonno che dall'analisi dei resoconti onirici; 2. una valutazione delle correlazioni tra le misure ricavate dall'ASQ e le variabili relative al diario del sonno e all'analisi dei resoconti onirici. L'analisi tra gruppi è stata eseguita mediante Analisi della Varianza (ANOVA) per campioni indipendenti che hanno confrontato i 4 gruppi di stile di attaccamento (Sicuro, Timoroso, Preoccupato, Distanziante) per ciascuna delle variabili dipendenti considerate. Nell'approccio correlazionale, si sono valutate le correlazioni prodotto-momento di Pearson tra ogni singola sottoscala dell'ASQ con le stesse variabili relative alle caratteristiche del sonno e dell'esperienza onirica.

Risultati

Valutazioni soggettive del sonno e dei sogni

I risultati dell'analisi della varianza condotta sulle medie delle variabili soggettive del sonno in rapporto ai quattro stili di attaccamento sono riportati nella Tabella 1. Come è possibile osservare, emerge una differenza statisticamente significativa relativamente a una più lunga latenza di addormentamento dei "timorosi" ($M=21.58$; $d.s.=3.61$) rispetto ai "sicuri" ($M=11.27$; $d.s.=1.76$) e rispetto ai "preoccupati" ($M=11.48$; $d.s.=1.32$) e una maggiore assunzione di farmaci dei "preoccupati" ($M=0.41$; $d.s.=0.11$) rispetto ai "sicuri" ($M=0.17$; $d.s.=0.10$) e ai "timorosi" ($M=0.14$; $d.s.=0.04$). Si evidenzia, inoltre, un minor grado di soddisfazione al risveglio da parte dei "timorosi" ($M=2.67$; $d.s.=0.20$) rispetto agli altri gruppi ("sicuri": $M=3.49$; $d.s.=0.19$; "preoccupati": $M=3.49$; $d.s.=0.17$; "distanzianti": $M=3.32$; $d.s.=0.20$).

Inserire approssimativamente qui la tabella 1

La stessa analisi statistica è stata utilizzata per confrontare i diversi gruppi riguardo ai dati emersi dal diario del sonno relativi alla stima soggettiva delle caratteristiche oniriche. In questo caso non sono state individuate differenze significative.

Al contrario, la stima delle correlazioni tra le caratteristiche di attaccamento, valutate tramite l'ASQ, e le misure dell'esperienza onirica hanno evidenziato significative correlazioni tra la variabile *Disagio per l'intimità* (che

discrimina i "timorosi" dagli altri stili) e la vividezza ($r=-0.53$; $F\text{-test}=14.08$; $P=0.0006$) e la lunghezza ($r=-0.38$; $F\text{-test}=6.18$; $P=0.02$) dei sogni, stimate soggettivamente tramite il diario del sonno; ossia a un valore elevato di *Disagio per l'intimità* corrispondono bassi punteggi di vividezza e lunghezza dei sogni. Questi valori sono riportati nella Tabella 2.

Dalle correlazioni tra le altre variabili misurate dall'*ASQ* con le caratteristiche oniriche non sono emerse ulteriori relazioni significative.

Inserire approssimativamente qui la Tabella 2

Resoconti onirici

I risultati dell'analisi della varianza condotta sulle medie delle variabili identificate nei resoconti onirici dei soggetti, in rapporto ai quattro stili di attaccamento sono riportati nella Tabella 3. Come si può verificare in nessun caso emergono differenze significative

Inserire approssimativamente qui la tabella 3

Più incoraggianti appaiono i risultati relativi all'approccio correlazionale che ha valutato le associazioni tra le variabili relative ai resoconti onirici e le sottoscale dell'*ASQ*. In particolare, è stata trovata una significativa correlazione di segno negativo tra la variabile *Fiducia* e la frequenza di AN della scala delle emozioni di Hall e Van de Castle ($r=-0.31$; $F\text{-test}=3.89$; $P=0.05$). Inoltre, sebbene con un livello di probabilità solo prossimo alla significatività, si è notata la stessa tendenza inversa anche per quel che riguarda la correlazione tra la medesima sottoscala *Fiducia* e le variabili AP, SD e il numero complessivo delle emozioni. Dal momento che le relazioni evidenziate riguardano le emozioni negative della scala di Hall e Van de Castle, è stata calcolata anche la correlazione tra *Fiducia* e il numero totale delle emozioni ne-

gative (espressa dalla somma dei punteggi alle emozioni AN, AP e SD). I risultati, com'è possibile osservare nella Tabella 4, hanno in effetti mostrato che tra queste due variabili esiste una relazione significativa, ancora una volta di segno negativo ($r=-0.35$; $F\text{-test}=5.18$; $P=0.03$).

Inserire approssimativamente qui la tabella 4

Le altre variabili considerate non presentano correlazioni significative con la sottoscala *Fiducia*. Le stesse analisi sono state naturalmente condotte anche sulle altre quattro sottoscale dell'*ASQ*, ma non state evidenziate correlazioni significative.

Conclusioni

Il presente contributo non si proponeva direttamente di verificare la teoria di McNamara (2001), di generalità eccessiva e operazionalizzazione difficile, ma piuttosto di fornire un primo contributo in supporto all'idea che possa esistere una relazione tra stili di attaccamento e caratteristiche oniriche auto-riferite.

I risultati hanno evidenziato differenze significative in termini di una maggiore assunzione di farmaci da parte dei soggetti "preoccupati" rispetto agli altri tre gruppi sperimentali, una più lunga latenza di addormentamento dei soggetti "timorosi" rispetto sia ai "sicuri" che ai "preoccupati" ed infine una minore soddisfazione al risveglio da parte dei "preoccupati" rispetto agli altri tre gruppi; risultati riassumibili in una peggiore qualità del sonno dei gruppi "insicuri". Comunque, recenti studi (De Gennaro et al., 2002; De Gennaro et al., in stampa) hanno evidenziato una parziale sovrapposizione tra alessitimia e depressione, individuando nella depressione la causa di un'alterata qualità del sonno notturno. Allo stesso modo, è ragionevole ipotizzare che le differenze riguardanti le caratteristiche del sonno riscontrate tra i gruppi dei "preoccupati" e dei "timorosi" siano un sottoprodotto della depressione, piuttosto che il risultato di un diverso stile relazionale. Anche la maggiore assunzione di farmaci dei soggetti "preoccupati" è suscettibile della medesima interpretazione. Nei fatti, il confronto dei punteggi di depressione valutati mediante la versione italiana del CES-D (Fava, 1983) in funzione dello stile di attaccamento evidenzia una significativa differenza tra gli stili

($F_{3,36}=14.51$; $p = .0001$) con punteggi inferiori nei "sicuri" e "distanzianti" nei confronti sia dei "timorosi" che dei "preoccupati" ($p < 0.01$ al test *post-hoc*).

Più direttamente rilevante, per l'ipotesi di una relazione tra stile di attaccamento e caratteristiche dell'esperienza onirica, appare il riscontro di una relazione tra la variabile *Disagio per l'intimità* (alta nei soggetti "timorosi") e la stima soggettiva circa la vividezza e la lunghezza dei sogni; ossia i "timorosi" presenterebbero un'impoverita qualità dell'esperienza onirica in termini di lunghezza e vividezza. Questi risultati però non sono stati confermati dalle valutazioni obiettive degli aspetti quantitativi effettuate dagli sperimentatori sui resoconti trascritti, cioè il numero di parole (TWC) utilizzate dai "timorosi" per raccontare i sogni non differiva dagli altri tre stili, inoltre la relazione tra *Disagio per l'intimità* e TWC non è risultata significativa. Questo fa chiaramente supporre l'influenza della suddetta variabile esclusivamente sulla percezione soggettiva delle caratteristiche oniriche prima citate, piuttosto che su un reale incremento della lunghezza del sogno. Questo risultato fornisce un indiretto sostegno a un aspetto dell'*attachment hypothesis* che McNamara ha preso in considerazione nei suoi studi (sebbene non sia riuscito a dimostrarlo): l'autore (McNamara, 2001) ipotizza che i soggetti "timorosi/evitanti" presentino un più povero ricordo dei sogni, in seguito a un minore livello di attivazione cerebrale della fase REM del sonno, determinato dallo stile di attaccamento. Sempre secondo McNamara (2001) l'attaccamento timoroso, è caratterizzato dalla tendenza ad evitare i rapporti sociali, di conseguenza sarebbe associato a una cronica inibizione delle strutture cerebrali che mediano tali comportamenti e ciò si rifletterebbe poi sui livelli di attivazione REM, determinando una minore "propensione" al *dream recall*.

Relativamente all'analisi dei contenuti emotivi dei resoconti onirici, la relazione significativa di segno negativo emersa riguarda la variabile *Fiducia* e il numero complessivo di emozioni negative. Tale rapporto sta ad indicare che i sogni dei soggetti con più alto grado di fiducia in se stessi e negli altri, presentano un quantità inferiore di emozioni negative. Sebbene questo aspetto non fosse esplicitamente previsto dall'ipotesi di McNamara, il fatto che soggetti "sicuri" producano sogni con valenza emozionale meno negativa, appare comunque coerente.

Il presente contributo si è scontrato con difficoltà relative alle differenze interindividuali ed intraindividuali nello studio dei processi onirici, per tale ragione appare necessario avvalersi di studi multivariati che tengano in considerazione le diverse caratteristiche di personalità e/o stili cognitivi, nonché la potenziale influenza di variabili intervenienti.

Bibliografia

- BARTHOLOMEW K., HOROWITZ, L. M. (1991), *Attachment styles among young adults: A test of a four-category model*, in «Journal of Personality and Social Psychology», 61, pp. 226-244.
- DE GENNARO L., FERRARA M., CURCIO G., CRISTIANI R., LOMBARDO C., BERTINI M. (2002), *Are polysomnographic measures of sleep correlated to alexithymia? A study on laboratory adapted sleepers*, in «Journal of Psychosomatic Research», 53, pp. 1091-1095.
- DE GENNARO L., FERRARA M., CRISTIANI R., CURCIO G., MARTIRADONNA V., BERTINI M. (2003), *Alexithymia and dream recall upon spontaneous morning awakening*, in «Psychosomatic Medicine» 65, pp. 301-306.
- DE GENNARO L., MARTINA, M., FERRARA, M., CURCIO, G., CRISTIANI, R., *Is alexithymia associated with sleep complaints?*, in «Psychiatry Research» (in stampa).
- FAVA G.A. (1983), *Assessing depressive symptoms across cultures: Italian validation of the CES-D*, in «Journal of Clinical Psychology», 39, pp. 249-251.
- FEENEY, J. A., NOLLER, P., HARHURAN, M. (1994), *Assessing adult attachment*, in: SPERLING, M. B., BERMAN, W. H., *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives*, New York.
- FOSSATI A., FEENEY J.A., DONATI D., DONINI M., NOVELLA L., BAGNATO M., ACQUARINI E., MAFFEI C. (2003), *On the dimensionality of the Attachment Style Questionnaire in Italian clinical and nonclinical participants*, in «Journal of Social & Personal Relationships», 20, pp. 55-79.
- HALL, C.S., VAN DE CASTLE, R.L. (1966a), *The Content Analysis of Dreams*, New York, NY: Appleton-Century-Crofts.
- HALL, C.S., VAN DE CASTLE, R.L. (1966b), *Studies of dreams reported in the laboratory and at home*, in «Institute of Dream Research Monograph Series», 1, pp. 1-55.
- LUMLEY M.A., BAZYDLO R. (2000), *The relationship of alexithymia to dreaming*, in «Journal of Psychosomatic Research», 48, pp. 561-567.
- MCMANARA, P. (1996), *REM sleep: a social bonding mechanism*, in «New Ideas in Psychology», 14, pp. 35-46.
- MCMANARA, P., ANDERSEN, J., CLARK J., ZBOROWSKI, M., DUFFY, C. A. (2001), *Impact of attachment styles on dream recall and dream content: a test of the attachment hypothesis of REM sleep*, in «Journal Sleep Research», 10, pp. 117-127.
- NEWTON, T. (1970), *Recalled dream content and the maintenance of body image*, in «Journal of Abnormal Psychology», 76, pp. 134-139.
- PARKER J.D.A., BAUERMAN T.M., SMITH C.T. (2000), *Alexithymia and impoverished dream content: evidence from Rapid Eye Movement sleep awakenings*, in «Psychosomatic Medicine», 62, pp. 486-491.

- SANDLER, L., KRAMER, M., FISHBEIN H. (1969), *Interlaboratory reliability of the Hall-Van de Castle Scale*, in «Psychophysiology», 13, pp. 248-249.
- STICKGOLD, R., MAILA, A., FOSSE, R., HOBSON, J.A. (2001), *Brain-Mind states: I Longitudinal field study of sleep-wake factors influencing mentation report length*, in «Sleep», 24, pp. 171-179.
- ZBOROWSKI, M.J., MCNAMARA, P. (1998), *Attachment Hypothesis of REM Sleep Toward an Integration of Psychoanalysis, Neuroscience, and Evolutionary Psychology and the Implications for Psychopathology Research*, in «Psychoanalytic Psychology», 15 (1), pp. 115-140.

Corrispondenza a:

Luigi De Gennaro

Dipartimento di Psicologia-Università di Roma "La Sapienza"

Via dei Marsi 78, 00185 Roma

Tel. 06/49917647

Fax 06/4451667

e-mail: luigi.degennaro@uniroma1.it

L'ANALISI DEL CAMPO TRANSFERALE ISTITUZIONALE MEDIANTE IL METODO DEL CORE CONFLICTUAL RELATIONSHIP THEME. UNO STUDIO PILOTA.

THE ANALYSIS OF TRANSFERENCE FIELD USING THE CORE CONFLICTUAL RELATIONSHIP THEME METHOD. A PILOT STUDY.

Raffaella Catania, Giovanni Di Stefano, Giuseppe Ruvolo

Riassunto

L'analisi del campo transferale istituzionale mediante il metodo del Core Conflictual Relationship Theme. Uno studio pilota.

L'obiettivo del contributo è quello di mostrare, partendo dai risultati di uno studio pilota, l'utilità e le possibilità applicative del metodo CCRT di Luborsky nell'analisi istituzionale di una struttura sociosanitaria. I risultati mostrano come, attraverso l'analisi del cliché relazionale dei membri dell'organizzazione considerata (14 medici) sia possibile indagare il campo transferale istituzionale, inteso come insieme dei processi transferali condivisi dai soggetti che vivono e operano in una comune realtà organizzativa, contribuendo alla costruzione di un campo intersoggettivo comune che organizza la loro esperienza istituzionale in una rappresentazione condivisa.

Parole chiave: Core Conflictual Relationship Theme; campo transferale; campo istituzionale

Summary

The analysis of transference field using the Core Conflictual Relationship Theme Method. A pilot study.

This article presents the results of a pilot study showing how the Luborsky's CCRT method can be used for the institutional analysis of a General Hospital. The results show how, by analyzing the "relational cliché" of some of the members of this organization (14 Medical Doctors), it is possible to investigate the institutional transferential field, defined as the all transferential process shared by people who live and work in the same organization. In such a way, the CCRT method may provide empirical evidence of a common intersubjective construction which serves as a framework for a common representation of people's institutional experience.

Key-words: Core Conflictual Relationship Theme; transferential field; institutional field

Introduzione

Il presente contributo espone i risultati di una ricerca pilota volta ad indagare la dimensione istituzionale di un'organizzazione di lavoro come vissuta e rappresentata dai suoi membri (specificamente, si tratta di una struttura ospedaliera), attraverso il metodo del "Tema Relazionale Conflittuale Centrale" (CCRT) di Lester Luborsky (Luborsky e Crits-Christoph, 1990).

Com'è noto, il CCRT è stato originariamente sviluppato come metodo sistematico, clinicamente fondato, di estrazione dei pattern relazionali interpersonali all'interno delle psicoterapie duali orientate psicodinamicamente, a partire dalle unità narrative tra paziente e terapeuta tratte dalle sedute. Tra i metodi elaborati per l'analisi sistematica delle dinamiche interpersonali emergenti nel processo psicoterapeutico (per alcune rassegne dei vari metodi, cfr. Azzone, 1998; Barber e Crits-Christoph, 1993; Migone, 1994, 1998; per un'ampia descrizione della valutazione dell'efficacia delle psicoterapie nel servizio pubblico, vedi anche Fava e Masserini, 2002), il CCRT è una delle misure che ha ricevuto, in particolare negli ultimi 20 anni, l'attenzione di numerosi ricercatori in ambito internazionale (per un'aggiornata rassegna su tali studi cfr. Luborsky *et al.*, 2000).

Fin dalle prime applicazioni del metodo, Luborsky e collaboratori trovarono che l'individuazione degli aspetti ripetuti delle interazioni del paziente con il terapeuta e con altre persone, poiché ne definiva in modo preciso e attendibile il modello relazionale generale ricorrente, presentava di fatto numerose affinità con il concetto di cliché di transfert di Freud (1909; 1912); ben presto, dunque, il metodo del CCRT si è andato affermando nel campo della ricerca in psicoterapia come misura operativa del transfert. Come evidenzia Freni (1992), il CCRT traspone «...questo concetto [transfert]... dal piano del sapere euristico (che raccoglie e ordina le osservazioni provenienti dal contesto clinico della scoperta, intrinseco al campo bipersonale del processo terapeutico psicoanalitico) a quello della giustificazione e della validazione, vale a dire al piano del sapere empirico descrittivo, fondato su criteri di misurabilità, attendibilità, replicabilità, vantaggio conoscitivo e terapeutico.» (p. XI; vedi inoltre, Fava, 2000; Freni, 1999).

Benché il concetto di transfert nasca peculiarmente all'interno della relazione analitica, esso, in quanto processo proprio di qualsiasi relazione significativa, definisce in effetti la pervasiva presenza nella vita quotidiana di prototipi relazionali (e dei vissuti ad essi connessi) rappresentati in primo luogo dalle precoci esperienze di vita (cfr. con il concetto di "internal working models" di Bowlby, 1988; vedi anche Crittenden, 1999). E' secondo tale acce-

zione, a nostro avviso, che Luborsky (1990a), nel presentare il CCRT, afferma che si tratta di «...un nuovo metodo di *misura della personalità*, misura che concerne il *modello centrale*, il programma o lo schema *che ogni persona adotta nel condurre le relazioni*.» (trad. it. p. 15; corsivi nostri). Da questo punto di vista, quindi, il CCRT valterebbe un modello (schema) che agisce plasmando successive edizioni di narrative relative a eventi relazionali significativi in termini personali. Il CCRT, così come è inferito dalle narrative relazionali, è una struttura conoscitiva in parte conscia e in parte inconscia che guida sia i ricordi delle interazioni relazionali, sia la effettiva conduzione delle relazioni in atto.

La prospettiva psicosociologica (cfr. Carli e Paniccia, 1981; Ka's *et al.*, 1988; Lapassade, 1974; Rouchy, 1973; per una rassegna cfr. inoltre Ruvolo, Di Blasi e Neri, 1995), distinguendo, all'interno delle organizzazioni sociali e di lavoro, tra dimensione "organizzativa" ed "istituzionale"¹, ne ha definito il duplice caratterizzarsi, da un lato, in termini di insieme organizzato attraverso regole sociali dichiarate, dall'altro, di struttura che attiva investimenti e rappresentazioni prevalentemente sottesi e inconsapevoli che sono alla base dell'identificazione dell'individuo con la realtà sociale. In questo senso, il "campo istituzionale" (in sintonia con l'accezione assegnatagli da Correale, 1991) è pervasivamente infiltrato da dinamiche di carattere transferale direttamente concernenti l'investimento emotivo-affettivo inconsapevole degli attori organizzativi nei confronti dell'organizzazione di lavoro.

La dimensione istituzionale del transfert è stata specificamente oggetto di indagine soprattutto nell'ambito delle strutture sociosanitarie, in considerazione della loro specificità di luogo della cura e della gestione delle vicende legate alle tematiche della malattia e della morte. La fenomenologia transferale, trasposta al campo istituzionale, può essere in tal senso intesa come «...l'insieme degli investimenti affettivi, ideativi della persona sofferente su colui o coloro, singoli o istituzione che si dedichino a costruire un incontro con lui.» (Correale, 1991: pp. 171-172). Se, da parte dell'utenza, il transfert istituzionale si caratterizza per l'assegnazione al sistema curante di aspettative grandiose e di onnipotenza e come luogo di investimento di aspetti emozionali non mentalizzabili, negli operatori esiste un analogo investimento nei confronti del loro luogo di lavoro che si concretizza, ad esempio, nel ritenere irrealisticamente che, se l'organizzazione fornisce agli operatori tutto ciò di cui essi necessitano, la loro attività professionale sarebbe di massimo livello (salvifica), unendo pertanto aspettative di grandiosità alla sensazione/fantasia di non essere adeguatamente riconosciuti e valorizzati (*ibidem*). Inoltre, come suggerisce anche Bortoloso Cassani (1993), è soprattutto la presenza di un compito primario dell'organizzazione, il "progetto istituzionale", unitamente alla tensione dell'attore organizzativo alla realizzazione di esso, che

costituisce il polo di attivazione delle modalità transferali condivise dai singoli: queste possono essere coerenti, o no, con il perseguimento del compito primario.

In questa prospettiva, la comprensione della vita organizzativa non può prescindere da un'analisi delle modalità secondo le quali si organizzano i significati e le rappresentazioni delle vicende e delle storie dei singoli individui, che sia in grado di coglierne anche la struttura ricorrente comune, quale dimensione inconscia (Quaglino, 1996) o, in senso più ampio, "invisibile" (Agazarian e Peters, 1981) e condivisa.

Nondimeno, non si può ignorare come la necessità di concepire in termini di campo le complesse interrelazioni visibili ed invisibili presenti tra individui all'interno dell'organizzazione e tra individui e l'organizzazione stessa, renda, di fatto, poco utili, se non fuorvianti, i concetti di transfert e controtransfert classicamente intesi, così come la loro acritica applicazione in contesti storici ed epistemologici ben diversi da quelli entro cui ebbero origine. Nel ridefinire tali concetti in termini di "campo contrasferale", il modello gruppoanalitico delinea una prospettiva di comprensione più ampia, in cui eventi psichici e vissuti (contro)transferali non sono una mera trasposizione dal passato al presente, né fanno riferimento ad un singolo individuo, ma hanno luogo anche in relazione agli eventi attuali e fanno riferimento anche a realtà contestuali e ai piani intersoggettivi, sociali ed organizzativi, dai quali gli individui sono attraversati (Di Maria e Lo Verso, 1995, 2002; Lo Verso, 1989; Lo Verso e Profita, 1994; Lo Verso e Ruvolo, 1994; Profita e Ruvolo, 1997).

Le considerazioni sviluppate sinora conducono a considerare il CCRT come metodo d'indagine privilegiato per una sistematica indagine ed analisi del campo contrasferale istituzionale. Abbiamo ritenuto che ciò sia possibile in quanto il metodo non fa esclusivamente riferimento alla relazione tra psicoterapeuta e paziente/i, bensì consente di evidenziare il cliché relazionale, dunque il modello relazionale che ogni individuo mette in gioco nell'incontro con l'altro, indipendentemente dal tipo di contesto e di ruoli e, pertanto, anche nel contesto organizzativo e nelle relazioni tra operatore ed utente, come nelle relazioni tra ruoli operativi più in generale. Seguendo la struttura concettuale del CCRT, si è ritenuto, in particolare, che tale metodo possa fornire precise informazioni su: (a) ciò che il soggetto desidera (teme o si attende ecc.) dall'organizzazione (W), (b) come egli ritiene che essa risponda ai suoi bisogni (RO), (c) il suo vissuto (o la sua reazione) relativo alle risposte (atteggiamenti ecc.) degli altri attori organizzativi e/o dell'organizzazione nel suo insieme (RS).

La presente ricerca si è posta, pertanto, due ordini di obiettivi tra essi complementari: (a) verificare l'impiego del metodo del CCRT in un contesto non psicoterapeutico; (b) elaborare un metodo di analisi dei temi relazionali

centrali all'interno dell'organizzazione equiparabile al (e confrontabile con il) metodo consueto di estrazione del CCRT (Luborsky e Crits-Christoph, 1990).

Metodo

Hanno partecipato alla ricerca 14 medici (12 donne e 2 uomini, età media pari a 46,43 anni, ds=7,19) appartenenti ad un ospedale pubblico di una cittadina siciliana, afferenti a differenti reparti (due psichiatri del SPDC, una neurologa, tre medici del Pronto Soccorso, un oculista, due cardiologi, cinque otorinolaringoiatri).

Ai soggetti (volontari) è stata somministrata un'intervista semi-strutturata centrata sul tema del vissuto lavorativo ed ispirata al paradigma dell'intervista RAP ("Relationship Anecdotes Paradigm": Luborsky, 1990b), all'interno della quale era richiesto in particolare di descrivere esemplificazioni di episodi relazionali avvenuti con il primario, l'utenza, i colleghi e l'azienda ospedaliera in quanto organizzazione. Le interviste si sono svolte sul luogo di lavoro, sono state audioregistrate previo consenso informato di ogni partecipante e, successivamente, integralmente deregistrate. Le interviste hanno avuto una durata media di circa 40 minuti.

Le trascrizioni delle interviste sono state sottoposte al metodo del CCRT seguendo le indicazioni riportate nel manuale di siglatura (Luborsky e Crits-Christoph, 1990). Il CCRT, come si è detto, si basa sull'individuazione delle unità narrative di episodi relazionali (RE) che descrivono l'interazione del soggetto con altre persone o con il Sé. Tali pattern relazionali sono descritti in termini di tre componenti: (a) desideri, bisogni, intenzioni espressi dal soggetto (W); (b) risposte attese o effettivamente ricevute dagli altri (RO); (c) risposte del Sé (RS), cioè le reazioni emotive e/o comportamentali del soggetto alle risposte degli altri.

Dopo avere individuato gli episodi relazionali (RE) all'interno delle trascrizioni delle interviste, sono state identificate per ogni partecipante le tre componenti (W, RO, RS) utilizzando le categorie standard elaborate da Barber *et al.* (1990).

Sono state inoltre analizzate le singole componenti del CCRT, espresse in raggruppamenti a cluster (Barber *et al.*, 1990), analizzando le frequenze dei cluster di W, RO ed RS nel gruppo dei soggetti.

Al fine di evidenziare la rappresentazione emergente dell'organizzazione, accanto al metodo "classico" di estrazione delle componenti del CCRT, si è pensato di far risaltare desideri, risposte dall'altro e risposte del Sé che fossero direttamente connesse con la dimensione organizzativa intesa come insieme, accostando la sigla (i) alle componenti W, RO, RS. Si è pervenuti, pertanto, a due profili di CCRT: il primo, di carattere complessivo, relativo ai

pattern relazionali dei partecipanti alla ricerca, il secondo più specificamente concernente le relazioni con l'organizzazione così come percepite e vissute dagli attori organizzativi.

Risultati

Principali altre persone

In primo luogo, si è voluto indagare quali sono le tipologie di persone alle quali i soggetti partecipanti si riferiscono più frequentemente nelle loro narrative. Su 99 RE individuati, il 25,25% di essi fa riferimento all'utenza in genere, il 24,24% ai colleghi, il 23,23% all'organizzazione di lavoro e il 17,17% al primario o ai superiori in genere; solo l'8,08% degli RE è relativo ad un contesto non professionale (membri della famiglia).

Tipi di componenti standard del CCRT nelle unità narrative

La *tabella 1* riporta le frequenze (sia "primo per frequenza", sia "secondo per frequenza") di ciascuna componente del CCRT individuata negli RE secondo le categorie standard.

INSERIRE LA TABELLA 1 QUI

I desideri più frequenti sono "Essere aiutato" ed "Esercitare un controllo sugli altri"; le più frequenti risposte dall'altro, tutte di segno negativo, sono "Non sono controllabili", "Sono dominatori", "Mi contrastano"; le più frequenti risposte del Sé sono state, infine, "Mi sento deluso", "Mi sento a mio agio", "Mi sento sicuro di me".

I desideri maggiormente rilevati, da un lato, riflettono la mancanza di un solido conforto professionale dato dal sostegno e dalla collaborazione degli altri, dall'altro, esprimono una ricerca di potere che sembra permeare il vissuto professionale.

Benché gli altri appaiano come contrastanti, i vissuti più frequenti, fatta eccezione per il senso di delusione, riflettono comunque sicurezza in se stessi.

La *tabella 2* riporta le frequenze di ciascuna componente del CCRT relativamente alla variabile "organizzazione".

INSERIRE LA TABELLA 2 QUI

I desideri più frequenti in questo caso sono stati "Essere aiutato" e "Rispettare gli altri"; i desideri secondi per frequenza espressi dai soggetti sono stati anche "Esercitare un controllo sugli altri" e "Riuscire".

Le più frequenti risposte dall'altro sono state "Non sono controllabili" e "Mi contrastano" e, seconde per frequenza, "Non sono disposti ad aiutare" e "Non sono degni di fiducia".

Le più frequenti risposte del Sé sono negative e precisamente "Mi sento deluso", "Mi sento impotente", "Sono arrabbiato".

Risulta interessante a questo punto confrontare le componenti CCRT relative all'organizzazione nel suo insieme e le componenti CCRT precedenti. Se, infatti, nel caso delle componenti W e RO c'è simmetria fra i due profili, nel caso delle risposte del Sé si evidenzia una prevalenza di vissuti a connotazione negativa nell'ambito della relazione soggetto-organizzazione, come il senso d'impotenza e la delusione.

Tipi di categorie standard raggruppate "a cluster" del CCRT

La *tabella 3* riporta il risultato dell'analisi "a cluster" delle categorie standard ponendo a confronto il CCRT globale e quello relativo ai pattern relazionali organizzativi. Essa costituisce la fonte empirica più interessante dei nostri risultati, poiché vi si può utilmente attingere per sviluppare un quadro interpretativo delle dinamiche relazionali del campo istituzionale.

INSERIRE LA TABELLA 3 QUI

Commenti e conclusioni

Nel complesso, all'interno dei RE è assegnata grande rilevanza a figure quali il primario, i colleghi e l'utenza. Scarsi i riferimenti ai collaboratori e alla propria famiglia; in quest'ultimo caso i soggetti vi hanno fatto riferimento soprattutto per esprimere il tema della loro capacità/incapacità di tenere separati ambito professionale e privato.

In riferimento alla *Tabella 3*, possiamo assumere che i dati del CCRT-globale rappresentino il modo in cui si organizzano i singoli cliché relazionali dei soggetti, mentre i dati del CCRT specificamente riferito all'organizzazione nel suo complesso evidenzino il declinarsi del vissuto istituzionale condiviso dai soggetti. Questa seconda costellazione, a nostro avviso, costituisce l'interesse principale dell'applicazione del metodo CCRT quale misura operativa del campo transferale istituzionale.

In particolare, i dati emergenti dalla *Tabella 3* consentono di sviluppare i seguenti elementi interpretativi:

I cluster maggiormente salienti del CCRT-organizzazione sono rispettivamente, per i desideri, "Riuscire e aiutare gli altri" (8: 42,86%); per le RO "Rifiutante e contrastante" (5: 85,71%); per le RS "Deluso e depresso" (7: 71,43%) e "Impotente" (6: 64,29%). In termini di vissuto istituzionale si evince un quadro nel quale i soggetti punteggiano la loro relazione come originata dal bisogno di essere efficaci e aiutare gli altri; tale bisogno può essere facilmente collegato alla *mission* professionale del medico e precisamente, in termini psicodinamici, alla realizzazione dell'ideale professionale. La risposta vissuta da parte dell'organizzazione è tuttavia di ostacolo (rifiutante e contrastante) a tale realizzazione, che contraddice il compito primario stesso per il quale l'istituzione sanitaria dovrebbe erogare un servizio di cura. Infine, in questa visione, il soggetto assume una posizione di ferita al suo originario progetto e, pertanto, si vede costretto, suo malgrado, a rinunciare al proprio desiderio di realizzazione (ideale).

Collegato a questa sequenza relazionale è anche il dato che vede confrontati il cluster 8 della componente desideri e il cluster 1 della componente RS. Essi riguardano il tema dell'aiutare gli altri; com'è evidente, questo desiderio, così pervasivo, ottiene un esito opposto nella componente RS, quale cluster meno presente. Si direbbe che alla fine della sequenza relazionale il residuo di desiderio/speranza di realizzare il proprio ideale professionale e pressoché ridotto al minimo, dell'originaria disponibilità non rimane null'altro che senso di delusione e impotenza.

Da notare che nel CCRT-globale della *tabella 3*, cioè quello riferito ai vari interlocutori, nella componente RO prevale nettamente lo stesso cluster del CCRT-organizzazione, precisamente "Rifiutante e contrastante" (5: 92,36%). Esso può qui essere messo in relazione con il cluster prevalente nella componente dei desideri, cioè "Impormi ed essere indipendente" (1:

85,71%). Tale connessione porta a leggere la dinamica della frustrazione del desiderio di realizzazione e di potere sul versante personale. Se colleghiamo queste componenti con quella relativa alla RS (5: "Dotato di autocontrollo e sicuro di sé", 100%; 3: "Rispettato e accettato", 92%) siamo condotti a individuare come esito generalizzato una sorta di "adattamento inibito e complacente", quale modalità messa in atto per riuscire a mantenere il bisogno di auto- ed etero-stima, ed il senso di sicurezza di sé, tramite il controllo del proprio vissuto di delusione e impotenza.

Questo quadro interpretativo rimanda a quanto la letteratura psicodinamica segnala sui principali fenomeni che investono le relazioni istituzionali, in particolare la relazione soggetto-istituzione nei suoi aspetti immaginari (cfr. Enriquez, 1989; Ka? s *et al.*, 1988; Napolitani, 1987; Ruvolo, 2000a): l'istituzione è massiccio oggetto di investimento per il soggetto, sia narcisisticamente, sia quale contesto che promette la realizzazione dell'ideale di sé professionale; la frustrazione e la delusione di queste aspettative genera profondi vissuti di fallimento, rispetto ai quali, in mancanza di un'adeguata elaborazione, appare comprensibile che ciascuno cerchi di preservare la propria immagine presso di sé e presso gli altri, perdendo però del tutto di vista il compito primario.

I risultati ottenuti sembrano mostrare, quindi, come dall'applicazione del metodo sia possibile ottenere interessanti chiavi di lettura e di comprensione del vissuto individuale degli attori organizzativi; in particolare, appare euriticamente valido l'utilizzo di un'opzione di siglatura delle componenti del CCRT specificamente relativa alla dimensione organizzativa, da affiancare e confrontare con il CCRT emergente dall'applicazione consueta del metodo.

Il ritratto dell'istituzione

L'istituzione che prende forma nel presente studio, sembra riassumere tutte le caratteristiche che Enriquez (1988) attribuisce alle istituzioni come sistemi immaginari: «Da un lato, l'istituzione divina, onnipotente, unico riferimento... madre inglobante e divorante, ma anche madre benevola e nutrice... dall'altro, l'istituzione continuamente minacciata da persecutori esterni e interni desiderosi d'impedirle di realizzare al meglio la missione di cui è investita...»; e ancora «...essa li soffoca e li abbraccia [gli individui], li uccide e li fa vivere.» (trad. it. p. 87).

Questo doppio volto dell'istituzione, che contiene e che strangola resta sullo sfondo delle interviste effettuate nella nostra ricerca, anche se, probabilmente, è il volto mortifero ad avere la meglio, è la paura di mettere in discussione le certezze che costituiscono l'impalcatura di questa istituzione ad impedire il dialogo e l'accettazione delle proprie incoerenze per affrontarle e produrre cambiamenti significativi, o per riprendere Nietzsche citato nello

stesso contesto da Enriquez, solo affrontando il caos che c'è all'interno di esse le istituzioni potranno "partorire una stella che danza".

L'accettazione delle proprie incongruenze implica l'organizzazione di uno spazio per «... "trattare" o "contenere" tutto ciò che non ha potuto essere elaborato altrove nella vita istituzionale.» (Roussillon, 1988: trad. it. p. 185). Come precisa Roussillon, la funzione di contenitore delle angosce è spesso svolta dagli "spazi interstiziali", ovvero quei luoghi di passaggio (corridoi, stanze di relax) in cui gli attori organizzativi si spogliano temporaneamente del loro ruolo per parlar male di un collega, o criticare la decisione di un superiore per riprenderla in un secondo momento (funzione di ripresa dell'interstizio) o per congelarla (funzione di deposito) o ancora per interdirla dalle catene associative (funzione di cripta). Probabilmente, molti degli incontri con i medici avvenuti in questa occasione di studio erano simili a spazi interstiziali, in cui era predominante la funzione di deposito-ripresa e quella di cripta, dal momento che molti soggetti manifestavano il desiderio di essere tenuti in considerazione dall'istituzione e manifestavano interesse per la ricerca e per i suoi obiettivi.

I dati emersi, peraltro, esprimono e visualizzano proprio lo scarto/contrasto fra gli elementi esplicitati dalle regole contrattuali che legano il dipendente all'azienda e l'assetto di razionalità propugnato dai dirigenti da un lato, e gli elementi dinamici di tipo persecutorio, manipolativo, coercitivo e conflittuale.

E' lecito, dunque, il dubbio e la perplessità in merito alla illusorietà dell'azienda come "modello di efficacia/efficienza" nell'ambito dei servizi sanitari; la logica delle teorie economiche e di mercato, nell'era della globalizzazione invade campi dell'esistenza umana, come l'esperienza di sofferenza e di malattia, che appartengono ad un registro "altro", che, ovviamente, deve tener conto dei dati economici quali elementi di realtà, ma non può assumerli ad obiettivi principali, ai quali tutti gli altri sono subordinati. Benché da una parte sia indiscussa l'esigenza di regolamentare in termini economici-amministrativi i servizi pubblici, dall'altra sembra evidente che l'applicazione di modelli di razionalità organizzativa abbia più i connotati di una ideologia dominante (Ruvolo, 2000b) e che il "furore economicistico e efficientistico" (*ibidem*) abbia avuto come effetto finale una progressiva perdita di qualità e una sempre minore attenzione alla reale richiesta/bisogno dell'utenza, ed anche, come si evince dal nostro studio, a quella parte di investimento desiderante che, se drammaticamente deluso, spegne ogni motivazione e ogni vitalità degli operatori.

Bibliografia

- AGAZARIAN Y., PETERS R. (1981), *The visible and invisible group*, Routledge & Kegan Paul, Londra.
- AZZONE P. (1998), *Strumenti per la ricerca sul processo psicoterapeutico nelle terapie psicodinamiche*, in «Ricerca in Psicoterapia», 1, pp. 167-180.
- BARBER J.P., CRITS-CHRISTOPH P. (1993), *Advances in measures of psychodynamic formulations*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 61, pp. 574-585.
- BARBER J.P., CRITS-CHRISTOPH P., LUBORSKY, L. (1990), *Guida alle categorie standard del CCRT e alla loro classificazione*, trad. it. (1992) in L. Luborsky, P. Crits-Christoph (a cura di), *Capire il transfert*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 57-70.
- BORTOLOSO CASSANI M. (a cura di) (1993), *L'inconscio organizzativo. Analisi del controtransfert istituzionale*, Guerini e Associati, Milano.
- BOWLBY J. (1988), *A secure base*, Routledge, Londra; trad. it. (1989) *Una base sicura*, Raffaello Cortina, Milano.
- CARLI R., PANICCIA M.R. (1981), *Psicosociologia delle organizzazioni e delle istituzioni*, Il Mulino, Bologna.
- CORREALE A. (1991), *Il campo istituzionale*, Borla, Roma.
- CRITTENDEN P.M. (1999), *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo all'Adult Attachment Interview*, Raffaello Cortina, Milano.
- DI MARIA F., LO VERSO G. (1995), *La psicodinamica dei gruppi. Teoria e tecniche*, Raffaello Cortina, Milano.
- DI MARIA F., LO VERSO G. (2002), *Gruppi. Metodi e strumenti*, Raffaello Cortina, Milano.
- ENRIQUEZ E. (1988), *Il lavoro della morte nelle istituzioni*; trad. it. (1991) in R. Ka?s, J. Bleger, E. Enriquez, F. Fornari, P. Fustier, R. Roussillon, J.P. Vidal, *L'istituzione e le istituzioni*, Borla, Roma, pp. 80-115.
- ENRIQUEZ E. (1989), *L'individu pris au piège de la structure strategique*, in «Connexions», 54, pp. 145-161.
- FAVA E. (2000), *Psicoanalisi e ricerca empirica*, in Atti del I Congresso OPIFER, Sestri Levante: 13-15 ottobre.
- FAVA E., MASSERINI C. (2002), *Efficacia delle psicoterapie nel servizio pubblico. Il contributo della ricerca valutativa alla clinica*, FrancoAngeli, Milano.
- FRENI S. (1992), *Prefazione all'edizione italiana*; in L. Luborsky, P. Crits-Christoph (a cura di) (1990), trad. it. *Capire il transfert*, Raffaello Cortina, Milano, pp. XI-XIX.
- FRENI S. (1999), *Lo Jungtim freudiano alla luce degli attuali orientamenti di ricerca empirica in psicoanalisi*, in «Ricerca in Psicoterapia», 1-3, pp. 81-106.
- FREUD S. (1909), *Cinque conferenze sulla psicoanalisi*, OSF, vol. 6, Bollati Boringhieri, Torino.

- FREUD S. (1912), *Dinamica della traslazione*, OSF, vol. 6. Bollati Boringhieri, Torino.
- KAŽS R., BLEGER J., ENRIQUEZ E., FORNARI F., FUSTIER P., ROUSSILION R., VIDAL J.P. (1988), *L'institution et les institutions*, Dunod, Parigi; trad. it. (1991) *L'istituzione e le istituzioni*, Borla, Roma.
- LAPASSADE G. (1974), *Groupes, organisations et institutions*, Gauthier-Villars, Parigi; trad. it. (1977) *L'analisi istituzionale. Gruppi, organizzazione, istituzione*, Isedi, Milano.
- LO VERSO G., PROFITA G. (1994), *Il setting psicologico-clinico come campo contrasferale*, in G. Lo Verso, *Le relazioni soggettuali*, Bollati Boringhieri, Torino, pp. 163-176.
- LO VERSO G., RUVOLO G. (1994), *Il setting nei gruppi di formazione*, in G. Lo Verso, *Le relazioni soggettuali*, Bollati Boringhieri, Torino, pp. 193-205.
- LUBORSKY L. (1990a), *Primi sviluppi dell'idea del tema relazionale conflittuale centrale*, trad. it. (1992) in L. Luborsky, P. Crits-Christoph (a cura di), *Capire il transfert*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 131-143.
- LUBORSKY, L. (1990b), *L'intervista Paradigma di aneddoti relazionali (RAP) come fonte versatile di unità narrative*, trad. it. (1992) in L. Luborsky, P. Crits-Christoph (a cura di), *Capire il transfert*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 131-143.
- LUBORSKY, L., CRITS-CHRISTOPH P. (a cura di) (1990), *Understanding transference*, Basic Books, New York; trad. it. (1992) *Capire il transfert*, Raffaello Cortina, Milano.
- LUBORSKY L., DIGUER L., KÄCHELE H., DAHLBENDER R.W., WALDINGER R., FRENI S., KRAUSE R., FREVERT G., BUCCI W., DROUIN M., FISCHMANN T., SEGANTI A., WISCHMANN T., HORI S., AZZONE P., POKORNY D., STAATS H., VIGANÒ D., ZOBEL H., GRENYER B., SOLDZ S., ANSTADT T., SCHAUENBURG H., BENNINGHOVEN D., STIGLER M., TCHESNOVA I. (2000), *Una guida ai metodi, alle scoperte e al futuro del CCRT*, in «Ricerca in Psicoterapia», 3, pp. 3-37.
- MIGONE P. (1994), *Outcome research e Process research in psicoterapia: gli attuali gruppi di lavoro*, in W. Festini Cucco (a cura di), *Metodologia della ricerca in psicologia clinica*, Borla, Roma, pp. 27-48.
- MIGONE P. (1998), *I gruppi di lavoro per la ricerca in psicoterapia*, in S. Di Nuovo, G. Lo Verso, M. Di Blasi, F. Giannone (a cura di), *Valutare le psicoterapie*, FrancoAngeli, Milano, pp. 52-92.
- NAPOLITANI D. (1987), *Individualità e gruppaltà*, Boringhieri, Torino.
- PROFITTA G., RUVOLO G. (1997), *Variazioni sul setting. Il lavoro clinico e sociale con individui, gruppi e organizzazioni*, Raffaello Cortina, Milano.
- QUAGLINO G.P. (1996), *Psicodinamica della vita organizzativa. Competizione, difesa, ambivalenze nelle relazioni di lavoro*, Raffaello Cortina, Milano.

- ROUCHY J.C. (1973), *De l'analyse institutionnelle*, in «Connexions», 6, pp. 83-98.
- ROUSSILION R. (1988), *Spazi e pratiche istituzionali. Il ripostiglio e l'interstizio*; trad. it. (1991) in R. Kažs, J. Bleger, E. Enriquez, F. Fornari, P. Fustier, R. Roussilion, J.P. Vidal, *L'istituzione e le istituzioni*, Borla, Roma, pp. 80-115.
- RUVOLO G. (2000a), *Identità, lavoro e istituzioni*, In R. Mondo (a cura di), *Identità e lavoro*, Cooperativa Il Girasole, Catania, pp. 41-60.
- RUVOLO G. (2000b), *Aziendalizzazione della polis e coscienze comunitarie nell'azienda*, in F. Di Maria (a cura di), *Psicologia della convivenza. Soggettività e socialità*, FrancoAngeli, Milano, pp. 141-168.
- RUVOLO G., DI BLASI M., NERI G. (1995), *Il gruppo come strumento psicossociale*, in F. Di Maria, G. Lo Verso (a cura di), *Psicodinamica dei gruppi. Teoria e tecniche*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 87-136.

¹ Com'è noto, con il primo termine si intende il sistema che ordina e razionalizza ruoli e mansioni in direzione di scopi condivisi, con il secondo si designa l'insieme delle strutture mentali che rendono possibili le attività inerenti l'organizzazione e che esercitano, in maniera più o meno inconsapevole, un potere determinante nei pattern comportamentali, relazionali e di pensiero degli individui che vi sono inseriti (Ruvolo, 2000a).

Corrispondenza a:

Giuseppe Ruvolo
Dipartimento di Psicologia
Università degli Studi di Palermo
Viale delle Scienze - Edificio 15
90128 Palermo
Tel. 0917028439
Fax 0917028448
E-mail: g.ruvolo@unipa.it

QUALITÀ DELLE RELAZIONI D'OGGETTO E DECISIONE DI INTRAPRENDERE UNA PSICOTERAPIA. STUDIO SU UN GRUPPO DI ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI AUTORIFERITI

QUALITY OF OBJECT-RELATIONS AND DECISION TO UNDERTAKE A PSYCHOTHERAPY. STUDY IN A SAMPLE OF AUTOREFERRAL ADOLESCENTES AND YOUNG ADULTS

Massimo Grasso, Valentina Bufagna, Stefania Caso, Antonia Florio
Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica – Università di Roma “La Sapienza”

Riassunto

Obiettivo: Il presente contributo nasce con la finalità principale di identificare specifiche configurazioni di relazione con l'oggetto, che siano in grado di predire l'andamento di un lavoro psicoterapeutico. L'interesse centrale è dunque quello di evidenziare eventuali pattern a rischio di evoluzione psicopatologica che possano essere assunti come predittori dell'impossibile o, comunque, difficile mantenimento dell'alleanza terapeutica. Il lavoro di ricerca si focalizza sull'epoca adolescenziale e giovanile e assume come criterio di orientamento la qualità delle relazioni oggettuali dell'individuo.

Metodo: A un gruppo di 40 adolescenti e giovani, maschi e femmine, di età compresa tra i 16 e i 22 anni, è stato somministrato l'M.R.O. (Modello delle Relazioni d'Oggetto), uno strumento proiettivo messo a punto specificamente per essere utilizzato in adolescenza, basato sulla stimolazione associativa legata al completamento di frasi. Attraverso il suo impiego è stato possibile valutare pattern di relazione oggettuali che sono stati successivamente raggruppati in pattern “a rischio” e “non a rischio” di evoluzione patologica. Questa valutazione è stata messa in relazione con la decisione di ciascun soggetto di intraprendere o meno una psicoterapia dopo una prima fase di counselling.

Risultati: I risultati emersi hanno evidenziato l'esistenza di una relazione positiva tra pattern “non a rischio” e decisione di intraprendere una psicoterapia e, anche, tra pattern “a rischio” e abbandono dopo la fase di counselling o interruzione precoce del lavoro terapeutico.

Parole chiave: Adolescenza, Relazioni oggettuali, Psicoterapia, Efficacia.

Summary

Goal: The present work was developed with the main purpose of identifying specific object-relation patterns that should be able to predict the outline of a psychotherapeutic course. The core interest is to put into evidence eventual psychological patterns that are at risk of psychopathological development, that are to be taken as predictors of an impossible, or very difficult at least, maintenance of the therapeutic alliance. The research focuses on adolescents and young adults and assumes the object-relation quality of the individual as directional criteria.

Method: On a sample group of 40 adolescents and young adults, both males and females, ranging between the age of 16 and 22 years old, was administered the M.R.O. (Modello delle Relazioni d'Oggetto - Object-Relations Model), a projective diagnostic instrument properly implemented to be used in adolescence, based on an associative stimulation of phrases completion items. The M.R.O. employment enabled to evaluate object-relation patterns that were successively clustered in “at risk” and “not at risk” patterns of pathological development. This evaluation was put into relation with the decision of each subject, after a first period of counseling, to undertake or not to undertake a psychotherapy.

Outcome: Data evidenced the presence of a positive relation between “not at risk” patterns and the decision to undertake a psychotherapeutic effort, and moreover, between the “at risk” patterns and the dropout phenomena after the counseling stage, or with the precocious interruption of therapy.

Keywords: Adolescence, Object-relations, Psychotherapy, Efficacy

Introduzione

Il problema della verifica dell'intervento psicologico rimanda necessariamente al più ampio discorso relativo alla valutazione della sua efficacia, che nel tempo è stato connotato soprattutto come verifica dell'efficacia delle psicoterapie. Negli ultimi anni è sorta l'esigenza, riconosciuta soprattutto in ambito pubblico, di associare alle valutazioni di efficacia quelle dei costi dei trattamenti, garantendo una correlazione positiva tra efficacia teorica (*efficacy*) stimata in condizioni sperimentali, ed efficacia pratica (*effectiveness*) riscontrabile nella realtà clinica; un trattamento infatti non risulta valido a priori perché empiricamente fondato, ma va continuamente sperimentato nella clinica, monitorando i progressi dei pazienti e la loro specifica risposta.

Come è noto, il settore della ricerca in psicoterapia, si riferisce sostanzialmente a due direzioni fondamentali: la ricerca sul risultato (*outcome resear-*

ch), ovvero sugli esiti dei trattamenti; e quella sul processo (*process research*), che prende in considerazione la valutazione di elementi peculiari del processo terapeutico. In entrambi i casi, l'obiettivo centrale è quello di esaminare l'effetto prodotto, all'interno della cornice psicoterapeutica, da specifici comportamenti o sequenze di comportamenti. L'aver riscontrato il cosiddetto "paradosso dell'equivalenza" (Luborsky, Singer, Luborsky, 1975) tra forme diverse di trattamento ha progressivamente alimentato un'attenzione ancora maggiore verso il tema della verifica, e negli ultimi anni la ricerca si è andata sempre più orientando verso i microprocessi terapeutici e sulla correlazione tra variabili di processo ed esito. In questo quadro, l'attenzione è stata, tra l'altro, focalizzata sull'importanza dei fattori aspecifici quali vettori del cambiamento e l'accento è stato posto sulla qualità della partecipazione del paziente alla terapia, sulla personalità del terapeuta, e soprattutto sull'alleanza terapeutica (Safran, Muran, 2000) che risulta a tutt'oggi come uno dei fattori principali responsabili dell'esito di un trattamento (Grasso, Cordella, Pennella, 2003).

Proprio a tal proposito, si ritiene da più parti che la modalità di relazionarsi alla realtà esterna possa essere assunta come un indicatore della possibilità di instaurare o meno un'adeguata alleanza terapeutica.

Più specificamente, si ipotizza che la capacità di stabilire relazioni soddisfacenti, indicativa di un processo maturativo adeguato e di un sufficientemente equilibrato esame di realtà, sia positivamente correlata con la decisione di iniziare una psicoterapia e possa, dunque, essere assunta come possibile predittore. In questa direzione sono state trovate relazioni significative tra qualità delle relazioni oggettuali, alleanza terapeutica ed esito della terapia (Piper, Duncan, 1999; Azim *et al.*, 1991; Baumann *et al.*, 2001).

L'esigenza di individuare validi fattori di predittività, al fine di ottenere una valutazione sempre più accurata del processo psicoterapeutico, risulta particolarmente sentita quando ci si confronta con soggetti adolescenti e giovani, proprio per la specificità del periodo evolutivo che attraversano.

Come è noto, la fase adolescenziale rappresenta un significativo crocevia nella maturazione della personalità adulta e nella eventuale strutturazione di quadri psicopatologici: se da una parte, questo periodo offre all'individuo la possibilità di recuperare eventuali difficoltà evolutive pregresse, spianando la strada a un "sano" e "maturo" accesso all'età adulta, dall'altra, a causa delle continue oscillazioni riscontrabili a livello dei singoli e dei gruppi sul piano dell'umore, delle motivazioni, dei comportamenti relazionali, può determinare delle reazioni chiaramente disadattive e a rischio di evoluzione psicopatologica (Price, Lento, 2001).

Identificando nel concetto di relazione uno dei nodi problematici, ma anche trasformativi in senso evolutivo per l'adolescente, è nostra intenzione esplorarne in questa sede la consistenza come fattore predittivo e conoscitivo

rispetto a tutte quelle situazioni, in ambito psicoterapeutico, a rischio di drop-out.

Il fenomeno delle interruzioni precoci e non concordate della terapia rappresenta un evento talmente frequente nella pratica clinica che la ricerca se ne è occupata in modo sempre più consistente, soprattutto negli ultimi anni. In letteratura si segnala un tasso di drop-out variabile, comunque mai troppo esiguo, in funzione del contesto del trattamento, del tipo di terapia e della diagnosi del paziente (Hampton-Robb, Qualls, Compton, 2003). Nonostante si sottolinei che le cause siano molteplici, da molti studi emerge l'importanza predittiva, per il mantenimento del rapporto psicoterapeutico, dell'instaurazione di una positiva relazione d'aiuto nella fase iniziale (Samstag *et al.*, 1998).

Nell'ottica complessiva che abbiamo assunto, il presente lavoro si propone di delimitare i segni prognostici di un'evoluzione armonica o, viceversa, disarmonica e problematica di un rapporto psicoterapeutico. Facendo riferimento agli strumenti concettuali offerti dal modello strutturale delle relazioni oggettuali secondo cui l'uomo è un essere "naturalmente" sociale, radicato "in una matrice interattiva che coinvolge gli altri" (Mitchell, 2000, pp. 121-2), tenteremo di evidenziare come eventuali pattern relazionali a rischio di evoluzione psicopatologica possano essere assunti come indicatori della possibilità di iniziare e portare avanti una psicoterapia.

La ricerca, quindi, pur inserendosi nell'ambito più generale della verifica dell'intervento psicologico, si focalizza essenzialmente sullo studio delle condizioni potenzialmente predittive rispetto al possibile raggiungimento e mantenimento dell'alleanza terapeutica, con particolare riferimento all'epoca adolescenziale e giovanile.

Gli strumenti di ricerca: l'M.R.O. e le relazioni oggettuali

Per il raggiungimento degli obiettivi sopra enunciati, nella presente ricerca abbiamo utilizzato il test M.R.O.¹ – Modello delle Relazioni d'Oggetto (Ardizzone, Grasso, 1984; Grasso, Ardizzone, 1997) uno strumento che, attraverso lo stimolo associativo fornito da frasi incomplete, ha l'obiettivo di approfondire la comprensione della simbolizzazione affettiva del contesto relazionale negli adolescenti e nei giovani. L'M.R.O. è nato dall'esigenza di progettare uno strumento che fosse in grado di evidenziare, in modo specifico, i vissuti e la conflittualità adolescenziale e che fosse anche capace di valutarli in un'ottica non meramente diagnostico-descrittiva, bensì evolutiva.

Le frasi da completare sono relative a 14 *oggetti di relazione* che fanno riferimento a 4 *dimensioni* fondamentali nella complessiva esperienza emozionale dell'adolescente e del giovane: *Dimensione del sé*, *Dimensione familiare*, *Dimensione psicosessuale*, *Dimensione interpersonale* (cfr. Fig. 1).

[INSERIRE FIG. 1]

L'M.R.O. si propone di delineare per ogni adolescente, un *modello delle relazioni di oggetto*, ovvero la configurazione dei rapporti significativi che contraddistinguono la sua esperienza relazionale interna ed esterna (Grasso, Ardizzone, 1997).

Parlare di "oggetto" in ambito psicodinamico, come è noto, non rimanda unicamente a figure significative dell'esperienza di rapporto "con la realtà esterna", ma include anche una "realtà interna" che proprio da tale complesso di esperienze deriverebbe². Questo modo di vedere affonda le sue radici nel modello strutturale delle relazioni oggettuali (Fairbairn, 1952; Guntrip, 1961; Sandler, 1981; Ogden, 1983; Greenberg e Mitchell, 1983; Compton, 1996; Kernberg, 1996)³ che propone una *concezione relazionale* della mente secondo cui, su un piano evolutivo, il concetto di sé è posteriore a quello di oggetto (Varin, Riva Crugnola, 1996). È dunque, proprio grazie alla possibilità di relazionarsi e confrontarsi con l'oggetto, che il Sé può strutturarsi (Hamilton, 1988). L'oggetto può essere quindi concettualizzato come il *referente privilegiato di una determinata relazione psicoaffettiva* che si configura sia secondo una dimensione esterna, per i suoi aspetti di realtà, sia interna quale immagine internalizzata. Il termine *oggetto*, dunque, può riferirsi sia a una persona del mondo esterno che alla sua rappresentazione interna; la *natura* dell'oggetto può essere variabile rimandando, per quanto riguarda la sua immagine, a una connotazione positiva o negativa, statica o dinamica, vitale o mortifera; ed infine, l'oggetto può essere, all'interno della rappresentazione che se ne ha – rappresentazione, ricordiamo, derivante dall'integrazione delle sue diverse immagini – modificato e manipolato, ad esempio distrutto o ricostruito (Greenberg e Mitchell, 1983). In conclusione, la *relazione oggettuale* rappresenta non solo la modalità con cui l'individuo si pone in relazione con il mondo, ma anche il modo in cui gli oggetti esterni influiscono sull'individuo.

La concezione di oggetto e di relazione oggettuale, che abbiamo sintetizzato, deriva da alcuni noti presupposti della teoria kleiniana secondo cui l'oggetto si struttura sulla base delle qualità ad esso attribuite in corrispondenza con i vissuti fantasmatici del soggetto; per cui l'analisi della relazione con l'oggetto permette delle inferenze sulla dinamica interna del soggetto stesso. I concetti di "oggetto buono" ed "oggetto cattivo", non indicano caratteristiche intrinseche all'oggetto, bensì il precipitato del rapporto che viene a stabilirsi tra soggetto e oggetto.

In questa direzione diversi autori (cfr., ad esempio, la prospettiva winnicottiana) hanno sottolineato l'importanza della capacità di differenziare interno ed esterno, realtà ed illusione, prendendo consapevolezza dell'esistenza

di una realtà esterna che non coincide perfettamente con le proprie proiezioni. Nel sistema diagnostico-strutturale di Kernberg (1981, 1984), inoltre, l'integrità del Sé, parametro diagnostico basilare, è connessa alla qualità delle relazioni oggettuali e al grado di differenziazione e integrazione delle rappresentazioni del sé da una parte e dell'oggetto dall'altra. Anche l'esame di realtà è collegato alla qualità delle relazioni oggettuali: con esso si intende la capacità di differenziare il sé dal non sé, le origini intrapsichiche da quelle esterne di percezioni e stimoli. Tutto ciò configura una concezione di un mondo rappresentazionale interno che rinvia fondamentalmente al sé, agli oggetti ed alle loro reciproche relazioni, fondando il rapporto tra mondo interno e mondo esterno sui processi di internalizzazione ed esternalizzazione.

Il profilo che il test delinea, mette in evidenza l'"autenticità relazionale" del soggetto rispetto alle figure significative del suo ambiente ed al suo mondo interno, cogliendo eventuali condizioni di disagio emotivo e relazionale. Diventa così possibile, osservare la "trama" dei rapporti e delle esperienze costituenti gli specifici nodi conflittuali di questo momento evolutivo, cercando di far luce sul processo dinamico che ne è alla base, attraverso l'esame delle strategie relazionali e difensive del soggetto (Grasso *et al.*, 1986).

La valutazione finale del modello ha come parametro generale l'*esame di realtà* nei confronti dell'oggetto: i completamenti ottenuti vengono siglati secondo diversi valori⁴ in considerazione della maggiore o minore adeguatezza della dimensione di realtà con cui è connotato l'oggetto e facendo riferimento a una complessiva valutazione della positività-negatività della relazione (cfr. Fig. 2).

[INSERIRE FIG. 2]

Tale valutazione della qualità della relazione⁵ che il soggetto instaura con gli oggetti (esterni ed interni) della sua realtà psichica si basa sulle modalità attraverso cui l'individuo attribuisce loro una certa connotazione e si riferisce al *visuto* nei loro confronti, al *movimento interno* da essi evocato, ed al *ruolo* che tra Sé e oggetto reciprocamente viene a crearsi. In ogni singola situazione relazionale è possibile, dunque, differenziare tre momenti comunque paralleli: un momento specificamente "valutativo", scaturente dalla percezione interna dell'oggetto, un momento "operativo", che si riferisce al tipo di movimento interno attivato dall'oggetto, e uno "definitorio", esprimente il ruolo che reciprocamente viene a strutturarsi tra soggetto e oggetto. Questi tre momenti, pur tra loro distinti, costituiscono quelle modalità interne che sono state identificate come: *visuto dell'Io*, *operatività dell'Io*, *definizione dell'Io*. Tali modalità dinamiche vengono esplorate e successivamente connotate lungo tre scale parallele, secondo tre direttrici principali: *valutazione-svalutazione*, *attività-passività*, *autonomia-dipendenza* (cfr. Fig. 3). Il tutto, assu-

mendo come denominatore comune un parametro ancora più generale: *l'esame di realtà*, ovvero la capacità del soggetto di prefigurarsi una concreta realtà oggettuale con cui rapportarsi⁶.

[INSERIRE FIG. 3]

L'output fornito dal test permette di cogliere, i pattern interattivi ricorrenti del soggetto nelle diverse aree, individuando varie modalità tipiche di "reazione" adolescenziale, da quelle che si configurano come chiaramente disadattive e a rischio di evoluzione patologica a quelle che manifestano un maggior grado di integrazione e di maturazione. Il tutto secondo un'ottica che definisce la "normalità" sulla base di criteri evolutivi e proprio in quanto tali sufficientemente elastici: le eventuali "rotture" di tale norma come pure le "forme critiche" che il "processo adolescenziale" assume nel suo decorso, possono essere così, attentamente valutate al fine di favorire, se necessari, adeguati interventi precoci.

Dalla Fig. 2 si evince che è possibile individuare tre principali condizioni: di *patologia* (Pat) – che, in assenza di una considerazione realistica dell'oggetto, può dar luogo a una dinamica tanto estremamente distruttiva o regressiva (punteggio 1), quanto ipervalutativa (punteggio 7), sia nei confronti dell'oggetto che del sé;

di *difensività* (D) – dove siamo in presenza di un evitamento del riconoscimento dell'oggetto e del rapporto con esso (punteggio 4)⁷;

di *normalità* (N) – di rapporto (punteggi 3/5) e delle sue estensioni più spiccatamente positive (punteggio 6 = N+) o negative (punteggio 2 = N-). Questa dimensione racchiude le condizioni in cui è presente un adeguato *esame di realtà* seppur articolato in diversi livelli.

Il profilo conclusivo del soggetto, viene dunque evidenziato attraverso le cinque categorie valutative corrispondenti:

N: comprende le frequenze di punteggi 3 e 5 ottenuti dal soggetto;

N+: comprende le frequenze del punteggio 6;

N-: comprende le frequenze del punteggio 2;

D: comprende le frequenze del punteggio 4;

PAT: comprende le frequenze dei punteggi 1 e 7.

Tali categorie, considerate nella suddetta sequenza, vanno a costituire il *modello base delle relazioni d'oggetto* di ciascun individuo, ovvero il profilo relazionale del soggetto; tale configurazione relazionale può essere rapportata alla sottostante struttura di personalità.

Ciò ha comportato una progressiva utilizzazione dello strumento in ambito psicodiagnostico, soprattutto in vista dell'acquisizione di un orientamento terapeutico (cfr. Grasso *et al.* 1986, 1991, 1993; Grasso, 1994; De Coro, Grasso, Dominici, 2003; Grasso, 2004), consentendo di evidenziare l'appor-

to che esso può fornire nella fase valutativa iniziale, mettendo in luce i dinamismi operativi del Sé del soggetto.

Come già accennato, nella presente ricerca si farà riferimento alla stesura più recente dell'M.R.O. (Grasso, Ardizzone, 1997), che fornisce un contributo in più per l'interpretazione dei protocolli; attraverso una cluster-analysis⁸ applicata ai risultati ottenuti al test da 2000 soggetti (maschi e femmine di età compresa tra i 15 e i 22 anni) (Volpi, Grasso, 1997), sono stati ricavati 8 *raggruppamenti (cluster)*, che includendo la maggioranza dei soggetti, manifestano la principale pregnanza descrittiva. Tali cluster sono:

Cluster 1: Adeguata Relazionale. Comprende soggetti che possono essere descritti come individui il cui comportamento rimanda a un processo maturativo adeguato, in grado di stabilire un buon rapporto oggettuale derivante da un esame di realtà sufficientemente equilibrato.

Cluster 2: Evitamento dal coinvolgimento nella relazione. Gli appartenenti a questo gruppo sono connotati da una posizione di neutralità e di evitamento nei confronti dell'oggetto che si può a volte alternare con un atteggiamento di leggera svalutazione di sé o degli altri. Il modello relazionale, tuttavia, si mantiene all'interno di un quadro di discreta efficacia relazionale pur se è sotteso uno stato di disagio in posizione latente.

Cluster 3: Iperadattamento relazionale. Rappresenta una dimensione relazionale caratterizzata da un adattamento acritico alla realtà: i completamenti di questi soggetti hanno un carattere convenzionale che lascia intendere un'aderenza alla normalità intesa più come rappresentazione sociale che come requisito interno. Questi soggetti si collocano in una posizione di cerniera tra condizioni di adeguatezza relazionale e condizioni di rischio psicopatologico, poiché dietro un'identità di facciata apparentemente funzionale (cfr. nozione winnicottiana di "falso-Sé"), mascherano una notevole fragilità interna.

Cluster 4: Rifiuto/opposizione. Questo cluster comprende i soggetti che hanno rifiutato in tutto o in parte la prova e che, se pur dimostrano un comportamento negativistico e oppositivo, non possono tuttavia essere correttamente valutati.

Cluster 5: Disadattamento relazionale con tendenza all'espressione dell'aggressività. Fa riferimento a soggetti in cui è prevalente un atteggiamento di svalutazione e di aggressività nei confronti dell'oggetto, all'interno di un quadro in cui si evidenzia un esame di realtà inadeguato e difese poco adatte.

Cluster 6: Relazione notevolmente disturbata con l'oggetto. Sono accennate, per questi soggetti, le caratteristiche di disadattamento delineate per il gruppo precedente. Gli appartenenti al *cluster* manifestano difficoltà attualizzate nel rapporto oggettuale in cui si mantiene attiva la dimensione aggressiva, ma ancor più nettamente rimandano a condizioni di notevole disturbo nell'esame di realtà se non di vera e propria destrutturazione.

Cluster 7. Adeguatezza relazionale con svalutazione dell'oggetto (sé/altro). Il cluster comprende soggetti che conservano un buon livello di adeguatezza la quale, tuttavia, si associa a una tendenza ipercritica nei confronti dell'altro e/o a una tendenza depressiva alla svalutazione di sé.

Cluster 8. Atteggiamento di evitamento con falso adattamento. In questo caso si fa riferimento a soggetti che si caratterizzano per un sostanziale atteggiamento di evitamento dalle implicazioni relazionali, associato a una forte ambivalenza nei confronti dell'oggetto, alternativamente ipervalutato e svalutato. Tali soggetti non presentano un vero e proprio squilibrio relazionale, ma senza dubbio è possibile ipotizzare una situazione di disagio soggiacente.

Un elemento di particolare interesse, anche nel contesto della presente ricerca, deriva dalla possibilità di classificare i cluster sopra descritti (e quindi le modalità relazionali dei soggetti che vi sono rappresentate) in rapporto a situazioni di "normalità" evolutiva rispetto a situazioni "a rischio". Da ciò scaturisce una identificazione dei cluster sulla base dell'adeguatezza relazionale che esprimono e della possibilità di predire una evoluzione in senso disadattivo:

Configurazioni relazionali "adeguate": sono riscontrabili prevalentemente nel *Cluster 1* e nel *Cluster 7*, che fanno riferimento a soggetti per i quali si può ipotizzare uno sviluppo sano volto all'integrazione del sé, anche se il *Cluster 7* vede la presenza di una leggera componente depressiva.

Configurazioni relazionali che richiedono attenzione: sono rappresentate dal *Cluster 2* e dal *Cluster 8*, in quanto denotano una particolare difficoltà ad elaborare e assimilare i cambiamenti propri dell'adolescenza. Tale difficoltà può indurre nel soggetto la convinzione che la dimensione affettiva possa essere pericolosa e ciò può portare a un'esigenza di controllo o viceversa di isolamento. In particolare il *Cluster 8* merita attenzione perché, pur evidenziando una condizione di problematicità, si caratterizza per l'assenza di segnali espliciti di difficoltà.

Configurazioni relazionali "a rischio": in questi casi è possibile ipotizzare lo sviluppo di un disadattamento. Il *Cluster 3* segnala un adattamento esterno convenzionale alla realtà a cui non corrisponde un analogo vissuto interno. La presenza di massicci processi difensivi impedisce l'elaborazione delle dimensioni conflittuali che è necessaria per il passaggio alla vita adulta. I soggetti appartenenti al *Cluster 5* e al *Cluster 6*, manifestano profonde difficoltà nella soluzione delle problematiche adolescenziali: essi si rapportano alla realtà con un atteggiamento aggressivo-svalutativo che seppur caratteristico della fase adolescenziale è presente a un livello superiore alla norma. Tra questi *Cluster* "a rischio" una distinzione può essere fatta in merito alla natura dei possibili esiti patologici: mentre per i soggetti del *Cluster 3* si prevede un disagio esprimibile in un "vissuto", i soggetti riferiti ai *Cluster 5* e *6* è più probabile che sviluppino una sintomatologia basata su componenti "agite".

Tre cluster su otto, quindi, possono essere individuati come possibili indicatori di un disadattamento. Si tratta dei *Cluster 3, 5, 6* che per tale motivo sono stati denominati cluster "a rischio".

La ricerca

1. Ipotesi e obiettivi

L'*ipotesi operativa* centrale che ha guidato il nostro lavoro riguarda la verifica di una possibile corrispondenza tra i *Cluster* M.R.O. considerati *a rischio* di disadattamento (cluster 3-5-6), in quanto indicativi di una certa incapacità di instaurare relazioni mature e soddisfacenti con la realtà esterna, e la tendenza ad interrompere precocemente la terapia (o ai primi colloqui o al termine della fase di valutazione); e, all'opposto, tra i *Cluster* M.R.O. che indicano profili relazionali *non a rischio* (cluster 1-2-4-7-8) e la tendenza a decidere di proseguire la terapia.

2. Caratteristiche dello studio e metodologia

Lo studio che presentiamo ha avuto luogo all'interno di una struttura consultoriale pubblica specificamente prevista per accogliere adolescenti e giovani adulti auto-riferiti.

Per il nostro lavoro abbiamo preso in considerazione un gruppo di 40 adolescenti, 20 maschi e 20 femmine, di età compresa tra i 16 e i 22 anni, tutti studenti di scuole medie inferiori e superiori, che spontaneamente si erano rivolti al Consultorio per una consulenza psicologica.⁹

Al colloquio clinico, declinato fondamentalmente secondo categorie psicodinamiche, è stata affiancata la somministrazione del test M.R.O.

Con i giovani che hanno partecipato al presente studio, la procedura adottata è stata la seguente:

- una prima fase di consultazione (4/5 colloqui) in vista di una possibile psicoterapia (attuata successivamente, nei casi previsti, secondo un modello psicodinamico);

- all'interno di tale fase di consultazione, nel corso del primo colloquio, somministrazione dell'M.R.O.;

- sempre all'interno della suddetta fase di consultazione, nell'ultimo colloquio, eventuale proposta, ove ne ricorressero le condizioni, del progetto terapeutico da intraprendere;

- eventuale inizio della psicoterapia.

I risultati al test M.R.O. ci hanno permesso di collocare ciascun soggetto all'interno degli otto cluster cui abbiamo fatto riferimento, identificanti, lo ripetiamo, specifiche modalità di relazione oggettuale. Ciò ha consentito di isolare due gruppi: uno costituito dai soggetti riferiti ai cluster compatibili con condizioni complessivamente adeguate, e comunque nella norma (clu-

ster 1-2-4-7-8) e *non a rischio* di una evoluzione disadattiva; l'altro costituito dai soggetti riferiti ai cluster indicanti configurazioni relazionali *a rischio* di un possibile disadattamento (cluster 3-5-6).

In relazione all'altra variabile considerata, ovvero *la durata* dell'intervento psicologico, è stata stimata come decisione di intraprendere una psicoterapia, l'effettivo proseguimento della presa in carico terapeutica del soggetto dopo aver concluso tutta la prima fase della consultazione. Diversamente, è stata considerata come decisione di non intraprendere la psicoterapia, l'interruzione della presa in carico da parte del soggetto durante o al termine della consultazione.

3. Risultati

La Tab. 1 e la Tab. 2 riportate di seguito¹⁰ mostrano la distribuzione dei vari soggetti in relazione ai parametri considerati:

[INSERIRE TAB. 1]

[INSERIRE TAB. 2]

Come si evince dalla lettura delle tabelle, 25 soggetti (13 maschi e 12 femmine) decidono di portare avanti la terapia, mentre 15 soggetti (7 maschi e 8 femmine) interrompono. Si evidenzia, inoltre, come 23 soggetti (13 maschi e 10 femmine) presentino profili di relazione oggettuale corrispondenti a cluster *non a rischio*, mentre 17 (7 maschi e 10 femmine) sono riconducibili a cluster *a rischio*.

I due gruppi, relativi alle variabili "*durata*" e "*tipologia di cluster*", sono stati successivamente confrontati attraverso il test del χ^2 . I risultati sono riportati in Tab. 3.

[INSERIRE TAB. 3]

Per quanto riguarda la variabile *durata*, è stata anche predisposta la seguente Tab. 4 che mostra più analiticamente la distribuzione del gruppo di soggetti in relazione alle tre categorie della variabile *durata*.

[INSERIRE TAB. 4]

4. Discussione

I risultati del χ^2 riportati nella Tab. 3 evidenziano un valore significativo per un livello di $p < 0,001$, offrendo quindi una conferma della nostra ipotesi operativa centrale: i soggetti appartenenti ai cluster M.R.O. *a rischio* tendono maggiormente ad interrompere la relazione clinica rispetto ai soggetti

riconducibili ai cluster cosiddetti *non a rischio*, che al contrario, sembrano tendenzialmente più propensi a mantenere e portare avanti la relazione stessa.

Una spiegazione di questo risultato può essere fornita alla luce del rapporto tra le caratteristiche comportamentali distintive dei soggetti appartenenti ai cluster *a rischio* (3-5-6) ed il "compito" con cui questi stessi soggetti si dovevano confrontare: stabilire e sviluppare una relazione interpersonale di particolare pregnanza e significato.

I cluster 5 e 6 (rispettivamente *Disadattamento relazionale con tendenza all'espressione dell'aggressività* e *Relazione notevolmente disturbata con l'oggetto*) identificano adolescenti e giovani che accanto a un atteggiamento di svalutazione ed aggressività nei confronti dell'altro, manifestano, in misura variabile, un inadeguato esame di realtà e difese poco adattive. In pratica, essi tendono a rapportarsi alla realtà esterna con una modalità esclusivamente aggressivo/svalutativa e/o di rifiuto/rottura. La condizione intrapsichica che sottende questa modalità comportamentale esprime, in forma molto accentuata, quel caratteristico rifiuto della realtà esterna e quella opposizione al mondo ed ai valori adulti che possono di frequente incontrarsi in quei giovani potenzialmente interessati a sviluppare forme di *breakdown adolescenziale* (Laufer, Laufer, 1984). Queste condizioni sono dunque particolarmente ostacolanti rispetto al "compito" delineato sopra e rappresentano, dalla prospettiva dello psicologo clinico, le dimensioni di maggiore difficoltà con cui egli deve confrontarsi.

Osserviamo inoltre come questi soggetti esprimano il loro malessere prevalentemente sotto forma di "agito": possiamo infatti interpretare le precoci interruzioni (o rifiuti) del rapporto clinico, come forme di passaggio all'atto in estrema difesa di una possibilità di confronto con il proprio disagio; opportunità offerta loro nei primi colloqui di consultazione clinica. Si può asserire, quindi, che rigettando tale possibilità, questi ragazzi rifiutino di accogliere la dimensione elaborativo-depressiva che essa comporta¹¹.

Un ulteriore dato che ci può aiutare nella comprensione dell'abbandono della terapia da parte di questi soggetti proviene da una lettura analitica dei resoconti relativi al lavoro clinico svolto con loro. È emerso infatti che, pur trattandosi di giovani *autoriferiti* ed in quanto tali giunti alla consultazione sulla base di una motivazione spontanea, ruolo preponderante nella decisione di consultare uno psicologo clinico, sia stato svolto dal consiglio sovente insistente di un familiare o di un partner, in difficoltà spesso proprio per quel comportamento aggressivo che si è poi rivelato centrale per il prosieguo della consultazione e/o della psicoterapia.

Per quanto concerne, invece, i soggetti che hanno ottenuto un profilo corrispondente al cluster 3 (*Iperadattamento relazionale*), è necessaria qualche ulteriore riflessione. Essi, infatti, manifestano un comportamento incoerente

circa la variabile "durata della terapia": in parte (6 soggetti) la proseguono e in parte (2 soggetti) la interrompono. Un tale andamento, può essere ascrivibile al fatto che a tale cluster appartengono individui con una modalità di adattamento acritico alla realtà, portatori di una "falsa" identità costruita sull'adeguamento, nelle relazioni oggettuali, alla "normalità", intesa sia come rappresentazione sociale sia come costruzione interna. Una modalità di rapporto tipica di un Sé esclusivamente modellato sulle aspettative e sulle richieste esterne. Ciò implica l'attivazione di massicci aspetti difensivi rispetto ai nuclei conflittuali che pertanto rimangono inesplorati, non elaborati e quindi in grado di comportare disagi anche di rilievo, soprattutto in rapporto all'ingresso nell'età adulta. Sulla base di quanto affermato, è plausibile dunque ipotizzare che la scelta di proseguire la psicoterapia (intrapresa da ben 6 soggetti) possa riflettere lo stile di adattamento sopra descritto ed essere riconducibile a un atteggiamento compiacente di tipo *falso-Sé*. Tutto ciò può essere maggiormente accreditato da un'ulteriore considerazione: a differenza degli altri due cluster *a rischio* (cluster 5 e 6) i cui rappresentanti, come detto, è più probabile che sviluppino una sintomatologia basata su componenti "agite", il cluster 3 identifica individui in cui una possibile problematica psicologica tende preferenzialmente ad esprimersi in sintomi per lo più caratterizzati da un "vissuto". Ciò porta ad aspettarsi da parte di questi ultimi una dimensione di rifiuto della relazione terapeutica più subdola e meno manifesta.

Un'ultima osservazione riguarda il comportamento degli appartenenti a un cluster *non a rischio*: il cluster 2 (*Evitamento dal coinvolgimento nella relazione*).

Come si può ben vedere dalla Tab. 4, tutti i ragazzi (4 soggetti) appartenenti al suddetto cluster interrompono la terapia ancora prima del termine della fase iniziale di valutazione; risultato apparentemente dissonante con le nostre aspettative dal momento che si tratta di un cluster *non a rischio*. In realtà, tale dato può essere ricondotto al fatto che tale cluster, pur non essendo *a rischio*, propone una configurazione relazionale descrivibile come reazione di evitamento e di controllo dell'oggetto. È plausibile pensare che il *pattern* mentale cui tale cluster allude sia in relazione con una decisa difficoltà ad assimilare ed elaborare i complessi cambiamenti psicologici che l'adolescenza comporta; difficoltà che può esitare nella tendenza a considerare la dimensione affettiva ed emozionale come "pericolosa" e quindi necessitante di controllo, se non finanche di scotomizzazione ed isolamento.

Una tale modalità di vivere la condizione adolescenziale risulta apparentemente meno "disturbante" di quella che si caratterizza per l'espressione diretta di opposizione ed aggressività verso il mondo esterno. È tuttavia noto quanto sia importante non sottovalutare queste modalità di espressione del disagio, spesso denominate dalla letteratura "crisi a bassa voce".

I soggetti che vi appartengono possono infatti, presentare uno stato di disagio in posizione latente: sono individui che, non manifestando apertamente le ragioni di un loro possibile disagio, sono difficilmente riconoscibili come portatori di un'esigenza di aiuto. Qualche volta tutto ciò può comportare il manifestarsi di reazioni disadattive, che risultano tanto più incongrue ed inaspettate in quanto non previste.

5. Conclusioni

La nostra indagine empirica esplorativa è nata essenzialmente dall'intento di circoscrivere eventuali dimensioni predittive rispetto alla possibilità di iniziare e portare avanti una psicoterapia, facendo particolare riferimento all'epoca adolescenziale e giovanile e assumendo come criterio di orientamento la qualità delle relazioni oggettuali di un individuo.

Si è scelto di prendere in esame il tema del rapporto tra il momento della valutazione iniziale in vista di un trattamento psicoterapeutico e il trattamento vero e proprio, nella convinzione che la dimensione dell'*assessment* possa costituire un momento rilevante per la complessiva relazione clinica sia dal punto di vista del paziente che dal punto di vista dello psicologo/psicoterapeuta e per l'individuazione precoce di situazioni a rischio di *drop-out*.

I risultati emersi incoraggiano a proseguire nella direzione delineata confermando che l'investigazione della qualità delle relazioni oggettuali, come sottolineato anche dalla più recente letteratura internazionale, sembra possedere, in questo campo, una valida capacità discriminativa.

D'altra parte l'individuazione, anche precoce, delle situazioni "problematiche" non deve limitarsi a una sorta di catalogazione descrittiva, ma deve costituirsi come stimolo per la comprensione sempre più accurata dei costituenti dinamici di tali realtà quale presupposto per una migliore gestione delle stesse in campo clinico.

Bibliografia

- ARDIZZONE M., GRASSO M. (1984), *M.R.O. Modello delle relazioni d'oggetto. Frasi da completare per adolescenti*, Organizzazioni Speciali, Firenze.
- AZIM H.F.A., PIPER W.E., SEGAL P.M., NIXON G.W.H., DUNCAN S.C. (1991), The Quality of Object Relation Scale, in "Bulletin of the Menninger Clinic", 55, pp. 323-343.
- BATEMAN A., HOLMES J. (1995), *Introduction to Psychoanalysis. Contemporary Theory and Practice*, trad. it. (1998) *La psicoanalisi contemporanea. Teoria, pratica e ricerca*, Raffaello Cortina, Milano.
- BAUMANN B.D., HILSENROTH M.J., ACKERMAN S.J., BAITY M.R., SMITH C.L., SMITH S.R., BLAGYS M.D., PRICE J.L., HEINDELSMAN T.L., MOUNT M.K., HOLDWICK D.J. (2001), The Capacity for Dynamic Pro-

- cess Scale: an Examination of Reliability, Validity, and Relation to Therapeutic Alliance, in "Psychotherapy Research", 3, pp. 275-294.
- BENZÉCRI J.P., BENZÉCRI F. (1984), *L'analyse des données. Analyse des correspondances & classification exposé élémentaire*, Dunod, Paris.
- COMPTON A. (1996), *Objects and Object Relationships*, in B. Moore, B. Fine (eds), *Psycho-analysis: The Major Concepts*, Yale University Press, London, pp. 433-449.
- DE CORO A., GRASSO M., DOMINICI F. (2003), Attaccamento e relazioni oggettuali in adolescenza. Un contributo di ricerca, in "Infanzia e Adolescenza", 2, pp. 78-95.
- FAIRBAIRN W.R.D. (1952), *Psychoanalytic Studies of the Personality*, Tavistock/Routledge & Kegan Paul, London; trad. it. (1970) *Studi psicoanalitici sulla personalità*, Bollati Boringhieri, Torino.
- GRASSO M. (1994), *Quando il disagio non si vede. Patterni psicologici del disagio giovanile*, in LABOS, *La gioventù negata. Osservatorio sul disagio giovanile*, T.E.R., Roma, pp. 275-296.
- GRASSO M. (2004), *Sul rapporto tra assessment e trattamento alla luce del contributo di O. Kernberg*, in A. Pennella (a cura di), *Il confine incerto. Teoria e clinica del disturbo borderline*, Edizioni Kappa, Roma, pp. 79-109.
- GRASSO M., ARDIZZONE M., MACCIONI S., LOMBARDO RADICE M., FERRO P. (1986), Psicodiagnostica di patologie adolescenziali: primi rilievi clinici sull'utilizzazione del Modello delle Relazioni d'Oggetto (M.R.O.), in "Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza", 53, pp. 347-362.
- GRASSO M., ARDIZZONE A., MUCELLI R., BRANCA F., NUZZOLO L., IODICE A. (1991), Adolescenza e prevenzione. Indagine sperimentale sui cluster a rischio e sulla loro valenza psicodinamica, in "Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale", 2, pp. 179-196.
- GRASSO M., CARONE A.R., MODUGNO R., MARTINO V. (1993), *Psicologia della salute e alcolismo adolescenziale*, Relazione all'XI Congresso Nazionale della Società Italiana di Alcolologia, Bari.
- GRASSO M., ARDIZZONE M. (1997), *M.R.O. - Modello delle Relazioni d'Oggetto, Manuale II ediz. riveduta e ampliata*, Organizzazioni Speciali, Firenze.
- GRASSO M., CORDELLA B., PENNELLA A. (2003), *L'intervento in psicologia clinica. Fondamenti teorici*, Carocci, Roma.
- GREENBERG J.R., MITCHELL S.A. (1983), *Object Relations in Psychoanalytic Theory*, Harvard University Press, Cambridge, Mass.; trad. it. (1986) *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*, Il Mulino, Bologna.
- GUNTTRIP H. (1961), *Personality Structure and Human Interactions: the Developing Synthesis of Psycho-dynamic Theory*, International Universities Press, New York; trad. it. (1971) *Struttura della personalità e interazione umana: sintesi evolutiva della teoria psicodinamica*, Bollati Boringhieri, Torino.

- HAMILTON G. N. (1988), *Self and Others. Object Relations Theory in Practice*, Jason Aronson Inc., Northvale, New York; trad. it. (1994) *Teoria delle relazioni d'oggetto e pratica clinica*, Franco Angeli, Milano.
- HAMPTON-ROBB S., QUALLS R.C., COMPTON W.C. (2003), Predicting First-Session Attendance: the Influence of Referral Source and Client Income, in "Psychotherapy Research", 2, pp. 223-233.
- KERNBERG O.F. (1981), Structural Interviewing, in "Psychiatric Clinics of North America", 4, pp. 169-195; trad. it. (1983) *L'intervista strutturale*, in "Psicoterapia e Scienze Umane", 3, pp. 22-55.
- KERNBERG O.F. (1984), *Severe Personality Disorders*, Yale University Press, New Haven-London; trad. it. (1987) *Disturbi gravi della personalità*, Bollati Boringhieri, Torino.
- KERNBERG O.F. (1996), *Psychoanalytic Object Relations Theory*, in B. Moore, B. Fine (eds), *Psycho-analysis: The Major Concepts*, Yale University Press, London, pp. 450-462.
- LAUFER M., LAUFER M.E. (1984), *Adolescence and Developmental Breakdown. A Psychoanalytic View*, Yale University Press, New Haven-London; trad. it. (1986) *Adolescenza e break-down evolutivo*, Boringhieri, Torino.
- LUBORSKY L., SINGER B., LUBORSKY L. (1975), Comparative Studies of Psychotherapies: Is it True that "Everybody Has Won and All Must Have Prizes"?, in "Archives of General Psychiatry", 32, pp. 995-1008.
- MITCHELL S.A. (2000), *Relationality. From Attachment to Intersubjectivity*, The Analytic Press, Hillsdale, New Jersey; trad. it. (2002) *Il modello relazionale. Dall'attaccamento all'intersoggettività*, Raffaello Cortina, Milano.
- OGDEN T.H. (1983), The Concept of Internal Object Relations, in "International Journal of Psycho-Analysis", 64, pp. 227-241.
- PIPER W.E., DUNCAN S.C. (1999), Object Relations Theory and Short-Term Dynamic Psychotherapy: Findings from the Quality of Object Relations Scale, in "Clinical Psychology Review", 6, pp. 669-685.
- PRICE J.M., LENTO J. (2001), *The Nature of Child and Adolescent Vulnerability*, in R.E. Ingram, J.M. Price (eds), *Vulnerability to Psychopathology*, New York-London, Guilford Press, pp. 20-38.
- SAFRAN J.D., MURAN J.C. (2000), *Negotiating the Therapeutic Alliance. A Relational Treatment Guide*, Guilford Press, New York; trad. it. (2003) *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*, Laterza, Bari.
- SAMSTAG L.W., BATCHELDER S.T., MURAN J.C., SAFRAN J.D., WINSTON A. (1988), Early Identification of Treatment Failures in Short-Term Psychotherapy: an Assessment of Therapeutic Alliance and Interpersonal Behavior, in "Journal of Psychotherapy Practice and Research", 7, pp. 126-143.
- SANDLER J. (1981), Unconscious Wishes and Human Relationship, in "Contemporary Psychoanalysis", 17, pp. 180-196.

- SUTHERLAND J. (1980), The British Object Relations Theorists: Balint, Winnicott, Fairbairn, Guntrip, in "Journal of the American Psychoanalytic Association", 28, pp. 829-860.
- VARIN D., RIVA CRUGNOLA C. (1996), *Attaccamento e relazioni oggettuali: sviluppi teorici e ricerca nel contesto ecologico dell'asilo nido*, in G. Rezzonico, S. Ruberti (a cura di) *L'attaccamento nel lavoro clinico e sociale: esplorazione e sviluppo di nuovi modelli di intervento*, Franco Angeli, Milano, pp. 73-91.
- VOLPI I., GRASSO M. (1997), *Un contributo interpretativo attraverso la cluster analysis*, in M. Grasso, M. Ardizzone (1997), *M.R.O. Modello delle Relazioni d'Oggetto. Frasi da completare per adolescenti. Manuale (II ediz.)*, Organizzazioni Speciali, Firenze, pp. 25-31.

Note

¹ Il test, è stato elaborato da M. Ardizzone e M. Grasso, nel 1984; nella nostra ricerca faremo prevalente riferimento all'edizione del test più recente, quella del 1997, che è il prodotto di un lavoro di revisione in cui è stato ampliato il campione normativo (2000 soggetti, maschi e femmine, di età compresa tra i 15 e i 22 anni) e sono stati individuati, attraverso una *cluster analysis*, otto raggruppamenti-profilo.

² Per fare un esempio di quanto detto: è possibile intrattenere un rapporto da valutare attraverso la basica dicotomia "buono/cattivo" non soltanto con un'immagine parentale interiorizzata, bensì pure con l'esperienza di frustrazione che da tale rapporto può eventualmente discendere; e lo stesso si può dire per condizioni di esperienza quali il senso di colpa o la paura, nonché per le interne dimensioni temporali relative al futuro ed al passato.

³ Molti altri autori andrebbero ovviamente citati a proposito della teoria delle relazioni oggettuali (oltre ai riferimenti indicati, si veda per uno sguardo di insieme anche Bateman, Holmes, 1995). I testi segnalati possono disegnare solo uno dei possibili itinerari al suo interno. Ci sembra tuttavia importante ricordare, oltre agli unanimemente riconosciuti padri fondatori Fairbairn e Guntrip, soprattutto per la traduzione nella dimensione clinica della teoria delle relazioni oggettuali, anche Winnicott e Balint (cfr. Sutherland, 1980). Sempre con riferimento all'ambito clinico e in particolare alle strategie di *assessment* finalizzate alla diagnosi e alla ricerca, cfr. tra gli altri l'accurata *review* al proposito fornita da Piper e Duncan, 1999.

⁴ A ogni item (completamento) viene assegnato un punteggio che si articola in sette livelli e varia da 1 (massima polarità negativa) a 7 (massima polarità positiva). I punteggi non si collocano all'interno di una progressione lineare, ma all'interno di andamento curvilineo, per cui, i punteggi 2, 3, 5, 6, indicano qualità esperienziale diversamente graduate in positivo (5 e 6) o in negativo (3 e 2), ma che tengono sempre conto della realtà dell'oggetto. I punteggi 1 e 7 si collocano ai margini di quello che potremmo definire un "buon esame di realtà": tanto l'estrema svalutazione distruttiva quanto l'iper-valutazione e l'isolamento del sé, seppur da poli opposti, rappresentano una negazione della realtà dell'oggetto, vanificando così la possibilità

di un rapporto autentico con esso. Il punteggio 4 identifica una condizione di evitamento della relazione.

⁵ Ribadiamo ancora una volta che, il contesto di relazione adolescenziale, viene apprezzato dalla prospettiva della sua rappresentazione da parte dell'adolescente e gli "oggetti", di cui è popolato, sono colti nella loro dimensione "interna" al soggetto, per l'appunto rappresentazionale.

⁶ Per la valutazione dell'adeguatezza della dimensione di realtà con cui viene connotato l'oggetto, si rimanda all'assegnazione di punteggi (da 1 a 7), attribuita a ciascun completamento, di cui si è parlato sopra.

⁷ Il punteggio 4 merita un'attenzione particolare in quanto, pur muovendo da un implicito riconoscimento dell'oggetto, esprime il tentativo di evitare una relazione autentica e un coinvolgimento emotivo con l'oggetto stesso.

⁸ La suddetta analisi, di tipo non gerarchico, è stata realizzata con il cosiddetto metodo delle "nubi dinamiche" (Benzécri, Benzécri, 1984). Attraverso successive elaborazioni è stato possibile definire una ventina di raggruppamenti che saturano oltre l'80% della popolazione giovanile considerata. I primi otto cluster, quelli cui facciamo riferimento, comprendono la maggioranza dei soggetti considerati nella ricerca del 1997. I successivi undici cluster presentavano forti vicinanze con alcuni di quelli precedenti (in particolare con quelli riferiti a quadri di buon adattamento e di adeguatezza relazionale), mentre il ventesimo cluster raggruppava i soggetti non classificati. Ogni cluster è determinato dal peso relativo che hanno in esso i diversi punteggi e da alcune possibili combinazioni.

⁹ Desideriamo ringraziare la dott.ssa Barbara Margozi, specialista in psicologia clinica, per la collaborazione prestata in fasi e momenti diversi della ricerca.

¹⁰ Per una maggiore chiarezza, abbiamo deciso di suddividere i soggetti in base al genere: la Tab. 1 riporta i dati dei 20 maschi e la Tab. 2 riporta quelli delle 20 femmine del gruppo.

¹¹ Pur marcando questo aspetto, ci sembra opportuno non dimenticare comunque la valenza processuale-evolutiva di tutte le manifestazioni del disagio adolescenziale e, quindi, anche dei passaggi all'atto.

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 revisori 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 e al nome degli autori e del loro ente di appartenenza, le **parole-chiave** 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 maiuscolo 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. 513-21.

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.