

Università degli Studi di Roma “La Sapienza”
Dottorato di Ricerca in Psicologia Dinamica e Clinica
XVI CICLO

Motivational Areas Rating Scale

Sviluppo di un metodo di valutazione
empirica delle psicoterapie

Diego Sarracino

Tutor
Prof. Nino Dazzi

Co-tutor
Prof. Alessandra De Coro
Prof. Francesca Ortu

TESI DI DOTTORATO
Anno Accademico 2002/03

La sofferenza ci minaccia da tre parti: dal nostro corpo..., dal mondo esterno... e infine dalle nostre relazioni con altri uomini. La sofferenza che trae origine nell'ultima fonte viene da noi avvertita come più dolorosa di ogni altra.

S. Freud, *Il disagio della civiltà*,
Boringhieri, Torino, pp. 568-569

Indice

Ringraziamenti	9
Abbreviazioni	11
Introduzione	13
I. La ricerca empirica in psicoterapia	17
1.1. Lo studio empirico del disagio psichico e delle modalità di intervento	17
1.1.1. <i>Misurazione e verifica empirica nelle scienze umane e mediche</i>	17
1.1.2. <i>Il caso della psicoanalisi e della psicoterapia psicoanalitica</i>	18
1.1.3. <i>Aspetti socio-politici della ricerca in campo psicoterapeutico e psichiatrico</i>	19
1.1.4. <i>Approccio descrittivo-classificatorio e approccio psicodinamico</i>	21
1.2. La valutazione empirica in ambito psichiatrico	22
1.2.1. <i>Cenni storici</i>	22
1.2.2. <i>I sistemi diagnostici descrittivi</i>	23
1.2.3. <i>La metodologia delle rating scales</i>	26
1.3. La valutazione empirica in ambito psicodinamico	32
1.3.1. <i>La ricerca in psicoterapia, tra nomotetico e idiografico</i>	32
1.3.2. <i>Clinica e ricerca empirica</i>	33
1.3.3. <i>Ricerca sul risultato e ricerca sul processo</i>	36
1.3.4. <i>Gli studi sul “modello relazionale centrale”</i>	38
1.4. Verso un'integrazione tra ricerca descrittiva e psicodinamica	41
1.4.1. <i>Classificazione psichiatrica e valutazione psicodinamica</i>	41
1.4.2. <i>Influenze dell'approccio psicodinamico nel DSM. La SWAP-200</i>	42
1.4.3. <i>La Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata (OPD)</i>	44
1.5. Conclusioni	44

II. Fondamenti teorici della MARS	47
2.1. Una rivisitazione della teoria dei sistemi motivazionali	47
2.1.1. <i>L'importanza delle motivazioni in psicoanalisi</i>	47
2.1.2. <i>La teoria dei sistemi motivazionali di J. Lichtenberg</i>	48
2.1.3. <i>Alcune critiche rivolte alla suddivisione in cinque sistemi motivazionali</i>	51
2.1.4. <i>Una proposta di revisione: da cinque a tre sistemi motivazionali</i>	53
2.2. I modi fondamentali di interazione tra sé e oggetto, da una prospettiva soggettiva e oggettiva	55
2.2.1. <i>Le diverse accezioni del termine "oggetto"</i>	55
2.2.2. <i>L'asse oggettuale: la dinamica tra sé e oggetto</i>	56
2.2.3. <i>L'asse oggettivo: la dinamica tra soggettivo e oggettivo</i>	60
2.2.4. <i>I quattro modi fondamentali</i>	63
2.2.5. <i>L'asse motivazionale-affettivo</i>	66
2.2.6. <i>Definizione di area motivazionale</i>	69
2.3. Le tre aree motivazionali	70
2.3.1. <i>L'area corporea</i>	70
2.3.2. <i>L'area relazionale</i>	72
2.3.3. <i>L'area realizzativa</i>	74
2.3.4. <i>Confronto e discriminazione tra le aree motivazionali</i>	76
2.4. Equilibrio e disequilibrio delle aree motivazionali	76
III. Descrizione della MARS	81
3.1. Caratteristiche della scala	81
3.1.1. <i>Introduzione</i>	81
3.1.2. <i>Area esplorata</i>	81
3.1.3. <i>Numero di item e modalità di attribuzione del punteggio</i>	82
3.1.4. <i>Periodo di riferimento</i>	82
3.1.5. <i>Livello di inferenza</i>	83
3.1.6. <i>Tempi di codifica</i>	83
3.1.7. <i>Requisiti relativi ai valutatori</i>	84
3.1.8. <i>Caratteristiche psicometriche</i>	84
3.2. Modalità di codifica	84
3.2.1. <i>Premessa</i>	84
3.2.2. <i>Lettura preliminare del trascritto e discriminazione fra le tre aree motivazionali</i>	85
3.2.3. <i>Discriminazione tra i modi</i>	85
3.2.4. <i>Criteri per l'attribuzione dei punteggi</i>	87
3.2.5. <i>Analisi qualitativa e quantitativa</i>	88

IV. Studi empirici	91
4.1. Introduzione: caratteristiche psicometriche di una rating scale	91
4.2. I Studio: sviluppo della MARS e analisi preliminare degli item	93
4.2.1. <i>Versione precedente dello strumento</i>	93
4.2.2. <i>Costruzione di un set di item</i>	94
4.2.3. <i>Analisi preliminare degli item</i>	95
4.3. II Studio: valutazione dell'accordo tra giudici nella codifica della MARS	96
4.3.1. <i>Finalità dello studio</i>	96
4.3.2. <i>Soggetti</i>	96
4.3.3. <i>Campione di trascritti</i>	96
4.3.4. <i>Metodo</i>	97
4.3.5. <i>Risultati</i>	97
4.3.6. <i>Discussione</i>	97
4.4. III Studio: codifica di quattro casi clinici e confronto con altri criteri	98
4.4.1. <i>Finalità dello studio</i>	98
4.4.2. <i>Caso di Gianni</i>	98
4.4.3. <i>Caso di Sara</i>	101
4.4.4. <i>Caso di Franco</i>	105
4.4.5. <i>Caso di Emma</i>	108
4.5. IV Studio: analisi del processo. Il caso di Carmen	112
4.5.1. <i>Finalità dello studio</i>	112
4.5.2. <i>Sedute 1 e 2</i>	112
4.5.3. <i>Sedute 12 e 14</i>	116
4.5.4. <i>Sedute 41 e 43</i>	119
4.5.5. <i>Sedute 80 e 82</i>	121
4.5.6. <i>Considerazioni sull'andamento delle aree motivazionali nel corso delle sedute</i>	124
4.5.7. <i>Discussione</i>	129
Conclusioni	133
Riferimenti bibliografici	139
Appendice: Motivational Areas Rating Scale	151

Ringraziamenti

Sono molte le persone che devo ringraziare per questa tesi. Il mio tutor, il prof. Nino Dazzi, merita una prima e particolare menzione. Senza la sua guida, e il suo appoggio, questa dissertazione non sarebbe stata possibile, né pensabile. La mia gratitudine va anche alle mie co-tutor, la prof. Alessandra De Coro e la prof. Francesca Ortu, che mi hanno guidato in questi anni di dottorato, incoraggiando e indirizzando in modo critico il mio lavoro, e mettendomi a disposizione una serie di strumenti preziosi per portarlo avanti. Ringrazio i prof. Fabio Ferlazzo e Pietro San Martini, per il loro supporto metodologico, e il dott. Renato Foschi, per i suggerimenti sul manoscritto. Un ringraziamento ai partecipanti dell'EPG "La ricerca in psicoterapia", che hanno contribuito alla realizzazione del I Studio. Desidero infine ringraziare Annalisa Castrechini, Antonella Lattuga e Maria Staffieri, che hanno collaborato alla realizzazione del I e del II Studio.

Questa tesi non sarebbe stata possibile senza il contesto relazionale privilegiato di cui ho potuto beneficiare. Per questo sono grato alla mia famiglia, che ha realizzato un ambiente così prezioso.

Abbreviazioni

O	Oggetto oggettivo
O'	Oggetto soggettivo
S	Sé oggettivo
S'	Sé soggettivo
cor	Area corporea
rea	Area realizzativa
rel/a	Area relazionale attiva (antagonismo)
rel/p	Area relazionale passiva (ritiro)

Introduzione

Lo scopo di questo lavoro è presentare i presupposti storici, i principi teorici, le modalità di codifica e le prime evidenze empiriche relativi alla Motivational Areas Rating Scale (MARS), un nuovo strumento di valutazione e misurazione elaborato presso il Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica dell'Università di Roma "La Sapienza", studiato per adattarsi a diverse finalità di ricerca e applicative, in particolare alla definizione della diagnosi, alla valutazione del risultato e allo studio del processo in psicoterapia. Si tratta più precisamente di una scala di eterovalutazione codificata da valutatori indipendenti sulla base della lettura preliminare di trascritti audioregistrati di sedute psicoterapeutiche, che indaga gli aspetti problematici, relativi al paziente, presenti in tre aree motivazionali (area corporea, area realizzativa e area relazionale).¹

Questo strumento è fondato sull'idea che la personalità e i suoi disturbi, e il modo in cui si manifestano nel contesto della psicoterapia, possano essere studiati e compresi da molti punti di vista, al di là di una vecchia concezione che vede nella psicoterapia psicoanalitica un percorso esistenziale ineffabile, autoreferenziale e non condivisibile. Ciò, naturalmente, a condizione che su di essa vengano elaborate teorie, obiettivi e metodologie di ricerca coerenti e affidabili. In tal senso, la MARS intende rappresentare un contributo all'integrazione tra i dati della clinica e quelli della ricerca, e tra un approccio di tipo descrittivo-classificatorio e uno di tipo psicodinamico.

Nel primo capitolo, passerò in rassegna la letteratura sulla ricerca empirica in psicoterapia, presentando una serie di considerazioni teoriche ed epistemologiche, ma anche sociali, etiche e politiche. In particolare, approfondirò la dicotomia che, nel secolo scorso, ha contrapposto psichiatria e psicoanalisi, o – più precisamente – un approccio descrittivo-classificatorio e un approccio psicodinamico. Prenderò in considerazione le metodologie e gli strumenti di ricerca peculiari che i due orientamenti hanno sviluppato al loro interno: *rating scales*, strumenti diagnostici descrittivi, diagnosi operazionalizzate, metodi di ricerca sull'esito e sul processo psicoterapeutico e

¹ La MARS, e il foglio-guida ad essa allegato, sono riportati in appendice.

sistemi di analisi testuale. Uno dei propositi di questo capitolo è dimostrare che la dicotomia tra approccio descrittivo-classificatorio e approccio empirico psicodinamico sia dettata più da ragioni di carattere politico-istituzionale che da un'effettiva incompatibilità teorica e metodologica. A riguardo, nel paragrafo conclusivo, riporterò alcuni dei recenti tentativi di integrazione tra i due orientamenti teorici e di ricerca. Anche la MARS, lo strumento qui presentato, si colloca nella scia di queste proposte di studio multidisciplinare della psicoterapia.

Il secondo capitolo presenta i principi teorici su cui si basa la MARS. Inizierò discutendo la teoria dei sistemi motivazionali di J. Lichtenberg, approfondendo, in modo critico, le osservazioni di alcuni autori riguardo alla suddivisione della personalità in cinque sistemi motivazionali. Nel corso del capitolo, proporrò di rivedere in parte l'impianto teorico di Lichtenberg, osservando che una suddivisione in tre sistemi motivazionali si è mostrata più adeguata ad essere operazionalizzata negli studi preliminari condotti sulla scala. Il paragrafo successivo si soffermerà sulla definizione di una serie di costrutti teorici originali, su cui si basa la codifica e l'interpretazione della MARS: in particolare, il concetto di "area" motivazionale, che rappresenta un'estensione di quello di sistema motivazionale, e la definizione dei quattro "modi fondamentali", elaborati a partire dai diversi significati che gli "oggetti" possono assumere nelle nostre vite. Il capitolo si conclude con una descrizione dettagliata delle tre aree motivazionali e di alcuni pattern positivi e negativi con cui possono manifestarsi. In particolare, mi soffermerò sul tema dell'equilibrio/disequilibrio sistemico, e sugli aspetti problematici e disadattivi che possono interessare le diverse aree motivazionali.

Il terzo capitolo descrive nel dettaglio la MARS, soffermandosi sulle sue caratteristiche: area esplorata, numero di item, periodo di riferimento, livello di inferenza, tempi di codifica, requisiti relativi ai valutatori, caratteristiche psicometriche. Nello stesso capitolo sono riportate le modalità di codifica della scala: analisi preliminare del trascritto, discriminazione tra le aree motivazionali, determinazione dei modi, modalità di assegnazione del punteggio.

Nel quarto capitolo, presenterò una serie di studi empirici preliminari, volti a valutare le caratteristiche psicometriche della MARS (attendibilità, sensibilità, validità e praticità di impiego) e a testare l'applicabilità dello strumento a fini sia diagnostici – quale metodo di valutazione degli aspetti strutturali e dinamici del funzionamento psichico del paziente – che terapeutici – come mezzo di rilevazione dei cambiamenti nel corso del processo terapeutico. Il primo studio si riferisce all'analisi preliminare di un campione di item, da parte di 57 giudici indipendenti, che ha permesso di individuare gli item più attendibili, conducendo alla versione attuale della scala a 16 item. Il secondo studio indaga l'attendibilità dello strumento, nei termini dell'accordo tra giudici indipendenti nella codifica di dieci sedute psicoterapeutiche iniziali. Il terzo studio mira ad ottenere dati preliminari

Introduzione

sull'applicabilità e la validità concorrente dello strumento in fase diagnostica, attraverso la codifica e l'analisi di dieci trascritti relativi a quattro pazienti, e il confronto con la diagnosi secondo il DSM-IV e con il CCRT degli stessi pazienti. Infine, il quarto studio indaga l'applicabilità della MARS alla codifica del processo terapeutico, analizzando e comparando i trascritti di otto sedute, in fasi distinte del trattamento, relative a una medesima paziente.

I. La ricerca empirica in psicoterapia

1.1. Lo studio empirico del disagio psichico e delle modalità di intervento

1.1.1. *Misurazione e verifica empirica nelle scienze umane e mediche*

L'aspetto che forse meglio caratterizza la scienza è la misurazione, la possibilità di ricondurre le osservazioni a dati numerici. Questa considerazione vale anche, e a maggior ragione, per le scienze umane e mediche, tanto nella ricerca quanto nella pratica clinica, poiché la misurazione consente una migliore definizione dei problemi, favorisce la standardizzazione e l'oggettivazione del campo di nostro interesse, consente di verificare l'efficacia del trattamento e fornisce, attraverso il ricorso a procedure che possono essere condivise da altri, una base per confrontare i risultati di differenti strategie di intervento (Conti, 2002).

I progressi della medicina nel campo della misurazione sono sotto gli occhi di tutti: grazie a tecniche sempre più sofisticate (ematochimiche, radiografiche, tomografiche ecc.) i medici sono posti nella condizione di formulare un quadro molto accurato delle condizioni del paziente, comunicabile in maniera chiara ed univoca agli altri colleghi, di modo che questi possano avere dei riferimenti abbastanza sicuri per gli interventi successivi (Conti, 2002).

La psicologia e la psichiatria, che devono ogni giorno confrontarsi con l'unicità dei vissuti psichici dell'individuo, non hanno trovato parametri oggettivi specifici e univoci, paragonabili a quelli medici, in particolare nella determinazione della diagnosi, della gravità e delle specificità del quadro clinico. Le teorie e i manuali proposti da queste discipline rischiano di essere un meraviglioso castello con altissime torri circondate da merletti, ma costruito sulla sabbia. Il problema fondamentale è che in questo ambito non esiste un *gold standard* (un prezzo dell'oro a cui rapportare tutte le monete), cioè non esiste un validatore ultimo su cui misurare l'accuratezza delle diagnosi e delle misurazioni, come avviene ad esempio in certe malattie in-

fettive o internistiche ove è possibile rilevare la presenza inequivocabile di un virus, o di una ulcera (Migone, 1995).

Come osserva Conti (2002), troppo spesso gli interventi su pazienti con problemi psichici sono rimasti ancorati sostanzialmente alla valutazione globale (ed approssimativa) del “*Come si sente?*”, “*Quali disturbi ha?*”, “*Si sente meglio o peggio rispetto alla visita precedente?*”, senza poter fare riferimento a parametri obiettivi, in grado di dare una misura non equivoca del disturbo e della sua evoluzione, una misura che possa essere valida, accettabile e condivisa.

Tuttavia – paradossalmente – il problema della mancanza o dell’inadeguatezza degli strumenti di misurazione utilizzabili nel campo dell’intervento clinico è stato posto in secondo piano da un’altra questione, di carattere epistemologico (o, in questo caso, meglio definibile come “ideologico”). Per anni, molti studiosi della psiche umana, di diverso orientamento disciplinare e teorico, hanno considerato l’oggetto del proprio interesse *intrinsecamente* non misurabile da un punto di vista empirico. Anzi, molti hanno ritenuto cinica espressione di un miope riduttivismo il solo pensiero di poter misurare empiricamente i vissuti soggettivi del paziente: pensieri, motivazioni, percezioni ed emozioni.

1.1.2. *Il caso della psicoanalisi e della psicoterapia psicoanalitica*

In psicoanalisi, in particolare, l’obiettivo di dare una risposta specifica, funzionale ad uno sviluppo adeguato, a chi narra la propria storia e quella del proprio disagio, è stato a lungo considerato inconciliabile con l’esigenza, altrettanto importante, di estendere il lavoro analitico ad un ambito di sviluppo della conoscenza scientifica, finalizzato all’acquisizione di mezzi sempre più attendibili e adeguati a fornire proprio quella risposta necessaria al paziente. Ancora oggi, sono molti gli analisti che “disperano di ogni possibilità che studi empirici possano stabilire la validità di concetti psicoanalitici” (Arlow, 1995, p. 144). Ma, se i fenomeni psicoanalitici non sono misurabili, e verificabili, come può la psicoanalisi avere, nell’ottica galileiana, dignità scientifica?

Lo scollamento del racconto analitico, come esperienza vissuta, da un suo studio attraverso metodologie empiriche, comprensibile da un’ottica di rispetto umano ed emotivo per il paziente, ha creato una distanza profonda tra teoria e clinica, tra conoscenza ed esperienza. Questo discorso non vale solo per quella parte della ricerca empirica che mira a verificare le ipotesi psicoanalitiche, per conferire ad esse dignità scientifica, ma anche per gli studi volti a stabilire l’efficacia della psicoterapia psicoanalitica, intesa come metodo di cura. Negli ultimi vent’anni, a partire cioè dall’era “post-apostolica” della psicoanalisi (Arlow, 1982, p. 18), sono state sviluppate nuove conoscenze e nuovi strumenti per raccogliere e portare avanti questa

complessa sfida. L'esigenza di sfuggire al circolo vizioso epistemologico delle interpretazioni autoreferenziali compiute dallo stesso terapeuta (Thomä, Kächele, 1985) ha condotto, nonostante numerose resistenze, al diffondersi di metodologie di indagine diverse dall'introspezione clinica o dal resoconto dei casi, ritenuti tendenzialmente inclini più alla conferma del proprio modello che ad un reale confronto scientifico.

Come vedremo più avanti, negli ultimi anni sono state condotte diverse ricerche sull'esito e sul processo terapeutico, ricorrendo alla registrazione delle sedute e alla valutazione delle interazioni cliniche da parte di esaminatori esterni. Si è cercato in tal modo di affiancare allo studio tradizionale del caso clinico una ricerca empirica sistematica e formalizzata e di sviluppare metodi che permettessero un agevole confronto intersoggettivo sulle modalità procedurali della terapia, soddisfacendo in tal modo il requisito cardinale della scienza: *dati pubblicamente verificabili* (Jones, 1995, p. 94). L'obiettivo dovrebbe essere quello di rendere la psicoterapia psicoanalitica non solo più definita su un piano epistemologico e teorico, ma anche più trasparente ed efficace da un punto di vista clinico, con auspicabili ricadute sul piano sociale e il riconoscimento di un ruolo più rilevante e credibile di quanto avvenga oggi.

1.1.3. *Aspetti socio-politici della ricerca in campo psicoterapeutico e psichiatrico*

Come ogni attività umana, la ricerca scientifica non è esente da considerazioni sociali, culturali, storiche, politiche. Ciò vale a maggior ragione per la ricerca empirica in psicoterapia, che per molti versi è ancora agli inizi.

La congiuntura economica internazionale impone un'oculata gestione dei fondi destinati all'assistenza, e l'individuazione delle prestazioni veramente necessarie per i pazienti e sufficientemente efficaci da giustificare il loro costo. Gli investimenti pubblici tendono a concentrarsi in quei settori dove i risultati sono documentabili e verificabili; anche in campo privato, il crescente ricorso alle coperture assicurative private renderà necessaria un'adeguata documentazione degli interventi effettuati e dei risultati conseguiti.

Questo discorso vale per ogni forma di intervento, farmacologico o psicologico, ma è addirittura impellente riguardo le psicoterapie dinamiche (in particolare psicoanalitiche), per la quali la carenza di dati "obiettivi" e di studi replicati e replicabili ha spinto diversi autori a proporre la sospensione dei finanziamenti da parte delle amministrazioni pubbliche, finché la loro efficacia non venga dimostrata inconfutabilmente (Andrews, 1993, pp. 242-243). Del resto, gli stessi psicoanalisti rilevano una progressiva esclusione dei trattamenti psicoanalitici dalle linee guida per il trattamento dei disturbi mentali (Fonagy, 1996), e non solo in rapporto alle strutture pubbliche, ma

anche per quanto concerne le società assicurative che pagano le sedute, l'opinione pubblica, i mass-media ecc. Sembra dunque divenuta imperativa l'esigenza di dimostrare il valore e l'efficacia della psicoanalisi e – in generale – delle psicoterapie dinamiche.

Per quanto le considerazioni sulle assicurazioni e i finanziamenti siano dettate anche da ragioni economiche e di politica sociale, non vi è dubbio che la sfida ad affrontare il problema è quantomeno salutare anche da un punto di vista epistemologico. Troppo spesso, in passato, la ricerca e l'evoluzione del pensiero psicoanalitico sono rimaste un passo indietro rispetto ad altri campi del sapere scientifico, a causa di pochi ma influenti autori che, stando alle parole di Merton Gill (1994), anziché comprovare con dati empirici le loro asserzioni, amavano “filosofeggiare” sulla validità delle teorie. Tuttavia, come ha sottolineato Fonagy (1999), il progresso della psicoanalisi dipende dalla rottura del suo isolamento rispetto ai progressi straordinari degli altri ambiti scientifici.

In questo discorso epistemologico – ma anche etico e politico – non bisogna tralasciare che il contesto in cui ci muoviamo oggi è caratterizzato dalla diffusione di psicoterapie brevi e mirate, di provata efficacia (soprattutto in relazione alla remissione di sintomi specifici), da una maggiore competenza metodologica negli ambienti psicoanalitici e da una profonda revisione del paradigma psicoanalitico che si sta compiendo negli ultimi anni, in conformità ai dati provenienti dalle ricerche empiriche, soprattutto in rapporto allo sviluppo infantile. (Lingiardi, Gazzillo, 2001). La sempre maggiore convivenza istituzionale di psicoanalisti e psicologi accademici, le scoperte delle neuroscienze e della psicologia cognitiva, la diffusione dell'utilizzo di metodi statistici e di strumenti di rilevazione e osservazione dei dati sofisticati e flessibili, le richieste di validazione empirico-quantitativa delle asserzioni psicoanalitiche sollecitate da molti epistemologi, dal mercato degli assicuratori e da numerosi autori, hanno spronato un maggiore impegno della ricerca qualitativa e quantitativa in questo campo (Lingiardi, Gazzillo, 2001).

La ricerca empirica sul disagio psichico e sulle modalità d'intervento, in campo psichiatrico e psicoterapeutico, è ancora ai primi passi. Come sottolineato con un'efficace metafora da Parloff (1985, p. 34), essa è simile a una *cottage industry*, una piccola industria basata sul lavoro a domicilio, in confronto alla ricerca condotta in altri campi (nelle scienze fisiche, in medicina ecc.), con una tradizione ben più gloriosa e – fatto non trascurabile – con finanziamenti ben più ricchi alle spalle. Tuttavia, malgrado le inevitabili differenze di “scuola”, non è irragionevole osservare che ormai la psicoterapia sta uscendo dallo stato di disciplina prescientifica per entrare in quello di “scienza normale” (Kuhn, 1962; Orlinsky, Grawe, Parks, 1994, p. 352). Vi sono chiari segni che la ricerca empirica stia acquisendo un ruolo crescente non solo in campo teorico, ma anche in ambito applicativo.

1.1.4. *Approccio descrittivo-classificatorio e approccio psicodinamico*

Nel secolo passato abbiamo assistito all'affermarsi di una serie di dicotomie (più o meno fondate), come quella tra psichiatria e psicoanalisi, o tra farmaci e psicoterapia, oppure tra psicotici, in genere seguiti dal servizio pubblico, e nevrotici, più spesso seguiti nel privato, e così via (Migone, 1996a). Molti fattori hanno contribuito a questa situazione: da un lato la tendenza della psichiatria verso direzioni neurologiche e organicistiche, e la ricerca di uno statuto scientifico "forte"; dall'altro la difficoltà della psicoterapia psicodinamica ad affermarsi in ambito accademico come disciplina "scientifica". Questa dicotomia si è andata ancora più accentuando con le nuove scoperte nel campo dei farmaci e la diffusione della psichiatria biofarmacologica, e con la pubblicazione dei vari sistemi diagnostici descrittivi tra cui il DSM-III e il DSM-IV.

Così, verso la fine degli anni Ottanta, le due posizioni sono andate "istituzionalizzandosi": salvo eccezioni, abbiamo assistito, da una parte, all'affermarsi di una pratica psichiatrica impostata quasi totalmente sull'impiego dei farmaci, con un relativo disinteresse per le concause ambientali, psicologiche e per la storia personale del paziente (Migone, 1996a); dall'altra una pratica psicoterapeutica, per lo più esercitata da psicologi, ad orientamento prevalentemente psicoanalitico e interpersonale. Non è possibile in questa sede approfondire le ragioni storiche, politiche e culturali che hanno condotto a questa situazione (peraltro particolarmente accentuata in Italia); vedremo inoltre, in un paragrafo successivo, che ci sono segnali molto concreti di un'inversione di marcia. Ciò che è interessante sottolineare è che i due approcci, *anche nel campo della ricerca*, hanno adottato metodologie e strumenti diversi, sia pure complementari, che vale la pena analizzare e confrontare.

La psichiatria biologica, tradizionalmente orientata a una diagnosi sindromica "ateorica", e a un trattamento prevalentemente farmacologico e a breve termine, ha approfondito soprattutto quegli strumenti che consentissero una diagnosi operazionalizzata dei sintomi (*sistemi diagnostici descrittivi*) e la verifica a breve termine dell'intervento (*rating scales*). La psicoterapia psicodinamica e psicoanalitica, invece, maggiormente interessata al vissuto esperienziale del paziente (emozioni, motivazioni, pensieri ecc.), alle variabili del rapporto interpersonale tra paziente e terapeuta e a una visione generalizzata dell'intero processo psicoterapeutico in cui il momento diagnostico è strettamente legato al suo trattamento, si è interessata soprattutto alla valutazione dell'*esito* del trattamento a lungo termine, e dei *processi* e micro-processi che lo determinano.

Nei prossimi due paragrafi passerò in rassegna gli strumenti di valutazione e di misurazione più significativi elaborati nell'ambito delle due tradizioni di ricerca. Nel paragrafo conclusivo parlerò dei recenti tentativi di integrazione tra i due approcci, sulla scia dei quali si pone la MARS, lo strumento di valutazione presentato in questa tesi.

1.2. La valutazione empirica in ambito psichiatrico

1.2.1. *Cenni storici*

Nella prima metà del Novecento, i test psicologici rappresentavano pressoché l'unica forma di valutazione standardizzata dei pazienti psichiatrici. Tuttavia, questi strumenti non sempre hanno incontrato il favore degli psichiatri, per i lunghi tempi di somministrazione e interpretazione, e per il riferimento a teorie psicologiche e assunti psicodinamici (soprattutto nei test proiettivi). Si può iniziare a parlare di una vera e propria “valutazione standardizzata psichiatrica”, distinta dai test di orientamento psicologico, soprattutto a partire dagli anni Cinquanta, con l'avvento e la diffusione dei primi farmaci psicotropi. In assenza di precisi marker bio-umoral, si è cominciato a far ricorso a strumenti che descrivessero e misurassero, nel modo più sistematico possibile, le varie aree del comportamento psicopatologico (Conti, 2002). Sono così nati i primi strumenti descrittivi e le *rating scales*, che, sulla scia dell'entusiasmo acceso dagli psicofarmaci in ambito clinico, hanno suscitato un parallelo entusiasmo nell'ambito della ricerca, e spesso sono stati considerati addirittura depositari della “scientificità” della psichiatria.

Questo atteggiamento ha fornito un comodo bersaglio a quanti, da posizioni anche contrapposte (quella della psicoanalisi – o più genericamente della psicoterapia – da un lato, e quella della cosiddetta “antipsichiatria” dall'altro) vedevano nelle scale di valutazione standardizzate “un modo per obiettivare il paziente e la sua malattia, scotomizzando le complesse interrelazioni tra il paziente ed il suo ambiente familiare e sociale, impedendo l'incontro empatico con lui e contribuendo alla sua ulteriore emarginazione attraverso l'attribuzione, secondo un procedimento paleo-positivista, di un valore assoluto a fenomeni che sono invece espressione di dinamiche personali e sociali più complesse” (Conti, 2002, vol. 1, cap. 3).

Tuttavia, altri fattori hanno contribuito alla progressiva diffusione di metodologie di classificazione e misurazione standardizzata. Per esempio, i drastici mutamenti nella prassi psichiatrica, in particolare la riduzione nella durata dei ricoveri (volta a prevenire un eccessivo allontanamento del paziente dal suo contesto socio-relazionale), insieme alle ragioni di ordine economico di cui si è parlato prima, hanno condotto a preferire trattamenti più brevi e mirati. La psicoterapia tradizionale ad orientamento analitico, in questo contesto, è stata spesso relegata in un ruolo secondario, preferendo trattamenti a più breve durata e più facilmente verificabili (come le terapie cognitivo-comportamentali).

Con l'avvento di terapie sempre più mirate e verificabili, anche il linguaggio della psichiatria è cambiato, e il sistema diagnostico, ampiamente rivisitato, è stato reso più descrittivo, più fondato sui sintomi, più adatto alla

valutazione mediante strumenti standardizzati di valutazione. L'enfasi sulla gravità dei sintomi ha spostato l'interesse verso la diagnosi del disturbo e la definizione della prestazione, più che sulle dinamiche e motivazioni sottostanti la richiesta. Anche le finalità e le strategie della ricerca in questo campo si sono modificate, e si è passati dallo studio prevalente di singoli casi clinici alla valutazione e al confronto di grandi campioni di pazienti, da una descrizione clinica complessa alla descrizione breve e "immediata" attraverso pochi indici, fino al progressivo e massiccio impiego dei computer nella somministrazione e nell'analisi di questi strumenti.

Approfondirò ora le due principali direzioni della ricerca empirica in psichiatria, che vanno naturalmente considerate in senso complementare e non reciprocamente esclusivo: i sistemi diagnostici descrittivi e le *rating scales*.

1.2.2. I sistemi diagnostici descrittivi

Prima degli anni Ottanta, la maggior parte dei trattati di psichiatria forniva una descrizione generale delle categorie diagnostiche, anche con numerose esemplificazioni cliniche, senza definire però, in maniera chiara ed univoca, quali segni e sintomi fossero necessari e sufficienti per porre una specifica diagnosi o quali fossero i criteri di inclusione e di esclusione (Conti, 2002). Secondo molti autori, all'inadeguatezza nosologica di questi sistemi è dovuta in larga misura la discordanza diagnostica relativa a molte patologie (Ward et al., 1962). In genere questi manuali ospitavano, accanto allo studio descrittivo della patologia, numerosi contributi di orientamento psicoanalitico, in particolare influenzati dalla psicoanalisi dell'Io e interpersonale (Dazzi, De Coro, 2001).

Verso la metà degli anni Settanta la questione della diagnosi psichiatrica emerse in primo piano in relazione ai cambiamenti nelle politiche assistenziali: adesso il problema non era più soltanto quello di stabilire chi dovesse essere "ricoverato" e chi no, ma di definire criteri diagnostici chiari e precisi, da utilizzare nel campo della ricerca e della prassi, e validi per ogni orientamento teorico. Molti autori iniziarono ad abbandonare l'impostazione teorizzante dei trattati tradizionali, per adottare un approccio descrittivo fondato su basi empiriche e il più possibile "ateoriche" (Pichot, 1983; Dazzi, De Coro, 2001). Si ritenne necessario superare i diversi orientamenti teorici delle differenti scuole adottando un approccio puramente descrittivo e sindromico, basato sulla definizione e delimitazione dei segni e dei sintomi che caratterizzano le diverse categorie diagnostiche.

Tra i primi tentativi in questo senso si ricordano i *criteri di Feighner* (o *criteri di Saint Louis*), proposti nel 1972 da Feighner e i suoi collaboratori della Washington University di Saint Louis. Prevalentemente orientato a finalità di ricerca, questo sistema prevedeva 15 categorie diagnostiche che

classificavano i pazienti secondo criteri piuttosto “restrittivi” (per cui, paradossalmente, la maggior parte dei pazienti finiva nella categoria “altri disturbi”). Il sistema di Feighner fu anche utilizzato nella prassi, attraverso una intervista semistrutturata, la *Renard Diagnostic Interview* (RDI) (Helzer et al., 1981). Con i *Research Diagnostic Criteria* (RDC) (Spitzer et al., 1975), considerati la naturale evoluzione dei criteri di Saint Louis, le categorie aumentarono da 15 a 25, includendo anche diverse sottocategorie (e riducendo il numero di soggetti non classificati). Il limite principale di questo sistema consisteva in una evidente sovrapposizione delle sottocategorie, definite in base a criteri rigidamente descrittivi, e dunque nella possibilità che un singolo paziente potesse essere classificato simultaneamente in diverse sottocategorie diagnostiche (Conti, 2002).

L'impostazione ateorica e descrittiva di questi primi criteri diagnostici è stata recepita pienamente da quelli che sono attualmente i due principali sistemi diagnostici psichiatrici, l'*International Classification of Diseases* (ICD) proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, 1992), e il *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (DSM) dell'American Psychiatric Association, soprattutto a partire dalla terza edizione e, ancor più, nelle due successive edizioni, il DSM-III-R ed il DSM-IV (American Psychiatric Association, 1980, 1987, 1996).

Il DSM (in particolare l'introduzione dell'asse II nella terza edizione) ha rappresentato secondo alcuni “il vero evento culminante della cosiddetta rivoluzione ‘neokraepeliniana’ della psichiatria” fornendo “criteri espliciti, solitamente comportamentali, che potessero essere valutati con una certa sicurezza” (Clarkin, Lenzenweger, 1996, p. 8). Il DSM è un sistema classificatorio omnicomprensivo e complesso, utilizzabile non solo per finalità di ricerca (nella valutazione dell'efficacia e della tollerabilità dei trattamenti, nel confronto di campioni di pazienti ecc.) ma anche in ambito clinico (nella prescrizione di trattamenti adeguati alle specifiche categorie diagnostiche). Esso ha incontrato un'ampia diffusione a livello internazionale, ma è anche stato oggetto di numerosi critiche e dibattiti. Ad esempio, diversi autori hanno sottolineato i limiti metodologici del DSM e degli altri sistemi classificatori analoghi. Oltre a problemi di attendibilità (relativi soprattutto all'Asse II), il DSM è soggetto – soprattutto – a problemi di validità, nella capacità di riferirsi realmente a una determinata psicopatologia. Dato che, com'è noto, un'elevata attendibilità può limitare la validità, è sempre stato un problema per gli autori delle vari edizioni del DSM quello di riuscire a mantenere in equilibrio il delicato rapporto tra questi due indici. Anche in questo caso, la mancanza di un *gold standard*, di un validatore ultimo su cui misurare l'accuratezza delle diagnosi, ha un suo peso (de Girolamo, Migone, 1995). Conseguenza diretta di questo problema è una notevole discordanza tra i criteri del DSM e quelli di altri criteri descrittivi, e tra i criteri del-

le varie versioni del DSM.²

Un'altro notevole problema è rappresentato dall'adozione di un approccio "politetico" nella definizione delle categorie diagnostiche (de Girolamo, Migone, 1995). Secondo questo sistema, i membri di ciascuna categoria diagnostica non devono necessariamente avere in comune tutti i descrittori, ma limitarsi a condividerne solo qualcuno: deve solo essere presente un numero minimo di criteri, qualunque essi siano, all'interno di un elenco prestabilito. Ciò può condurre a casi paradossali (ad esempio la possibilità, presente nel DSM-III, che due pazienti siano classificati come schizotipici pur non avendo in comune alcun sintomo in particolare).

Infine, è l'adozione del sistema categoriale in sé, in linea con la tradizione della psichiatria kraepeliniana e neo-kraepeliniana, ad essere criticato. L'approccio categoriale, probabilmente più "pratico" e operazionalizzabile di quello dimensionale, ha dirette implicazioni riguardo alla stessa definizione di "disturbo mentale". Lo stato di malattia sarebbe qualitativamente diverso e separato dallo stato di non malattia, e ogni disturbo sarebbe nettamente separato e diverso dall'altro. Ciò creerebbe spazi neutri tra una diagnosi e l'altra, difficilmente riempibili se non con diagnosi ibride di forme "atipiche", "miste" o "residue" (Migone, 1995). L'approccio categoriale rischia di ridurre la complessità della pratica clinica reale, con una reificazione delle categorie diagnostiche stesse (Westen, Shedler, Lingiardi, 2003). Inoltre, da un punto di vista statistico, costringe a mantenersi a livello di scala nominale, ovvero di analisi non parametriche, con una perdita di potenza statistica. Tuttavia, ha indubbi vantaggi, rappresentati soprattutto dalla praticità e dall'inevitabile impatto comunicativo delle categorie diagnostiche. Del resto, l'approccio categoriale e quello dimensionale non si escludono necessariamente a vicenda. Gli stessi sistemi classificatori attuali procedono gradualmente da un approccio di tipo categoriale ad uno dimensionale (per esempio, nel DSM-IV la categoria "disturbo depressivo maggiore" include sotto-categorie dimensionali, come quelle di disturbo depressivo maggiore lieve o grave; Migone, 1995). Probabilmente, anche la dicotomia tra "categorico" e "dimensionale" (parallelamente ad altre dicotomie, come quella tra classificazioni "teoriche" e "ateoriche", tra "psichiatria" e "psicologia" ecc.) è in realtà dettata più da ragioni "politiche" che da reali esigenze metodologiche (Clarkin, Lenzenweger, 1996).

² Per "validare" le categorie diagnostiche sarebbero necessari imponenti campionamenti della popolazione e sofisticate rilevazioni e analisi statistiche, resi però in buona parte irrealizzabili per motivi pratici e, soprattutto, perché la misurazione di tutte le caratteristiche di rilievo psichiatrico in un tale campione sarebbe così complessa che difficilmente i risultati sarebbero attendibili. Si potrebbe cercare di dimostrare che collocare il paziente in una specifica categoria diagnostica significa prescrivere un trattamento più efficace, migliorare il suo stato ecc., tuttavia le ricerche in genere si sono rivolte, più prosaicamente, alla dimostrazione dell'affidabilità dello strumento diagnostico. Un'interessante eccezione è la ricerca condotta sull'Asse II del DSM-IV che ha portato alla costruzione dello SWAP, di cui si parlerà più avanti. Per un approfondimento sui problemi dell'attendibilità e della validità dei sistemi diagnostici descrittivi, vedi de Girolamo, Migone (1995) e Conti (2002).

1.2.3. *La metodologia delle rating scales*

Le *rating scales* (RS) sono strumenti atti a descrivere in maniera quantitativa i comportamenti e gli stati psichici umani normali e patologici, traducendoli in forma numerica, in modo da poterli analizzare con le tecniche di analisi statistica (Kerlinger, Lee, 2000). Il fine principale delle RS è accrescere l'obiettività della valutazione clinica e consentire un'ampia registrazione di sintomi e tratti comportamentali posti in atto dal soggetto durante un arco di tempo più o meno lungo, al fine di ridurre al massimo la soggettività e di ottenere dati confrontabili, riproducibili ed analizzabili con le comuni analisi statistiche (Conti, 2002). A differenza di altri strumenti simili utilizzati in ambito psicologico, le RS psichiatriche tendono a soffermarsi sulle caratteristiche del paziente che possano essere esplicitamente definite, in quanto, in assenza di una loro chiara delimitazione, non potrebbero essere misurate.

La data di nascita delle scale di valutazione di variabili di tipo soggettivo è collocabile in tempi remoti. Già nel II secolo d.C. Galeno propose una scala per la valutazione soggettiva della dimensione caldo-freddo articolata su 9 punti che, per quanto concepita per la misurazione di una variabile fisica, era in effetti una vera e propria RS, in quanto l'attribuzione di un valore numerico alla variabile indagata implicava un giudizio psicologico. Nel 1880, Francis Galton introdusse "ufficialmente" in psicologia la metodologia delle scale di valutazione, pubblicando una scala per la valutazione della chiarezza delle immagini mentali e introducendo il concetto fondamentale che i punti della scala dovessero essere separati da intervalli uguali (Conti, 2002).

A partire dalla metà del Novecento, il declino dell'interesse per le misure proiettive, lo sviluppo della nomenclatura diagnostica, l'avvento dei primi farmaci psicotropi e l'affermazione di terapie sempre più mirate e brevi, hanno favorito la messa a punto di numerosi strumenti di valutazione in grado di focalizzare l'oggetto dell'intervento e verificarne l'effetto. Da allora, le RS hanno avuto un'ampia diffusione soprattutto in psichiatria e in psicopatologia, inizialmente nella valutazione della psicopatologia generale, dei disturbi psicotici e, successivamente, nella valutazione di problemi psicopatologici più limitati.

Oggi esistono centinaia, se non migliaia, di RS, che consentono di misurare praticamente ogni area del comportamento umano (Corcoran, Fischer, 2000). A titolo di esempio, nel *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria* (2002) curato da Luciano Conti, sono riportati ben 180 strumenti di valutazione, utilizzati per le finalità più disparate e che consentono di raccogliere le informazioni da punti di vista diversi: essi vanno dall'autovalutazione da parte del paziente, all'eterovalutazione compiuta dal clinico attraverso un'intervista più o meno rigidamente strutturata o un colloquio più o meno informale e l'osservazione del comportamento, dalla

valutazione da parte di altre figure professionali a quella da parte dei familiari. Tralasciando le scale specifiche, costruite per valutare particolari psicopatologie (schizofrenia, depressione, disturbi alimentari ecc.), mi soffermerò ora su alcune questioni riguardanti le scale di valutazione della psicopatologia generale.

Rating scales globali e multifattoriali. Nella valutazione della psicopatia generale, possiamo distinguere essenzialmente due tipi di strumenti: quelli che valutano la gravità complessiva del disturbo, indipendentemente dalla sua composizione psicopatologica, e quelli che lo valutano analiticamente, esplorando ogni area della psicopatologia e, per ciascuna area, i singoli segni e sintomi. Nella prima area, rientrano quegli strumenti che consentono di ottenere un unico indice su di una scala predefinita, come la *Health-Sickness Rating Scale* (HSRS) di Luborsky (1962), una scala a 100 punti valutata in base alla combinazione di diversi fattori come la capacità di autonomia, la gravità dei sintomi, il grado di malessere e di sofferenza, le conseguenze sull'ambiente, la capacità di utilizzare le proprie risorse, la qualità dei rapporti interpersonali, e l'ampiezza e profondità degli interessi. Mediante questa scala, è possibile definire con un numero lo stato di salute mentale del paziente in un continuum che va da "uno stato ideale di completa integrazione funzionale, capacità di far fronte allo stress, equilibrio emotivo, integrazione sociale" (100 punti) ad "una regressione completa, con perdita di contatto sociale, necessità di essere completamente accudito e concreto rischio di morte" (0 punti). Dalla HSRS, Spitzer e collaboratori hanno ricavato la *Global Assessment Scale* (GAS) (Endicott, Spitzer, Fleiss, Cohen, 1976). Una versione modificata della GAS è stata inclusa nel DSM-III-R, e poi nel DSM-IV, con il nome di *Global Assessment of Functioning* (GAF) *Scale*.

Le scale di tipo analitico, o multifattoriale, sono invece più adatte alla misurazione dei quadri psicopatologici più gravi e polimorfi, in cui l'uso di strumenti più globali rischierebbe di tralasciare una quota importante di informazione. In genere, queste scale sono caratterizzate da elenchi più o meno estesi di sintomi o comportamenti di cui va valutata la presenza/assenza o la gravità. Si tratta di veri e propri esami psichici guidati, che spesso conducono a una valutazione diagnostica operazionalizzata e computerizzata. Tra le numerose RS multifattoriali, possiamo ricordare in particolare la *Comprehensive Psychopathological Rating Scale* (CPRS) (Asberg et al., 1978), costituita da 65 item (valutati in parte dal paziente e in parte dal terapeuta), che copre abbastanza estesamente la psicopatologia ed è facilmente applicabile, e l'*Health of the Nation Outcome Scales* (HONOS) (Wing, Curtis, Beever, 1996), elaborato in Inghilterra dal Royal College of Psychiatrists Research Unit, uno strumento breve e destinato all'uso routinario, costituito da 12 item valutati su una scala da 1 a 4, che coprono quattro aree (*Esperienze psichiche soggettive che disturbano o limitano il soggetto, Deficit delle funzioni di base, Problemi comportamentali, Problemi*

ambientali). Una menzione a parte merita la *Symptom Check List-90 Revised* (SCL-90-R) (Derogatis, 1983), una delle poche scale di uso corrente dedicate all'autovalutazione della psicopatologia generale, costituita da 90 item valutati su una scala a 5 punti, che sono raggruppati in 9 cluster (*Somatizzazione, Ossessività-Compulsività, Sensitività interpersonale, Depressione, Ansia, Ira-Ostilità, Ansia fobica, Ideazione paranoidea e Psicoticismo*); esso fornisce, inoltre, tre indici, il *General Symptomatic Index* (GSI), costituito dalla somma dei punteggi divisa per il numero degli item, il *Positive Symptom Total* (PST), rappresentato dal numero degli item segnati con un punteggio diverso da zero, ed il *Positive Symptom Distress Index* (PSDI), rappresentato dal rapporto fra il punteggio totale ed il PST. La SCL-90-R, grazie alla facilità di impiego, all'ampiezza dei sintomi esplorati e alla disponibilità di diverse versioni (tra cui una computerizzata), rappresenta un valido strumento di screening sia nel contesto clinico che nella ricerca sui cambiamenti nella sintomatologia.

Scale di autovalutazione e di eterovalutazione. Un'altra distinzione fondamentale è quella tra *scale di autovalutazione* (*self-reported rating scales*) e *scale di eterovalutazione* (*observer rating scales*). Le prime sono in pratica questionari che registrano, per utilizzare un termine di Derogatis (1983), l'"*experiencing self*" del paziente, il modo in cui egli vive sé stesso, il suo comportamento e ciò che gli accade. Tra gli strumenti di questo tipo al momento più utilizzati in ambito psichiatrico e psicoterapeutico si ricorda, oltre alla già citata SCL-90-R, la *Behavior and Symptom Identification Scale* (BASIS-32) (Eisen, Grob, Klein, 1986), costituita da 32 item relativi alle principali aree sintomatiche, che vanno valutati dal paziente su una scala a 5 punti, e che fornisce, oltre a un punteggio globale, 5 punteggi parziali (*Rapporto con se stessi e gli altri, Funzionamento nella vita quotidiana e nel ruolo, Depressione e Ansia, Comportamento impulsivo e additivo, Psicosi*). Inoltre, rientrano in questa categoria i numerosi questionari autodescrittivi di personalità sviluppati in ambito psicométrico (MMPI, BFQ, EPI, 16PF, TRI ecc.).

Le scale di eterovalutazione si basano invece sul giudizio del terapeuta, di infermieri o familiari. Come evidenzia Conti, "queste *rating scales* [...] possono riguardare vari aspetti: la diagnosi [...], la dimensione del cambiamento rispetto a uno stato precedente, il grado di adeguamento del comportamento del terapeuta ad un determinato manuale di psicoterapia [...] e così via. Non solo, ma i ricercatori esterni possono anche fare studi epidemiologici su casi o situazioni diverse da quelle studiate, ma in qualche modo paragonabili ad esse, per cercare conferme indirette di determinate ipotesi" (Conti, 2002). Per una rassegna delle scale di eterovalutazione più diffuse, si rimanda a Conti (2002).

Entrambi i tipi di strumenti (scale di autovalutazione ed eterovalutazione) presentano vantaggi e limiti. Tra i vantaggi delle scale di autovalutazio-

ne vanno elencati soprattutto la flessibilità, l'adattabilità e la maggiore economicità di impiego (in termini di risparmio di tempo da parte del terapeuta; Corcoran, Fischer, 2000); la possibilità di accedere direttamente ai vissuti e ai sentimenti della persona e superare le resistenze del paziente e del clinico ad affrontare argomenti sensibili e imbarazzanti (Derogatis, 1983; Corcoran, Fischer, 2000); infine, l'assenza della varianza legata alle inferenze di un eventuale osservatore. Tuttavia, molti autori hanno sottolineato gli indubbi limiti di questi strumenti: la loro non-applicabilità ai pazienti più gravi (soggetti a psicosi, stati confusionali, demenze ecc.) o il cui giudizio è inattendibile; la possibilità che il paziente manipoli consapevolmente le risposte (per esempio che amplifichi miglioramenti irrilevanti per gratificare il medico o per ottenere altri vantaggi secondari, o al contrario, che minimizzi i miglioramenti o amplifichi la sintomatologia per richiamare l'attenzione del medico; Conti, 2002); la possibilità che il paziente non comprenda in parte o in tutto la scala (per esempio non capendo il significato di alcune espressioni o dei diversi livelli di gravità); l'effetto reattivo del processo di risposta, che può alterare lo stesso problema (Corcoran, Fischer, 2000).

Il giudizio sulle scale di eterovalutazione dipende ovviamente da colui che effettua la valutazione (lo psichiatra/psicologo, gli infermieri, i familiari, ecc.). In linea di massima, queste sono per lo più focalizzate sul comportamento manifesto e dunque più adatte alle psicopatologie più evidenti e di facile rilevazione, o in cui il paziente ha difficoltà comunicative. Quando la scala di eterovalutazione è applicata dal terapeuta, essa permette di acquisire informazioni non ottenibili in altri modi, per esempio la tendenza del paziente a mentire o a sotto- e sovrastimare i sintomi (Conti, 2002), e inoltre consente di superare gran parte dei limiti delle scale di autovalutazione. Tra i limiti delle scale di eterovalutazione, va elencata la fonte di variabilità legata al modo peculiare in cui ogni clinico conduce il colloquio (oppure al modo in cui ciascun osservatore codifica un determinato trascritto), sia in rapporto ai diversi pazienti che allo stesso paziente in momenti differenti. Ne deriva che, con questo tipo di scale, la variabilità tra i valutatori può essere maggiore di quella tra pazienti.

Come accade spesso nella ricerca in quest'ambito, anche la scelta tra le scale di autovalutazione e di eterovalutazione è un problema di compromesso tra attendibilità e validità. Naturalmente, qualora si utilizzino esclusivamente le informazioni ottenute direttamente dal paziente, ciascun valutatore disporrà delle medesime informazioni, e ne beneficerà l'accordo tra i valutatori. Questa maggiore affidabilità è ottenuta, però, a scapito della validità, che sarà certamente minore di quella raggiungibile se si potessero utilizzare anche altre fonti di informazione (terapeuta, familiari, personale di assistenza, altri osservatori ecc.; Conti, 2002; Faravelli, 1983). Il punto è che il paziente e il terapeuta non usano gli stessi criteri di valutazione; per esempio, il clinico tende a confrontare il paziente con un "paziente ideale",

La ricerca empirica in psicoterapia

	Eterovalutazione	Autovalutazione
Fattori individuali	Fattori sistematici	
	Tendenza ai valori medi Effetto alone (influenza della valutazione degli altri item) Tendenza a sovrastimare i comportamenti più espressivi Distorsioni consce e inconsce (ad esempio aspettative legate alla ricerca)	Stato morboso Livello culturale Capacità di introspezione Fattori di personalità
	Fattori non sistematici	
	Addestramento alla valutazione Esperienza clinica Background culturale Qualità del rapporto con il paziente	Qualità del rapporto con il terapeuta
Fattori socioculturali	Ruolo dell'ideatore della scala Valori sociali (maggiore peso ai comportamenti socialmente indesiderabili) Fattori transculturali (uso della scala in contesti culturali diversi da quello in cui è stata creata)	Inaccessibilità del paziente di determinati item Valori sociali (desiderabilità/indesiderabilità sociale) Fattori transculturali (diversa percezione del problema in diversi contesti culturali)
Fattori semantici	Chiarezza di formulazione Specifiche su come attribuire i punteggi Traduzione (per scale concepite in altre lingue)	Chiarezza di formulazione (per i pazienti il peso di questo fattore è maggiore che per i professionisti) Specifiche su come attribuire i punteggi Traduzione (per scale concepite in altre lingue)

Tabella 1. Principali fattori che influenzano l'attendibilità delle scale di autovalutazione ed eterovalutazione (modificata da Faravelli, 1983).

e dunque tende a punteggi medi, mentre il paziente ha come punto di riferimento solo se stesso ed il proprio vissuto attuale confrontato a quello precedente e perciò, nelle scale di autovalutazione, la distribuzione dei punteggi tende verso l'estremo (Faravelli, 1983).

Dunque, le scale di auto- ed eterovalutazione sono sostanzialmente diverse tra loro, o, per meglio dire, misurano aspetti diversi di uno stesso fenomeno: le scale di eterovalutazione sono più aderenti alla valutazione obiettiva della psicopatologia, della sua gravità e del suo cambiamento, e quindi più adatte alle necessità della ricerca; le scale di autovalutazione esprimono meglio, invece, gli aspetti soggettivi, comunicativi e relazionali (Conti, 2002). Si tratta di strumenti da utilizzare in modo integrato, per soddisfare le esigenze tanto della clinica quanto della ricerca.

Un modo interessante di combinare gli aspetti positivi dei due tipi di scala, e di ridurne i limiti, è rappresentato dalla *eterovalutazione, da parte di osservatori esterni, dei trascritti audioregistrati di colloqui clinici*. In questo caso, la scala di misurazione è compilata da “giudici” indipendenti ed esterni (e a volte “ciechi” rispetto alla terapia studiata), basandosi sui trascritti (o le videoregistrazioni) delle sedute. Questo tipo di metodologia, come vedremo, si è sviluppata in ambito psicodinamico, ma potrebbe essere estesa, a mio avviso, anche alle *rating scales*. La scala introdotta in questa tesi rappresenta un contributo in tal senso.

Pregi e limiti delle rating scales. Una delle ragioni del successo delle RS è la possibilità di fornire valutazioni relativamente rapide su costrutti specifici, attraverso punteggi numerici immediati e facili da interpretare. Ciò facilita inoltre l’affidabilità dei confronti e la comunicazione dei risultati. Da un punto di vista clinico, questi strumenti possono apportare indubbi benefici, consentendo di aumentare le informazioni disponibili sul paziente, sintetizzare i dati a disposizione e disporre di un linguaggio standardizzato per comunicare i risultati alla comunità scientifica. In un’ottica classificatoria-descrittiva, le RS permettono di identificare pazienti con determinate caratteristiche e aiutano ad avanzare diagnosi conformi ai sistemi diagnostici attuali. Infine, esse possono monitorare i benefici e gli effetti più o meno positivi del trattamento (Pincus et al., 2000).

Tuttavia, negli anni non sono mancate critiche e polemiche rivolte all’uso delle RS. Alcuni autori hanno visto in esse “soltanto uno degli strumenti utilizzati fraudolentemente dagli psichiatri per la cinica conservazione del loro potere” (Faravelli, 1983); altri, in modo meno estremo, hanno criticato, oltre ai problemi metodologici elencati sopra, una certa tendenza a considerare solo l’aspetto sintomatologico del disturbo isolandolo dal contesto sociale, culturale e relazionale. In realtà, gli entusiasmi eccessivi e le critiche feroci sono totalmente fuori misura, in quanto attribuiscono a questi strumenti proprietà e capacità che non hanno. Infatti, la “portata teorica delle RS deve essere ricondotta entro i limiti sanciti dalla semplicità concettuale di questi strumenti, che non rappresentano certamente un contributo essenziale alla ‘scientificità’ della psichiatria, né un attentato ad una comprensione più globale della devianza psichica, e che sono, invece, più semplicemente, un comune schema di riferimento che consente la trasposizione numerica di alcuni elementi obiettabili della sintomatologia clinica, rendendoli così confrontabili ed analizzabili con tecniche statistiche” (Conti, Ruggeri, Faravelli, 1993). L’impiego di questi strumenti non può e non deve sostituirsi all’approccio clinico. In questo senso, sono illuminanti le parole di Max Hamilton (padre di due celebri scale per la valutazione dell’ansia e della depressione):

Una scala di valutazione non è niente di più che un modo particolare per registrare un giudizio clinico. Il clinico esprime la sua opinione sulla presenza o as-

senza di un sintomo, o sulla sua gravità, ma che egli la esprima con parole o con numeri, il giudizio non cambia. Se il giudizio è basato su informazioni inadeguate, o se il clinico non ha abbastanza esperienza, il giudizio non ha alcun valore, tanto che sia espresso con parole che con numeri. Le ulteriori analisi statistiche stupiranno soltanto coloro che non capiscono o non vogliono capire queste cose. Ciò nonostante, le scale di valutazione sono popolari poiché permettono di ottenere un'informazione standardizzata: gli item sono gli stessi per tutti i pazienti ed in tutte le occasioni, e sono definiti in modo che la loro graduazione ed il loro modo di impiego siano uniformi. Inoltre, sono facili da quantificare e consentono di ottenere dei numeri agevolmente utilizzabili per le analisi statistiche. Molti clinici hanno ancora seri dubbi sulla quantificazione, ma i metodi attuali hanno una solida base teorica. Ma, cosa più importante, [le scale di valutazione] sono soddisfacenti nella pratica clinica (Hamilton, 1981, citato in Conti, 2002).

1.3. La valutazione empirica in ambito psicodinamico

1.3.1. La ricerca in psicoterapia, tra nomotetico e idiografico

A differenza della psichiatria biologica, tradizionalmente orientata a una diagnosi sindromica “ateorica” e a un trattamento prevalentemente a breve termine, e dunque rivolta soprattutto a strumenti come i sistemi diagnostici descrittivi e le *rating scales*, la ricerca in psicoterapia psicodinamica si è interessata soprattutto all'evoluzione, nel corso delle sedute, dei vissuti interni del paziente (affetti, motivazioni, credenze ecc.).

Una delle critiche più ricorrenti alla ricerca in ambito psicodinamico è che i dati emersi dai vari studi non sarebbero sufficienti per avanzare generalizzazioni. La psicoterapia – in particolare la psicoterapia psicoanalitica – sarebbe troppo complessa per essere studiata con metodi di ricerca scientifici. In altri termini, essa sarebbe una disciplina *idiografica*, ovvero un'esperienza unica e irripetibile, a differenza delle scienze *nomotetiche*, che mirano a enunciare leggi astratte e generalizzabili, rendendo possibile prevedere la manifestazione di fenomeni specifici (come avviene, tipicamente, per le scienze naturali).³

Alla tesi della natura idiografica dell'esperienza psicoanalitica si affianca il rifiuto, da parte di molti autori di indirizzo ermeneutico, dei dati “extraclinici”, ovvero dei dati ottenuti da osservatori esterni al setting clinico e indipendenti da esso, secondo metodologie oggettive e replicabili. È importante a questo punto distinguere tra la posizione – legittima – di chi

³ La dicotomia tra idiografico e nomotetico, proposta da Windelband, ricalca per molti versi altre dicotomie: quella tra scienze naturali (*Naturwissenschaften*) e scienze dello spirito (*Geisteswissenschaften*), proposta da Dilthey, quella tra “spiegare” (*Erklären*) e “comprendere” (*Verstehen*), e – più recentemente – tra ricerca *quantitativa* e ricerca *qualitativa* (Migone, 2001).

sottolinea la specificità della teoria e della tecnica psicoanalitica, e la posizione di chi, a priori, rifiuta la possibilità che gli eventi, i processi, i fenomeni e le trasformazioni che attraversano le sedute analitiche siano descrivibili in termini confrontabili e riproducibili – in altri termini, scientifici (Fava, 2000). L'affermazione della specificità della psicoanalisi come scienza e come tecnica d'intervento non deve ostacolare il percorso della ricerca empirica, e il ricorso a tutti gli strumenti disponibili per indagare in un campo tanto complesso.

I dati extraclinici – come ha sottolineato Grünbaum in un'ormai celebre risposta al falsificazionismo di Popper (Grünbaum, 1984, 1993) – sono imprescindibili se vogliamo fare della psicoanalisi una scienza, poiché i dati che provengono dalla situazione analitica sono irrimediabilmente “inquinati” da una serie di fattori soggettivi legati al paziente e allo stesso analista (Grünbaum, 1998; Migone, 1989, 1998). Riguardo alla dicotomia tra scienze nomotetiche e idiografiche, oggi appare a molti per lo più superata – un retaggio della dialettica ottocentesca tra una concezione positivista e una visione romantica dell'individuo. Già in un articolo del 1962, Holt evidenziava l'inconsistenza del modello idiografico – che pure in precedenza aveva sostenuto –, sottolineando che l'osservazione e la descrizione idiografiche di un fenomeno comportano necessariamente e automaticamente il ricorso a categorie logico-concettuali, senza le quali non potremmo comunicare agli altri il nostro vissuto (Grünbaum, 1984; Eagle, 1984; Holt, 1989; Migone, 2001).

Il problema epistemologico (nonché metodologico) centrale consiste dunque nel considerare in modo integrato l'aspetto nomotetico (quantitativo, generalizzabile) e quello idiografico (soggettivo, irripetibile), all'interno di una ricerca che componga l'esigenza di un rigore metodologico con il riconoscimento della complessità e unicità dell'esperienza clinica. Tra l'oggettivazione onnipotente di una ricerca empirica astratta e la chiusura di un approccio autoreferenziale ed ermeneutico, sembra preferibile la posizione di chi ritiene che rendere “scientifica” la psicoterapia psicoanalitica non significhi importare passivamente criteri positivistico-sperimentali nella realtà clinica, ma fondare specifici criteri metodologici adatti ad essa, alla sua natura qualitativa, processuale e relazionale (Dazzi, De Coro, 2001).

1.3.2. *Clinica e ricerca empirica*

In un'intervista pubblicata sulla newsletter dell'International Psychoanalytical Association, Gabbard ha evidenziato in modo efficace l'intrinseca problematicità del dialogo tra clinica e ricerca empirica: “La maggior parte degli analisti non conosce un gran che di ricerca; i clinici tendono a vedere la ricerca come superficiale, grossolana e ipersemplicata. Dal loro punto di vista è come se le ricerche ponessero domande semplici e ovvie che ri-

chiedono però una quantità incredibile di lavoro metodologico, spesso minuzioso e pedante. In effetti, dovere del ricercatore è quello di valutare ipotesi definite in modo chiaro, precise e non ingolfate da eccessive complicazioni. Per il clinico, invece, è proprio la complessità del processo [psicoanalitico] l'elemento più attraente e coinvolgente" (Gabbard, 1999; citato in Lingiardi, Gazzillo, 2001).

L'osservazione di Gabbard fa riferimento agli infiniti dibattiti intercorsi tra clinici e ricercatori sull'utilità delle ricerche quantitative in ambito clinico e – viceversa – sul valore scientifico e di generalizzazione delle osservazioni cliniche compiute sul caso singolo. Dopotutto – affermano i clinici – gli psicoanalisti hanno sempre fatto "ricerca", hanno scoperto e descritto nuovi fenomeni, e così via. Freud stesso, col suo concetto di *Junktim*, sottolineava l'inscindibilità di terapia e ricerca.

Non vi è altra fonte di conoscenza dell'universo all'infuori dell'elaborazione intellettuale di osservazioni accuratamente vagliate, all'infuori, quindi, di ciò che noi chiamiamo ricerca e [...], oltre a questa, non vi è alcuna conoscenza proveniente da rivelazione, intuizione o divinazione (Freud, 1932, p. 265).

Freud riteneva che la psicoanalisi, in quanto "ramo della psicologia", dovesse necessariamente aderire alla "*Weltanschauung* scientifica", ovvero alla necessità di delimitare gli oggetti di studio, precisare la metodologia di osservazione e raccolta dei dati e rifiutare le ipotesi non sufficientemente controllate (Dazzi, De Coro, 2001).

Tuttavia, in polemica con una psicologia strettamente sperimentale, Freud ha sempre sottolineato la peculiarità del laboratorio clinico come osservatorio "privilegiato" per il suo campo di ricerca. In uno dei rari riferimenti a riguardo, in una lettera del 1934 allo psicologo Saul Rosenzweig, egli affermava:

Caro Dottor Rosenzweig, ho esaminato con interesse i suoi studi sperimentali sulla validità scientifica delle affermazioni psicoanalitiche. Non posso dare un gran valore a queste conferme perché l'abbondanza di osservazioni attendibili sulle quali queste affermazioni riposano le rende indipendenti dalla verifica empirica. Tuttavia, esse non possono fare alcun male (Freud, 1934, citato in MacKinnon, Dukes, 1964, p. 703).

Per sgombrare il campo da ogni possibile equivoco, è necessario sottolineare il duplice significato insito nel termine "ricerca" nel nostro ambito di studio. Da un lato, possiamo riferirci alla ricerca che quotidianamente l'analista porta avanti, fondata su una serie di osservazioni e ipotesi soggettive condotte all'*interno* della situazione terapeutica. Dall'altro, possiamo intendere per ricerca un'indagine *extra-clinica*, che si discosta da quella clinica "non solo per il fatto di implicare osservazioni fatte anche all'esterno della situazione clinica, ma anche per il fatto di usare tecnologie

che il clinico in genere non usa, e per il fatto di compiere valutazioni quantitative, in genere su campioni di molti soggetti o su un alto numero di osservazioni” (Migone, 2001, p. 58). In questa seconda accezione, la ricerca si avvale di strumenti sofisticati e metodologie standardizzate: registrazione audio e/o visiva delle sedute, scale di misurazione, software di analisi dei dati ecc. Le osservazioni vengono condotte da “giudici” indipendenti e non dal terapeuta, per evitare l’“inquinamento” dei dati evidenziato da Grünbaum.

Freud riteneva dunque che l’indagine clinica si ponesse su un piano più “elevato” rispetto a quella empirica, anche se non escludeva del tutto la loro coesistenza. Il rischio di questa posizione, che enfatizza i dati clinici rispetto a quelli “extra-clinici” (per ritornare ancora una volta alla tesi di Grünbaum), è quello di sottovalutare la possibilità che l’analista possa “autoingannarsi” (Migone, 2001), come del resto testimoniano i cambiamenti apportati dallo stesso Freud alla sua teoria e al suo metodo. Il rischio opposto è quello in cui sono incorsi molti tentativi di “sistematizzazione” in passato, ossia che si sviluppi la presunzione di poter pervenire una volta per tutte ad una sorta di oggettivazione e standardizzazione assoluta del processo analitico.

Si pensi ad esempio al monumentale sforzo di sistematizzazione teorica compiuto dalla cosiddetta “scuola di Rapaport”, che si proponeva di descrivere l’apparato psichico in termini di ipotesi causali ed empiriche, e invocava nelle “osservazioni empiriche” le garanzie per i risultati della terapia psicoanalitica (Rapaport, 1944, pp. 82-83). Col tempo questo movimento ha finito per tradire i suoi propositi originari e, anziché ricomporre la frattura tra teoria e clinica, attraverso la ricerca, ha finito per acuirlo, riferendosi ad un modello teorico troppo rarefatto e astratto per poter cogliere appieno l’articolata fenomenologia del discorso analitico (Fabozzi, Ortu, 1996). L’insegnamento che possiamo trarre da questa esperienza, e che ci guiderà lungo il nostro percorso di ricerca, è dunque il seguente: *i tentativi di tradurre la psicoanalisi in un modello empiricamente sostenibile sono sempre destinati a fallire se si allontanano troppo dall’esperienza clinica, escludendo la dimensione relazionale e umana dell’incontro analitico.*

Verosimilmente, quella che oppone ricerca clinica e ricerca empirica è una falsa dicotomia (come quella, di cui si è detto in precedenza, tra idiografico e nomotetico). “Queste due modalità di ricerca possono essere complementari, in quanto la prima può fornire idee preziose per l’altra, indicare cosa e dove ricercare, mentre la seconda a volte permette di scoprire cose non previste dalla pura e semplice ricerca clinica” (Migone, 2001). Ciò non significa ignorare la differenza tra ricerca clinica ed extra-clinica, ma affermare che questi due saperi, costruiti con metodologie a volte molto diverse, possono contribuire entrambi al progresso della conoscenza nel nostro campo. Le finalità della valutazione empirica non si discostano da quelle del colloquio clinico: l’approccio quantitativo non dovrebbe andare a

discapito della ricchezza e della peculiarità dell'interazione clinica. I numeri non devono mai sostituire la valutazione personalizzata, ma rappresentare, semmai, un punto di partenza per una indagine più accurata e approfondita.

1.3.3. *Ricerca sul risultato e ricerca sul processo*

La ricerca in psicoterapia viene di solito suddivisa in due campi principali: la ricerca sul *risultato* e la ricerca sul *processo*. La ricerca sul risultato mira a stabilire l'efficacia della terapia mediante un confronto a posteriori tra lo stato precedente alla terapia e quello successivo, in termini di differenze nei dati forniti da appositi strumenti standardizzati. Storicamente, questo tipo di ricerca ha caratterizzato soprattutto il periodo tra gli anni Cinquanta e gli anni Settanta, a partire da una famosa ricerca di Eysenck (1952). Eysenck riteneva che non vi fossero prove dell'efficacia della psicoterapia (in particolare della psicoanalisi), e che il cambiamento – quand'anche si verificasse – fosse probabilmente dovuto a una remissione spontanea, al “tempo che guarisce le ferite”.

Gli studi sul risultato – che numerosi hanno cercato di rispondere alla “provocazione” di Eysenck – hanno dovuto affrontare grandi difficoltà, tra cui quella di formare gruppi di controllo e ricerche in “doppio cieco” controllate rigorosamente dal placebo, in quanto, a differenza della ricerca farmacologica, in psicoterapia si può dire che il placebo sia in se stesso un agente psicologico e quindi in senso lato una forma di “psicoterapia” (Grünbaum, 1986). Pertanto, il fulcro della ricerca sul trattamento, in genere, non è caratterizzato dal confronto tra un gruppo trattato con un gruppo non trattato, ma dal confronto più problematico tra *diversi tipi di trattamento*. La situazione sperimentale “classica” non si adatta alla realtà clinica anche per altre ragioni (Seligman, 1995). Innanzitutto, a differenza della situazione sperimentale, la psicoterapia non ha durata fissata e prevedibile. Inoltre, spesso, quest'ultima si protrae per lunghi periodi, rendendo problematico il controllo di diversi pazienti per mesi o per anni. Un altro fattore da considerare è la possibilità, da parte del terapeuta, di “correggere” il proprio atteggiamento e le proprie strategie “in corsa”, durante il trattamento (Migone, 1996b). Infine, non è facile determinare in cosa consista il “cambiamento”: nella remissione del sintomo principale, nell'atteggiamento globale del paziente di fronte ai propri problemi, nella trasformazione degli schemi relazionali, nella “risposta del sé” (Luborsky, Crits-Christoph, 1990) e così via.

Malgrado queste indubbe difficoltà, la ricerca è riuscita comunque a stabilire in qualche modo l'efficacia della psicoterapia. Decisiva, in tal senso, è stata l'adozione di tecniche statistiche sofisticate, tra cui la “meta-analisi” (Shapiro, Shapiro, 1982; Parloff, 1985, pp. 13-14). In una comunicazione dell'APA alla commissione sulla psicoterapia (Gabbard, Lazar,

1995) è stato stabilito che “al termine di un percorso psicoterapeutico, risulta stare meglio l'80% in più dei pazienti rispetto a gruppi di controllo non trattati” (Lambert, Bergin, 1994) e che dunque sarebbe “poco etico” privare i pazienti di un trattamento di tale dimostrata efficacia (vedi anche Migone, 1996b). Tuttavia, se da un lato si è determinato che la psicoterapia è più efficace del placebo (per quanto, come si è detto, il concetto di placebo sia piuttosto problematico nel nostro ambito), non si è riusciti a dimostrare nello specifico quale psicoterapia sia più efficace rispetto alle altre (“paradosso di equivalenza”). L'assenza di una differenza significativa tra le varie tecniche psicoterapeutiche ha portato Luborsky, Singer, Luborsky (1975) a proclamare il cosiddetto “verdetto di Dodo” (da *Alice nel paese delle meraviglie*): “Tutti hanno vinto e ciascuno deve ricevere un premio”.

L'empasse legata al paradosso di equivalenza ha evidenziato il ruolo dei fattori “aspecifici” nella terapia (Parloff, 1985, pp. 25-28) e inaugurato una nuova fase della ricerca in psicoterapia (Shapiro, 1990; Kächele, 1992; Wallerstein, 2002). È apparso evidente che le ricerche sul risultato non sono sufficienti per comprendere il funzionamento delle psicoterapie, ed è necessario rivolgersi allo studio del *processo*. Storicamente, la *process research* si è andata accompagnando ad alcune tappe fondamentali. Innanzitutto il monumentale studio della *Menninger Foundation*, iniziato negli anni Cinquanta e protrattosi vent'anni (Wallerstein, 1986), che per primo indagò anche “come” avviene il cambiamento. In secondo luogo, la crescente “operazionalizzazione” delle tecniche psicoterapeutiche, attraverso manuali sempre più dettagliati (ad esempio, per la psicoterapia psicoanalitica, Luborsky, 1984). Di non minore importanza sono la fondazione della *Society for Psychotherapy Research* (SPR), la formazione di molti gruppi di lavoro e l'abbattimento di parte dei numerosi pregiudizi sulla legittimità e l'utilità della ricerca empirica in questo ambito (anche all'interno della psicoanalisi, seppure con un certo ritardo).

La ricerca sui processi (e, sempre più spesso, sui “microprocessi”) è finalizzata a identificare le connessioni tra specifici aspetti del cambiamento del paziente e specifiche modalità d'intervento del terapeuta nelle singole sedute. L'interesse principale è rivolto a stabilire *che cosa* deve succedere nel corso della terapia per potersi aspettare un risultato positivo: non più semplicemente “la psicoterapia funziona?”, ma “come e per chi essa funziona?”. L'enfasi sul processo e sugli aspetti affettivi e relazionali del percorso terapeutico ha una precisa valenza clinica oltre che empirica. Come sottolineano Di Blasi e Lo Verso (1998), “poiché la vita umana, la sofferenza psichica e quindi la ricerca empirica sono un continuo divenire, è soprattutto quando la ricerca empirica ha orientato maggiormente la sua indagine verso il processo terapeutico, che si è entrati in un più adeguato paradigma scientifico nel nostro campo di ricerca. L'aver spostato l'asse di interesse dagli *esiti* a *ciò che avviene all'interno della psicoterapia e sul come avviene*, ha dato centralità e statuto di oggetto di studio alla relazione tera-

peutica, considerata ormai da ogni approccio lo strumento essenziale del processo di cura” (Di Blasi, Lo Verso, p. 43).

Uno dei problemi sollevati da questo tipo di ricerca è se l’analisi dei “microprocessi” condotta all’interno di una specifica cornice teorica sia in grado di cogliere la complessità del processo terapeutico. Per ragioni analoghe, molti autori rifiutano una dicotomia netta tra risultato e processo (Parloff, 1985, pp. 30-31), sostenendo che in realtà lo studio dei microprocessi può rivelarsi di ben poca utilità se slegato da considerazioni sul risultato cui essi conducono. È chiaro che anche studiare il processo comporta comunque lo studio degli “esiti” di determinati comportamenti o processi (American Psychiatric Association, Commission on Psychotherapies, 1982).

1.3.4. *Gli studi sul “modello relazionale centrale”*

L’intensificazione degli studi sul processo terapeutico si è andata accompagnando, tra l’altro, al riconoscimento di una centralità condivisa al concetto di relazione, soprattutto in riferimento al cosiddetto *modello relazionale centrale*, ovvero a quelle modalità ripetitive e cicliche che il paziente manifesta durante le sedute e nelle sue relazioni quotidiane, e che viene comunemente inteso come un’operazionalizzazione del transfert. Possiamo ormai annoverare numerosi metodi formulati per “misurare” queste modalità relazionali ripetitive (Dahl, Kächele, Thomä, 1988; Luborsky, 1990, cap. 8; Henry, Strupp, Schacht, Gaston, 1994, p. 491). Qualche anno fa, Migone (1996b) ne elencava ben 17, tra cui è necessario citare almeno il CCRT di Luborsky (Luborsky, Crits-Christoph, 1990, 1998; Luborsky et al., 2000), la *Diagnosi del piano* di Weiss e Sampson (1986), l’*Analisi configurazionale* di Horowitz (1979, 1987), il *Metodo dei frames* di Dahl (1974, 1988; Hölzer, Dahl, 1996), l’*Analisi strutturale del comportamento sociale* (SASB) della Benjamin (1974) e l’*Esperienza del paziente del rapporto con il terapeuta* (PERT) di Gill e Hoffman (1982; Hoffman, Gill, 1988).⁴

Tra questi, il metodo del CCRT di Luborsky e coll. occupa senz’altro un posto privilegiato, grazie al suo ruolo pionieristico e ai numerosi studi cui è stato sottoposto. Basti pensare che nel 1999 si contavano ben 181 ricerche in tutto il mondo incentrate su questo strumento e 80 pubblicazioni sull’argomento (Luborsky et al., 2000).

Il metodo del CCRT individua, a partire da un testo (il trascritto di una seduta psicoterapeutica, di un’intervista o un questionario autovalutativo), le ridondanze tipiche del “tema conflittuale”, uno schema ripetitivo che organizza la vita relazionale e il comportamento di una persona. L’assunto di

⁴ Accanto a questo approccio di tipo “contenutistico”, si è sviluppata anche un’altra linea di ricerca, volta a studiare l’organizzazione formale del testo, in cui possiamo citare l’*Attività Referenziale* (RA) di W. Bucci (1992; Bucci, McKay et al., 1997) e il *Verbal Responses Modes* (VRM) di W. Stiles (1992).

partenza è che una maggiore pervasività in termini di frequenza dei componenti (“desideri”, “risposte da parte degli altri” e “risposte del sé”) è indicativa di una centralità del tema, soprattutto a livello di organizzazione e regolazione del comportamento interpersonale. La comprensione, formulazione e interpretazione del CCRT da parte del terapeuta, secondo numerosi studi, sarebbe correlata positivamente all’esito della psicoterapia (Luborsky et al., 2000); inoltre, diverse ricerche hanno mostrato che vi è un cambiamento nel tempo della pervasività delle risposte agite, laddove il nucleo conflittuale del paziente tende invece a restare costante. In altri termini, il CCRT tende a rimanere stabile nel tempo, ma può migliorare la capacità del paziente di affrontare i conflitti che ne derivano.

Sebbene il tema conflittuale centrale abbia rappresentato storicamente un importante passo in avanti nella realizzazione di un progresso scientifico in psicoanalisi, non è facile individuare quanto esso riesca a cogliere il vissuto emotivo, nelle varie forme in cui si manifesta all'interno dei resoconti che i pazienti fanno delle loro relazioni. Del resto, lavorare sulle trascrizioni delle sessioni di psicoterapia implica necessariamente l'accettazione di aver già perduto elementi essenziali in termini di tono emotivo, e di conseguenza l'utilizzo di materiale almeno in parte snaturato rispetto agli obiettivi e agli intenti iniziali. Il punto è che le narrative e i resoconti verbali, pur comunicando elementi rilevanti rispetto allo “stato del sé”, sono collegati ai sottostanti schemi cognitivo-affettivi da una relazione complessa, cioè non esauriscono sempre il modo di comportarsi e percepire le relazioni interpersonali (Dazzi, De Coro, 1998, p. 131). Dunque, nella costruzione e nell'applicazione di metodi come il CCRT non si deve mai perdere di vista “quella grande variabile che è il fattore linguistico” (Sullivan, 1927, pp. 176-77), ovvero l'ambiguità intrinseca nella comunicazione verbale degli stati intenzionali soggettivi.

Un altro problema del CCRT è relativo all'affidabilità delle categorie standard (in particolare le categorie dei desideri). In molti studi condotti in tutto il mondo, compresa la taratura italiana dello strumento (Dazzi, De Coro, 1998; Dazzi, De Coro et al., 1998) sono emersi in modo chiaro alcuni limiti di questi lunghi elenchi di desideri e comportamenti, che in estrema sintesi risultano 1) incompleti; 2) ampiamente ridondanti e sovrapponibili; 3) basati su criteri teorici poco chiari; 4) esposti a problemi di traduzione.

Le categorie standard di Luborsky e Crits-Christoph si basano in larga parte sull'elenco di bisogni di Murray, che risale al 1938 (Luborsky, Crits-Christoph, 1990, p. 59); i successivi interventi, che fanno riferimento a teorie più recenti (come quella della Benjamin, che pure è del 1974), non hanno mutato sostanzialmente l'impianto iniziale. Ne risulta che a tutt'oggi le categorie standard contano ben 5 edizioni: la prima, pubblicata nel 1983; la seconda, la più diffusa, nel 1990; la terza, che raggruppa in cluster le precedenti; la quarta, che utilizza le categorie della SASB della Benjamin (1974) ed infine la quinta, costituita da categorie QUAIN, una sorta di via interme-

dia tra le categorie tradizionali e la SASB (Luborsky et al., 2000). Tuttavia, nonostante le numerose edizioni, l'autore riconosce ancora oggi la necessità di "elenchi ancora migliori" (Luborsky et al., 2000), obiettivo che, a suo modo di vedere, può essere ottenuto attraverso due metodi principali di selezione delle categorie standard: la loro *frequenza* e la loro *localizzazione nelle coordinate della SASB*.

Uno dei rischi di quest'approccio è tuttavia quello di trascurare motivazioni importanti che non sono frequenti, o che non sono rappresentabili con la SASB, come avviene per i bisogni sessuali, o di regolazione fisiologica. Si corre cioè il rischio di pervenire a categorie astratte, che rientrano in sistemi logici di natura del tutto artificiale, ma che si ritrovano raramente nella pratica clinica. Si avverte qui la mancanza di un criterio teorico solido nella costruzione delle categorie standard. Il problema appare particolarmente evidente per quanto riguarda l'elenco dei desideri, che già a una prima analisi appaiono in alcuni casi incompleti e in altri ridondanti e sovrapposti. Le analisi statistiche possono sopperire solo in parte a questo problema, e corrono il rischio di evidenziare categorie astratte e artificiali, che possono avere ben poco significato nella pratica clinica. Ancora una volta, il problema è quello di evitare "una semplificazione eccessiva che tende a ridurre a livello puramente descrittivo la definizione delle strategie interpersonali, rinunciando a più articolate ipotesi circa la complessità delle motivazioni e dell'esperienza soggettiva" (Dazzi, De Coro, 2001).

Un'ulteriore limite di questo tipo di metodi "sta nella difficoltà di articolare la 'fotografia' di una situazione colta in modo 'statico' (il problema clinico iniziale, per esempio, oppure il modello di transfert prevalente al momento Tx della psicoterapia, o ancora le condizioni del paziente alla fine del trattamento) con le continue variazioni che legano i diversi momenti di un processo terapeutico, ma anche con la 'mobilità di possibili differenti livelli di esperienza compresenti allo stesso momento'" (Dazzi, De Coro, 2001, p. 182).

Infine, occorre sottolineare che, nell'applicazione di strumenti come il CCRT, gli indicatori utilizzati per operationalizzare i concetti intrinsecamente "insaturi" della psicoanalisi non coincidono con essi. Come sottolinea Fava (2000), un punto sul radar "indica" ma non "è" l'aereo che sta arrivando. Il tema relazionale conflittuale centrale può essere considerato un indicatore affidabile dei processi transferali, ma non coincide con i fenomeni transferali stessi. "Se i ricercatori perdono di vista questo aspetto del problema viene perso il contatto con la ricerca clinica e con il corpus centrale delle conoscenze psicoanalitiche. Se gli indicatori diventano a loro volta concetti si fonda una nuova teoria e una nuova tecnica, derivate dalla psicoanalisi ma distinte da essa. Se invece gli indicatori mantengono il loro statuto epistemologico possono forse contribuire ad arricchire e a specificare le nostre conoscenze" (Fava, 2000).

Appare dunque chiara l'esigenza di affiancare al CCRT e agli strumenti

analoghi una valutazione più complessa e articolata del processo terapeutico, che prenda in considerazione diversi strumenti di ricerca e livelli di lettura (non escludendo lo studio qualitativo del caso clinico, che possa cogliere maggiormente la complessità della situazione analitica), in modo da accrescere la validità dei dati ottenuti.

1.4. Verso un'integrazione tra ricerca descrittiva e psicodinamica

1.4.1. Classificazione psichiatrica e valutazione psicodinamica

Il disagio psichico non può essere tutto compreso all'interno di un approccio descrittivo; sappiamo infatti che esso implica, per statuto scientifico, il rapporto interpersonale come strumento di intervento. Se si dimenticano le complesse variabili del rapporto interpersonale, si rischia di perdere di vista la peculiarità dell'approccio psicoterapeutico (di qualunque matrice teorica) e di assimilarlo alla biologia o all'anatomia. D'altra parte, ciò non significa che la psicoterapia (in particolare psicodinamica) sia una sorta di "zona franca", in cui sia possibile ricorrere alle forme di intervento più fantasiose rinunciando a strumenti e dati obiettivi (cioè attendibili, verificabili a prima vista da più osservatori).

Il problema dell'integrazione tra modello biologico-descrittivo e psicodinamico è emerso in particolare riguardo alla fase diagnostica. I sistemi diagnostici esistenti, come il DSM e l'ICD, tendono a fornire una diagnosi prevalentemente orientata all'inclusione/esclusione dei sintomi, ma offrono ben poche indicazioni per orientare la scelta terapeutica o l'andamento della psicoterapia. D'altra parte, la diagnosi psicoanalitica tradizionale appare troppo aleatoria e indefinita, e necessita di criteri che ne riducano la variabilità, implementando la comunicabilità e la valutazione empirica dei dati.

La diagnosi psichiatrica descrittiva, ovvero la collocazione del disturbo in categorie diagnostiche, non esaurisce la valutazione del paziente, che rappresenta un'analisi non solo del profilo anamnestico, ma anche del suo contesto relazionale passato e presente, delle sue motivazioni, risorse e capacità introspettive. La "formulazione psicodinamica" del paziente non può prescindere da una valutazione globale della sua personalità, che tenga presente, oltre al quadro sintomatologico, le sue caratteristiche personali, la qualità delle sue relazioni oggettuali eccetera. Più precisamente, vanno considerate le strutture (o "organizzazioni") intrapsichiche (forza dell'Io, integrazione del Super-Io, meccanismi di difesa, eccetera), i diversi aspetti del sé e il suo grado di coesione, la natura ed il livello di maturità delle relazioni oggettuali del paziente, e inoltre il modo in cui questi diversi elementi interagiscono. In tal senso, il colloquio diagnostico ha anche finalità terapeutica.

tica; diagnosi e terapia sono interdipendenti e circolari. In un'ottica psicodinamica, il funzionamento psichico del paziente non può essere compreso se considerato isolatamente rispetto alla reazione determinata dalla situazione diagnostica, dalla richiesta di aiuto e dallo svolgimento del processo terapeutico.

In modo speculare, l'approccio psicodinamico, soprattutto nella cura dei pazienti più gravi, va necessariamente integrato con altre forme di intervento, come l'istituzionalizzazione e il trattamento farmacologico. È sempre più avvertita l'esigenza di "incrociare" strumenti concettuali propri della psicoanalisi (e più in generale della psicologia clinica) con metodi di ricerca e di intervento specifici del settore neurobiologico, ricorrendo a modelli diagnostici e strategie di trattamento che si riferiscono ad aree diverse della ricerca e della concettualizzazione clinica (Dazzi, De Coro, 2001). Alla luce di queste considerazioni, si assiste da qualche anno al tentativo di integrare i sistemi di classificazione psichiatrica e la valutazione psicoanalitica e – più in generale – a un parziale recupero dell'approccio psicodinamico nella nosologia psichiatrica, così come a una rinnovata attenzione della letteratura psicoanalitica verso gli sviluppi della moderna psichiatria descrittiva e biologica (Dazzi, De Coro, 2001).

1.4.2. *Influenze dell'approccio psicodinamico nel DSM. La SWAP-200*

Un'eloquente testimonianza della tendenza a integrare l'approccio descrittivo con quello psicodinamico è riscontrabile nelle ultime edizioni del DSM. Nell'introduzione al DSM-IV si legge:

Il DSM-IV è una classificazione dei disturbi mentali formulata per essere usata in setting clinici, di training, e di ricerca. Le categorie e i criteri diagnostici, e le descrizioni nel testo, devono essere utilizzati da individui che abbiano già un appropriato training clinico ed esperienza nella diagnosi. È importante che il DSM-IV non sia applicato meccanicamente da individui inesperti. Gli specifici criteri diagnostici inclusi nel DSM-IV devono servire come linee guida per il giudizio clinico e non per essere usati come ricette di cucina. Ad esempio, l'esercizio del giudizio clinico può giustificare una determinata diagnosi per un individuo anche se la presentazione clinica non riesce a soddisfare tutti i criteri diagnostici purché i sintomi presenti siano gravi e persistenti (American Psychiatric Association, 1994, p. xxiii).

Per esempio, l'elenco dei disturbi di personalità che, a partire dalla terza edizione, costituisce l'Asse II del DSM, risente notevolmente della cultura psicoterapeutica e psicoanalitica. Anche gli altri assi indicano una certa continuità nell'attenzione della psichiatria contemporanea ai concetti psicodinamici che si prestano a una maggiore operazionalizzazione e quindi validazione empirica. In particolare, gli assi IV e V prendono in considerazione gli aspetti reattivi e socioambientali dei disturbi, sviluppando una scala di "funzionamento globale" che, come si è detto, è di origine psicodinamica

e relazionale. Nell'Appendice B, fra gli "Assi proposti per ulteriori studi", vi è la proposta di un asse per valutare i meccanismi di difesa e il loro livello di funzionamento, nonché un asse per la valutazione globale del "funzionamento relazionale", ispirati alle teorie sistemico-relazionali e ai recenti sviluppi della psicoanalisi (American Psychiatric Association, 1994, pp. 812 ss.).

Con tutta probabilità, il "recupero" degli aspetti psicodinamici e relazionali nel DSM continuerà anche nel DSM-V. Al momento, è in corso di svolgimento un vasto progetto di ricerca teso a ridefinire i disturbi di personalità dell'Asse II, che ha portato allo sviluppo di uno strumento di valutazione, la SWAP-200 (Westen, Shedler, 1999; 2000; Westen, Shedler, Lingardi, 2003). Questa ricerca è stata in parte condotta presso il Dipartimento di Psicologia, Psichiatria e Behavioral Sciences della Emory University di Atlanta, in un contesto che già dal nome rivela un approccio marcatamente multidisciplinare. La SWAP-200 utilizza il metodo del *Q-sort*: 200 affermazioni relative a diversi aspetti della personalità devono essere raggruppati dai clinici in otto categorie (da 0 a 7) a seconda del grado in cui si adattano a un certo paziente, consentendo di ottenere una classificazione sia categoriale che dimensionale. La SWAP è stata applicata da un vasto campione di psicologi e psichiatri americani, sia a pazienti reali che a pazienti "prototipici" di uno dei 14 disturbi di personalità definiti dal metodo. Secondo gli autori, questo sistema è utile non solo per le finalità di valutazione e diagnosi, ma anche nella revisione empirica dell'Asse II del DSM, in quanto ricorre "a strumenti sia psicometrici che aderenti alla realtà clinica" e offre un "vocabolario standardizzato che consente ai clinici di esprimere le loro osservazioni e inferenze" (Westen, Shedler, 1999).

Secondo Westen e Shedler, la SWAP "mantiene una certa continuità con la classificazione dei disturbi di personalità del DSM-IV e al tempo stesso getta un ponte verso [...] un nuovo sistema diagnostico, con fondamenta più salde nella clinica e nella ricerca empirica. [...] La SWAP fornisce descrizioni della personalità più ricche e dettagliate, indica aspetti della vita mentale e dell'esperienza interna (per esempio, conflitti, fantasie, difese, pattern interpersonali, esperienza di sé ecc.) molto utili a chi fa pratica clinica, ma ampiamente trascurati dal DSM" (Westen, Shedler, Lingardi, 2003).

Forse è ancora prematuro prevedere l'impatto che avrà questo strumento nelle prossime edizioni del DSM. Può essere interessante, tuttavia, considerare l'ambiente interdisciplinare in cui è nato e si è sviluppato. Rispetto ai criteri del DSM-IV, gli autori dichiarano di avere "cercato di operationalizzare costrutti psicologici complessi e sottili, quali i processi difensivi, che gli schemi dell'Asse II hanno escluso, temendo che non potessero essere misurati in modo attendibile" (Westen, Shedler, 1999). Inoltre, gli autori dichiarano di aver considerato, nella costruzione degli item della SWAP, non solo le precedenti versioni del DSM, ma anche "la letteratura clinica sui disturbi di personalità degli ultimi 50 anni", "la ricerca sui meccanismi di di-

fesa e di coping”, “la ricerca sulla patologia interpersonale nei pazienti con disturbi di personalità”, “la ricerca sui tratti di personalità normali e sulla salute psichica”, “interviste a osservatori che hanno visionato videoregistrazioni di colloqui con pazienti con disturbi di personalità”, “le opinioni di centinaia di clinici che hanno utilizzato lo strumento con i loro pazienti”, “tecniche statistiche di analisi degli item”, ed infine “l’esperienza clinica degli autori” (Westen, Shedler, 1999).

1.4.3. *La Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata (OPD)*

Un altro importante esempio di integrazione tra valutazione psichiatrica e psicodinamica è rappresentato dalla Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata (OPD), uno strumento di valutazione diagnostica sviluppato in Germania a partire dal 1996 (Gruppo di lavoro OPD, 2002), che si presta ad essere applicato nel lavoro clinico quotidiano, ma viene anche utilizzato in progetti di ricerca sull’efficacia dei trattamenti psicologici e/o psicofarmacologici. L’OPD comporta la valutazione di cinque Assi (*Vissuto di malattia e presupposti per il trattamento; Relazioni; Conflitti; Struttura e Disturbi Mentali e Psicosomatici*), in base alle comunicazioni del paziente nel corso di colloqui clinici semi-strutturati. Questo sistema mira a conciliare l’esigenza di una migliore comunicazione sui costrutti teorici psicodinamici nell’ambito della comunità scientifica con la necessità di linee guida clinico-diagnostiche poco strutturate, in modo tale da consentire al clinico una certa flessibilità nelle proprie valutazioni. Esso rappresenta una sintesi tra il primo colloquio psicoanalitico classico, l’intervista strutturale di Kernberg (1981) e la diagnosi sindromica posta secondo i criteri dell’ICD-10.

Il colloquio OPD è nella fase iniziale relativamente “aperto” (con gli unici limiti del tempo e della richiesta d’aiuto); poi, progressivamente, guida il clinico a strutturare il colloquio secondo alcune dimensioni diagnostiche rilevanti, tra cui le dinamiche motivazionali del paziente, i vissuti relativi ai propri disturbi, la storia delle proprie relazioni interpersonali ecc. La sua particolare impostazione, inoltre, consente di formulare ipotesi relative al transfert ed al controtransfert, secondo quanto viene messo in atto dal paziente nel setting. Quindi, le relazioni esistenti tra i diversi Assi possono fornire ulteriori indicazioni diagnostiche, utili per la comprensione psicodinamica del paziente, e fornire utili indicazioni per il trattamento.

1.5. Conclusioni

In questo capitolo ho cercato di evidenziare il carattere peculiare della ricerca in psicoterapia. In quest’ambito, la mancanza di un *gold standard*,

ovvero di un criterio ultimo su cui misurare l'accuratezza delle diagnosi e delle misurazioni, ha prodotto una frammentazione della ricerca in diversi ambiti e secondo diverse impostazioni teoriche e metodologiche. Per molti psicoterapeuti (soprattutto quelli di orientamento psicodinamico), valutare la personalità e i suoi disturbi coincide con la formulazione del caso clinico; per molti ricercatori in campo psichiatrico, valutare la personalità significa descriverla e classificare secondo il DSM-IV e sistemi analoghi (come le *rating scales*); per molti psicologi accademici, infine, valutare la personalità significa eseguire una misurazione psicometrica, ricorrendo il più delle volte alla tecnica dell'analisi fattoriale (Westen, Shedler, Lingardi, 1998). In ogni caso, sempre più operatori nel campo della salute mentale, anche perché pressati dalle istituzioni e dalle politiche sanitarie, riconoscono che è divenuta impellente l'esigenza di dimostrare il valore e l'efficacia della psicoterapia, in ogni sua forma. A riguardo, vi sono chiari segni che la psicoterapia stia finalmente uscendo dallo stato di disciplina prescientifica per entrare in quello di "scienza normale", e che la ricerca empirica, in questo campo, stia acquisendo un ruolo crescente non solo in campo teorico, ma anche in ambito applicativo.

Nel corso del capitolo ho preso in considerazione la dicotomia che, nel secolo scorso, ha contrapposto psichiatria e psicoanalisi, o – più precisamente – un approccio descrittivo-classificatorio e un approccio psicodinamico. Ho passato in rassegna le metodologie e gli strumenti di ricerca peculiari che i due orientamenti hanno sviluppato al loro interno: *rating scales*, strumenti diagnostici descrittivi, diagnosi operazionalizzate, metodi di ricerca sull'esito e sul processo psicoterapeutico e sistemi di analisi testuale. L'impressione è che la separazione tra i due orientamenti e le rispettive metodologie di ricerca sia stata dettata più da ragioni di carattere politico-istituzionale che da un'effettiva incompatibilità teorica e metodologica. Nell'ultimo paragrafo, ho riportato alcuni recenti tentativi di integrazione multidisciplinare tra orientamento psichiatrico-descrittivo e psicodinamico-relazionale, in particolare la SWAP e l'OPD, due strumenti che si sono rivelati abbastanza affidabili e promettenti. Del resto, le finalità della valutazione empirica non si discostano da quelle del colloquio clinico, e l'approccio quantitativo non va necessariamente a discapito della ricchezza e della peculiarità dell'interazione clinica, ma rappresenta, semmai, un punto di partenza per una indagine più accurata e approfondita.

La MARS, lo strumento di valutazione presentato in questa tesi, è stato sviluppato per adeguarsi a questa esigenza di multidisciplinarietà. Per esempio, esso cerca di combinare i vantaggi delle scale di autovalutazione (utilizzate in genere in ambito *psicometrico*) con quelli delle scale di eterovalutazione (utilizzate estesamente in campo *psichiatrico*), adottando una metodologia particolare (l'eterovalutazione, da parte di osservatori esterni, dei trascritti audioregistrati di colloqui clinici), che richiama, per molti versi, altri strumenti utilizzati nello studio del processo (in ambito *psicodina-*

mico). Quest'approccio multidisciplinare consente di integrare la valutazione della gravità dei sintomi e dell'adattamento all'ambiente (in genere indagate dalle scale di eterovalutazione) con la rilevazione dei vissuti soggettivi e dello stato di disagio del paziente (in genere espresso nelle scale di autovalutazione).

Nel prossimo capitolo, esporrò i principi teorici su cui si basa la MARS. Inizierò proponendo una "rivisitazione" della teoria dei sistemi motivazionali di Lichtenberg, e proponendo una serie di costrutti che consentano di rappresentare e "operazionalizzare", per quanto possibile, la complessità delle motivazioni e delle esperienze del paziente.

II. Fondamenti teorici della MARS

2.1. Una rivisitazione della teoria dei sistemi motivazionali

2.1.1. *L'importanza delle motivazioni in psicoanalisi*

Il fine del presente lavoro è quello di elaborare un metodo di valutazione dei comportamenti e dei vissuti della persona basato su una solida e aggiornata teoria motivazionale. La motivazione è un concetto centrale in psicoanalisi, e la sua concettualizzazione ha rappresentato un terreno di scontro tra i diversi orientamenti teorici. Se passiamo in rassegna la letteratura psicologica e psicoanalitica sulle motivazioni, possiamo notare notevoli differenze nelle classificazioni proposte dai vari autori. In particolare, possiamo registrare due tendenze opposte. Da un lato, vi è il tentativo di *ridurre* la complessità del comportamento, riconducendolo a una o due motivazioni. Il caso più evidente di questa tendenza è la teoria pulsionale duale di Freud. Vi sono stati molti psicologi e psicoanalisti, inoltre, che si sono soffermati di volta in volta su una particolare motivazione: sessuale, orientata al successo, alla riduzione delle dissonanze ecc. (Giannini, 2002).

L'altra tendenza è stata quella di proporre lunghi elenchi di motivazioni fondamentali. Tra questi si evidenzia la tassonomia di Murray (1938), che distingue ben quarantotto bisogni tra psicogeni e viscerogeni, dalla quale, come si è detto, Luborsky e Crits-Christoph hanno tratto buona parte dei loro *desideri standard*. Il problema di queste lunghe liste è che, oltre a essere ampiamente ridondanti, a volte tralasciano paradossalmente motivazioni estremamente importanti. Nel caso del CCRT, ad esempio, l'intera area sessuale è liquidata con un singolo desiderio, "vorrei avere un amore romantico", mentre per l'area dei problemi corporei non è contemplato alcun desiderio standard, e bisogna accontentarsi di una non meglio specificata risposta del sé: "sintomi somatici". Questi limiti rendono il CCRT praticamente inutilizzabile per la cospicua parte di pazienti che manifestano proprio problemi sessuali o psicosomatici.

Le nostre motivazioni sono troppe, troppo fluide, troppo fuse le une

con le altre, e troppo frastagliate ed eterogenee per essere realmente ordinabili in modo oggettivo (Jervis, 2001). In particolare, nella costruzione di uno strumento di studio – un test, una scala o un metodo di codifica – ciò che conta è darsi un orientamento empirico, una guida, senza la presunzione di pervenire a una teoria che “sveli” una volta per tutte la gerarchia delle motivazioni umane. In tal senso, occorre raggiungere un compromesso tra la necessità di raggruppare le motivazioni in un certo numero di aree motivazionali e quella di rappresentare appieno la complessità dei modi dell’agire psichico (non solo motivazioni, ma anche affetti, credenze, previsioni eccetera).

2.1.2. *La teoria dei sistemi motivazionali di J. Lichtenberg*

La teoria dei cinque sistemi motivazionali di J. Lichtenberg (Lichtenberg, 1989; Lichtenberg, Lachmann, Fosshage, 1992, 1996), rappresenterebbe secondo gli autori “la teoria delle motivazioni più complessa e completa esistente oggi in psicologia” (Fosshage, 1995, p. 422), e offrirebbe una classificazione di bisogni, desideri e motivazioni “più soddisfacente di tutti gli altri schemi” (Lichtenberg, Lachmann, Fosshage, 1996, p. 254). Per quanto, ormai a distanza di quindici anni dalla pubblicazione di *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*, la teoria di Lichtenberg non sia apparsa esente da critiche, essa è comunque senz’altro più attuale e aderente alla sensibilità clinica rispetto alle astratte classificazioni cui fanno spesso riferimento molti metodi di ricerca sul processo terapeutico. Non a caso, nell’ambizioso progetto di Lichtenberg, essa si pone come elemento nodale di una svolta profonda nella teoria e nella tecnica psicoanalitiche. Con una colorita immagine, Lichtenberg considera il modello strutturale tripartito e pulsionale come un “imperatore” ormai nudo, spogliato dalle numerose critiche che si sono accumulate negli anni e quindi, sostiene, è ormai giunto il momento di “fornire alla psicoanalisi clinica un nuovo imperatore democraticamente eletto, il modello dei sistemi motivazionali, basato su ricerche empiriche ed evolutive” (Lichtenberg, Lachmann, Fosshage, 1996, p. 3).

Lichtenberg utilizza per il suo modello, secondo un percorso che si snoda con coerenza, i dati provenienti dall’*infant research* più recente (Lichtenberg, 1983, 1995), che sono analizzati dal punto di vista della psicoanalisi del sé di Kohut, cui Lichtenberg aderisce verso la metà degli anni Settanta. L’elemento più originale della teoria di Lichtenberg, comunque, sta nella proposta di riformulare la teoria psicoanalitica nei termini di una *teoria della motivazione strutturata*: i fondamenti dell’accadere psichico, i luoghi d’origine del senso, non sono più le pulsioni del modello strutturale tripartito o gli affetti del modello delle relazioni oggettuali, ma i *sistemi motivazionali*, sistemi di regolazione interattiva strutturati attorno a bisogni di base, che tra natura e storia regolano la vita individuale.

Ogni sistema si sviluppa da un programma innato in risposta ai bisogni fondamentali, ed ognuno implica affetti particolari. Il primo sistema si sviluppa in risposta al bisogno di *regolazione psichica delle esigenze fisiologiche*, ed è stato formulato a partire dalle ricerche freudiane sull'Io corporeo, le pulsioni di sopravvivenza e autoconservazione, fino agli studi più recenti, anche in ambito psicosomatico, sulle "esperienze del sé corporeo", i disturbi alimentari ecc. (Lichtenberg, 2001; per le fonti bibliografiche di questi studi, e di quelli relativi ai successivi sistemi motivazionali, vedi Lichtenberg, 1998, p. 20). Questo sistema motivazionale condiziona in modo potente (e spesso implicito) il nostro comportamento, ed è collegato ai bisogni primari del corpo: bisogno di cibo, acqua, riparo, riposo, benessere corporeo ecc.

Il secondo sistema (*attaccamento-affiliazione*) fa riferimento agli studi sull'attaccamento di Bowlby, Ainsworth, Winnicott, Fairbairn, Sullivan, Mahler, Stern, Kohut, e per quanto attiene l'affiliazione, alla psicologia dei gruppi di Freud, al metodo Tavistock, alla teoria della comunicazione e all'antropologia culturale. I concetti di attaccamento e affiliazione si riferiscono, con diverse sfumature, alle varie forme di relazione e cooperazione sociale: dall'affetto materno (che rappresenta il prototipo di tutte le forme di attaccamento), all'amicizia, l'amore coniugale, il rispetto, la solidarietà, l'attaccamento ai valori sociali ecc.

Il terzo sistema, che regola il comportamento di *esplorazione-assertività*, è stato concepito a partire dalle ricerche su gioco, lavoro e assertività di autori come Piaget, White, Stechler e Hendrick. Lichtenberg sviluppa qui in particolare il concetto di epistemofilia naturale: imparare e conoscere per il solo gusto di imparare e conoscere. Nel bambino, il gioco è il luogo privilegiato di espressione di questa tendenza a esplorare-indagare che, inizialmente, è un tutt'uno con il piacere del controllo sulle cose. In questo senso – e questa è forse una delle intuizioni più interessanti di Lichtenberg – la motivazione a conoscere è strettamente legata all'affermazione del proprio sé, e al conseguente sentimento di "auto-efficacia". Nel bambino più grande e nell'adulto, i due sottosistemi tendono ad assumere caratteristiche peculiari, e l'assertività tende a separarsi dall'esplorazione per legarsi maggiormente all'area della valorizzazione di sé (la scuola, il lavoro ecc.).

Il quarto sistema (*avversività, antagonismo e ritiro*) fa riferimento agli studi etologici, evolucionisti e relazionali sull'aggressività e alle concezioni su difesa e ritiro di Freud, Klein, Kernberg e, più recentemente, della Fraiberg. In questo "sistema-contenitore", Lichtenberg raggruppa una varietà eterogenea di fenomeni come la rabbia, l'odio, l'aggressività, la distruttività, l'opposizionalità ecc. Come vedremo più avanti, questo sistema è forse il più problematico della teoria di Lichtenberg, e certamente il più difficile da tradurre in termini operazionali.

Infine, il quinto sistema (*sensuale-sessuale*) è stato elaborato a partire

dalle ricerche di Freud, Escalona, Kleeman, Roiphe e Galenson, Kestenberg, Stoller. Questo sistema fa riferimento al piacere sensuale e all'eccitazione sessuale, che Lichtenberg sostiene vadano distinti. I piaceri sensuali sono legati a diverse esperienze, non necessariamente orgasmiche o sessuali: la sensazione di essere accarezzati o massaggiati, di essere "cullati" da una musica, di assaggiare un buon cibo, di annusare un profumo gradevole, di sperimentare l'ebbrezza da caduta, da velocità o legata all'alcol.

Ognuno dei cinque sistemi emerge grazie all'esperienza di vita all'interno di un contesto relazionale; più esattamente, il suo sviluppo dipende dall'interazione tra fattori innati ed esperienziali. Ogni sistema motivazionale può essere attivato tanto dall'interno quanto dall'esterno. Le motivazioni traggono linfa dall'esperienza vissuta, e gli affetti sono considerati amplificatori dell'esperienza, da cui dipende il suo senso di vitalità. Il modo in cui i bisogni e i desideri intrasistemici – e i sistemi stessi – sono organizzati è variabile nel corso del tempo.

Pur persistendo tutta la vita, i bisogni di base si evolvono e vengono gradualmente percepiti come desideri (ma possono permanere anche bisogni più primitivi): il bisogno di regolazione delle esigenze fisiologiche diviene sempre più autodiretto e si trasforma nel bisogno di mantenere e migliorare la propria salute e il proprio benessere fisico; il bisogno di attaccamento si evolve in affiliazione a famiglia, scuola ecc.; l'esplorazione e l'affermazione si espandono prima nell'area educativa e poi nelle strategie orientate al lavoro e al tempo libero; le difese, da primitive diventano più evolute; infine, vi è la tendenza a passare da una "sensualità" infantile ad una "sessualità" più matura. Naturalmente, tale evoluzione implica uno sviluppo sano del sé, che ha nella teoria di Lichtenberg la funzione fondamentale di stabilizzare le tensioni dialettiche tra i sistemi motivazionali (che come antenne cercano continuamente un contesto adatto in cui attivarsi e diventare "dominanti"), garantendo unità, coerenza e continuità all'esperienza. D'altra parte, in condizioni normali, tutti i sistemi concorrono a sviluppare e mantenere un senso di sé coesivo e vitalizzante, che dipende proprio dal successo o fallimento funzionale dei sistemi motivazionali nell'ambiente relazionale in cui si manifestano. Dunque, in generale, il successo nella regolazione di un sistema motivazionale contribuisce al successo nella regolazione degli altri sistemi.

Anche nella situazione clinica si assiste al continuo spostamento nel dominio tra i sistemi motivazionali, e il setting terapeutico è un contesto ideale per far emergere i bisogni più pressanti. L'analista, riconoscendo il bisogno di regolazione di ciascuno di questi sistemi, può impostare interventi interpretativi volti a identificare la motivazione dominante nell'esperienza del paziente, e i conflitti spesso non consapevoli ad essa collegati, sempre sostenendone la motivazione esplorativa-assertiva, che si manifesta nel suo personale tentativo di controllo e di risoluzione dei pro-

blemi (Lichtenberg, Lachmann, Fosshage, 1996). Afferma Lichtenberg (1989, p. 39): “i cinque sistemi motivazionali sono attivi in ogni campo e attribuiscono all’esperienza del sé la sua sfumatura volitiva, strumentale e affettiva”.

La teoria dei sistemi motivazionali è un progetto molto ambizioso, che come avviene spesso per i modelli innovativi ha attratto su di sé diverse critiche. C’è chi sostiene che essa enfatizza troppo il ruolo dell’esperienza nel qui e ora, riducendosi ad una sorta di interpretazione fenomenologica del comportamento, che minimizza l’importanza del regno intrapsichico e dell’inconscio dinamico (Gabbard, 1998). Altri, come Rangell, ritengono che sia eccessivamente lineare e povera di contributi originali, e si limiti a riproporre elementi classici sotto etichette diverse: così il sistema sessuale coinciderebbe sostanzialmente con l’Es, le funzioni esplorativo-assertive sarebbero un altro modo di definire l’Io, il bisogno di attaccamento rappresenterebbe il bisogno di relazioni oggettuali e così via (Rangell, 1989). Altri ancora, come Westen (1997), criticano l’impiego disinvolto e spesso contraddittorio da parte di Lichtenberg di concetti presi in prestito dalla psicologia del sé (in particolare il concetto di *coesione del sé*).

In ogni caso, bisogna riconoscere a Lichtenberg e ai suoi collaboratori il coraggio di scelte teoriche nette e coerenti (ad esempio nella formulazione della difesa come pattern di regolazione affettiva all’interno del sistema avversativo) e il costante aggiornamento dei loro assunti in riferimento alle ricerche più recenti, non solo in ambito psicoanalitico. Ma il pregio principale della teoria dei sistemi motivazionali, probabilmente, sta nel proporre non solo una riformulazione teorica della psicoanalisi, in accordo con la ricerca empirica, ma anche una raffinata teoria della tecnica, a partire dalla quale possano essere elaborate nuove ipotesi e impostate nuove ricerche empiriche, in un circolo virtuoso. Nell’introduzione a *Lo scambio clinico*, Lichtenberg e i suoi collaboratori affermano: “Riteniamo che il nostro libro, benché primariamente rivolto a psicoterapeuti che effettuano psicoterapie esploratorie, risponda anche alla richiesta di dati da utilizzare nell’esame critico del nostro campo” (Lichtenberg, Lachmann, Fosshage, 1996). Questo continuo interscambio tra teoria, clinica e ricerca empirica, cui Lichtenberg ha sempre fatto riferimento, rappresenta un’ottima base di partenza per lo sviluppo di un metodo di valutazione empirica.

2.1.3. *Alcune critiche rivolte alla suddivisione in cinque sistemi motivazionali*

La suddivisione delle motivazioni umane nei cinque grandi sistemi proposti da Lichtenberg presenta non poche difficoltà. I sistemi motivazionali non sono del tutto autonomi tra loro, né del tutto omogenei al loro interno. Alcuni autori hanno avanzato delle critiche a riguardo, in alcuni casi

proponendo una revisione della teoria, in altri rigettandola decisamente. Jervis (2001) ritiene che tanto il sistema avversativo-aggressivo quanto quello sensuale-sessuale siano largamente dipendenti, il primo dal sistema esplorativo-assertivo, il secondo dal sistema dell'attaccamento-affiliazione. A suo modo di vedere, i sistemi motivazionali realmente importanti sarebbero, in ultima analisi, due soli:

in primo luogo quello interpersonale, cooperativo, elementarmente socializzante, dell'*attaccamento-affiliazione*; e in secondo luogo quello *esplorativo e assertivo*. Il primo potrebbe anche essere chiamato "*modalità prosociale di base*" o "*sistema delle strutture elementari del fare-insieme*". Il secondo invece "*sistema delle strutture elementari dell'autonomia individuale*", o "*dell'auto-assertività*", o se vogliamo usare un vecchio termine, "*dell'egoismo*"; o anche "*della competizione possibile*" (Jervis, 2001, p. 84).

Dunque Jervis non rigetta *in toto* la teoria di Lichtenberg, ma ritiene, con buone argomentazioni, che gli orientamenti motivazionali possano essere ridotti a due soltanto: quello "cooperativo" e socializzante, nonché "di legame"; e quello "autoaffermativo", fonte di competitività ed eventualmente di conflittualità.

Di diverso avviso è Drew Westen, che muove alla teoria di Lichtenberg critiche ben più radicali. In questa sede ci limiteremo a considerare la critica che Westen rivolge soprattutto al quarto e il quinto dei sistemi motivazionali di Lichtenberg, che egli chiama rispettivamente "evitamento del dolore" e "ricerca del piacere". Secondo Westen (1997, p. 523; vedi anche Lingiardi, Gazzillo, 2001), non si tratterebbe di sistemi a se stanti sovraordinati, ma di meccanismi di base della motivazione *tout court*. Staremmo parlando di nient'altro che della ricerca del piacere e della fuga dal dolore: insomma, del principio di piacere freudiano. Tuttavia, prosegue Westen, due motivazioni sono poche (1997, p. 529). Egli propone la seguente soluzione:

Anziché speculare su quante motivazioni abbiano gli esseri umani, i ricercatori psicoanaliticamente orientati potrebbero cercare di sviluppare una lista relativamente comprensiva delle motivazioni espresse nelle sedute cliniche, nelle interazioni quotidiane e nelle etnografie, e poi usare procedure di aggregazione statistica – come l'analisi fattoriale – per vedere quali motivazioni si raggruppano empiricamente (Westen, Gabbard, 1999, p. 67).

Curiosamente, la proposta di Westen sembra descrivere passo-passo la procedura seguita da Luborsky e i suoi collaboratori nella stesura dei "desideri standard". Westen ritiene che sia necessaria una teoria che si focalizzi su meccanismi motivazionali specifici e condizioni attivanti, piuttosto che su ampi sistemi motivazionali. Al momento, comunque, egli non si è spinto oltre, e non ha proposto nessun elenco convincente di motivazioni che possa essere utilizzato a fini empirici (vedi anche Lingiardi, Gazzillo, 2001).

2.1.4. Una proposta di revisione: da cinque a tre sistemi motivazionali

Nella teoria di Lichtenberg, in particolare, sono due i sistemi che appaiono più problematici: il sistema *sensuale-sessuale* e quello *avversativo*. Nel sistema sensuale-sessuale Lichtenberg include, come si è visto, due principali tipi di fenomeni: quelli propriamente sessuali, e quelli che si riferiscono a piacevoli stimolazioni sensoriali e corporee. Quest'accostamento può essere interessante, ma rischia di porre in secondo piano la componente *relazionale* del sistema sessuale. È evidente che l'attività sessuale, nell'uomo, non si esaurisce nel piacere sensoriale "da contatto", ma è qualcosa di ben più complesso. Più che di sistema sensuale-sessuale, probabilmente, si dovrebbe parlare di sistema *relazionale-sessuale*. Da un lato vi sarebbe il versante "relazionale" dell'attività sessuale (quelli che comunemente sono definiti problemi "sentimentali"), dall'altro quello "corporeo" (relativo ai cosiddetti problemi "sessuali"). Questa soluzione avrebbe senz'altro maggior rilievo clinico: chiedete a un paziente qualsiasi di parlare delle sue esperienze sessuali, e con tutta probabilità accosterà i suoi problemi di impotenza, di frigidità ecc. alle sue relazioni con gli altri, come un tutt'uno.

In realtà, il sistema "sessuale", o comunque lo si voglia chiamare, è probabilmente meno autonomo di quanto appaia, ed è riconducibile in larga misura a necessità di sostentamento (e sopravvivenza) da un lato, e di socializzazione (soprattutto in rapporto alla creazione di legami familiari e di attaccamento) dall'altro. In concreto, il sistema sessuale potrebbe essere "scisso" e associato ad altri due sistemi. Il versante sensuale-sessuale potrebbe essere accostato al sistema di regolazione delle esigenze fisiologiche, andando a formare un sistema "corporeo" più ampio. Il versante "sentimentale" dell'attività sessuale, invece, potrebbe essere ricondotto a quello di attaccamento-affiliazione, che potrebbe essere ridefinito *sistema relazionale*. Riassumendo, avremo un sistema *corporeo* caratterizzato da tutte le esperienze che hanno a che fare col piacere proveniente dai sensi e dal corpo, incluso il piacere sessuale; un sistema *relazionale*, che regola in senso ampio le relazioni con gli altri; ed infine un sistema *realizzativo*, più o meno corrispondente al sistema esplorativo-assertivo di Lichtenberg, che riguarda le aree del lavoro, del gioco, della conoscenza.

Per quanto riguarda il sistema avversativo, Lichtenberg stesso sembra rendersi conto che questo sistema è il più internamente eterogeneo, il meno circoscrivibile nei suoi confini, e forse anche il più discutibile (Jervis, 2001). Westen, sostiene, come abbiamo visto, che il sistema avversativo non sia altro che la riformulazione del principio di evitamento del dolore. Jervis invece ritiene che questo sistema vada ricondotto essenzialmente al sistema assertivo, ovvero alla competizione tra individui che, in un ambiente che offre scarse risorse, può trasformarsi in ostilità e aperta aggressività: "essere esplorativi e assertivi (nel modo del terzo sistema motivazionale)

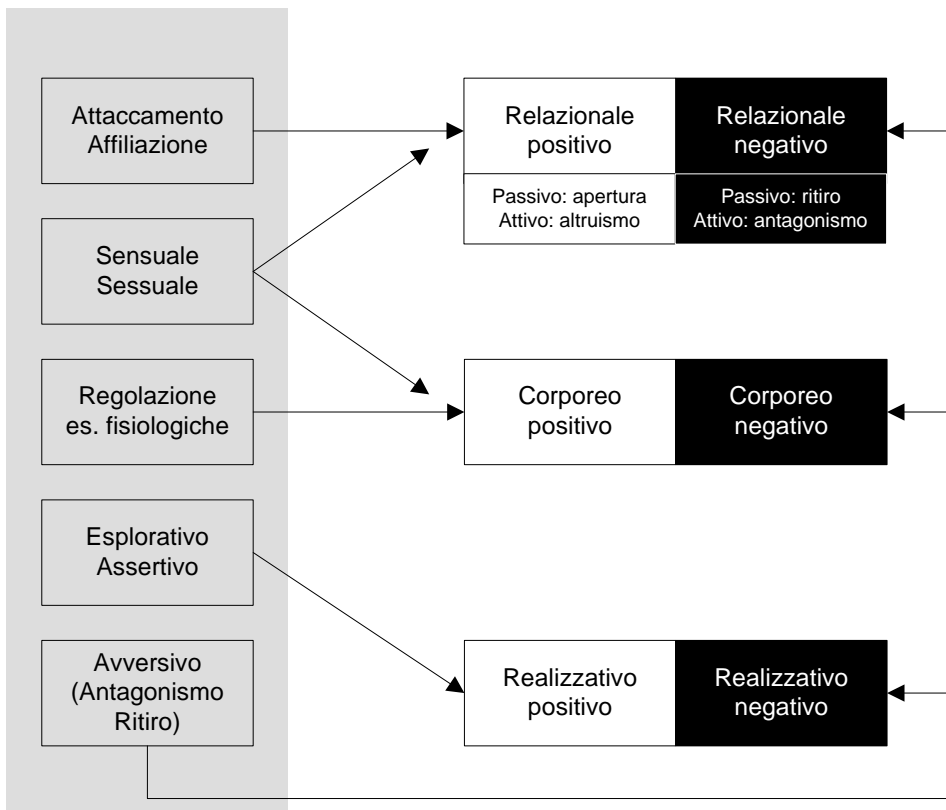


Figura 1. Da cinque a tre sistemi motivazionali.

comporta inevitabili scontri con altri soggetti altrettanto esplorativi e assertivi quanto noi” (Jervis, 2001, p. 81).

Si può dunque ragionevolmente pensare che il sistema avversativo non costituisca una sistema autonomo. Personalmente, ritengo che vada riformulato nei termini di un *disequilibrio* degli altri sistemi. Per ogni sistema, possiamo concepire due stati ideali: uno positivo (equilibrio), l’altro negativo (disequilibrio). Il sistema relazionale, per esempio, nel polo positivo si rivolgerà alla costruzione di legami, alla socialità ecc., mentre nello stato di disequilibrio si tradurrà nelle forme di antagonismo e/o ritiro descritte da Lichtenberg (sotto-sistema relazionale “attivo” e “passivo”). Il sistema corporeo, dal canto suo, nello stato equilibrato restituirà al soggetto benessere e piacere sensuale, in quello di disequilibrio dolore e malessere corporeo. Infine, il sistema realizzativo, nella sua forma positiva, determinerà un buon adattamento del soggetto alla realtà, in particolare nel lavoro, nella scuola, nei suoi interessi ecc., alimentando il suo senso di autoefficacia, mentre in quella negativa registrerà un disadattamento alla realtà e sentimenti di auto-denigrazione e sfiducia.

Per inciso, nella revisione dell’impianto teorico di Lichtenberg qui

proposta, i tre sistemi motivazionali (corporeo, realizzativo e relazionale) richiamano, nella forma negativa, un'affermazione di Freud sulla sofferenza umana: "La sofferenza ci minaccia da tre parti: dal nostro corpo [...], dal mondo esterno... e infine dalle nostre relazioni con altri uomini" (Freud, 1930, pp. 568-569). Del resto, anche per la "saggezza popolare", la *salute*, il *lavoro* e l'*amore* hanno da sempre rappresentato le coordinate sulle quali gli uomini rappresentano a se stessi e agli altri il loro grado di felicità o infelicità.

Tuttavia, l'aspetto probabilmente più importante, accanto alle considerazioni teoriche, è che la suddivisione in tre aree motivazionali è quella che si è mostrata più affidabile, da un punto di vista operativo, nello sviluppo della MARS, conseguendo una maggiore *inter-rater reliability* rispetto ad altri soluzioni, che contemplavano una suddivisione in quattro o cinque aree. Nel V capitolo approfondirò ulteriormente gli studi empirici che hanno condotto alla definizione delle tre aree motivazionali in cui è suddivisa la scala.

2.2. I modi fondamentali di interazione tra se e oggetto, da un prospettiva soggettiva e oggettiva

2.2.1. Le diverse accezioni del termine "oggetto"

La psicoterapia è un racconto in cui l'"io narrante" (*erzählendes Ich*) si incontra con l'"io narrato" (*erzähltes Ich*). Il protagonista di questo racconto è il paziente, che può essere paragonato a quei narratori che vengono definiti "onniscienti", i quali, da una posizione di massima istanza comunicativa e punto focale da cui sono viste e dette le cose che avvengono, non si limitano ad una semplice descrizione esteriore degli eventi, ma penetrano nell'animo dei personaggi e ne scrutano i sentimenti più reconditi (Marchese, 1983). I trascritti delle sedute psicoanalitiche sono racconti di individui che parlano di loro stessi e di ciò che li circonda; in termini psicoanalitici, di un *sé* e di un *oggetto*.

In psicoanalisi, i termini "sé" e "oggetto" da diversi anni possiedono un ruolo strategico in molte correnti teoriche, al punto da definire interi orientamenti (quali la teoria delle relazioni d'oggetto e la psicoanalisi del sé). Sono usati indifferentemente in ambito teorico e clinico, spesso inconsapevolmente. Frequentemente vengono definiti in modo tautologico: il sé, come tutto ciò che non è oggetto; l'oggetto, come tutto ciò che non è sé. La mancanza di una definizione chiara è avvertita ancor più quando si cerca di tradurre questi due concetti in termini operazionali, in specifiche metodologie di ricerca come, per esempio, il CCRT di Luborsky.

In effetti, posto che il paziente è il “sé” attorno cui ruota tutto il resto, non è facile definire cosa è per lui “oggetto” e cosa non lo è. Le altre persone sono sempre “oggetti”, o lo sono solo quando il soggetto ne fa diretta esperienza? Una malattia o un disturbo corporeo indipendente dalla volontà del paziente rientra nella sfera dell’“oggetto” o del “sé”? Un sé che riflette su se stesso, può essere considerato “oggetto” di se stesso?

Nella letteratura psicoanalitica, non mancano affermazioni paradossali di questo tipo. Per esempio, per Freud l’oggetto “non è necessariamente un oggetto estraneo, ma può essere altresì una parte del corpo del soggetto” (1915, p. 18), mentre per Rycroft (1968) il sé, quando è parte di una parola composta, andrebbe inteso come “il soggetto considerato come *oggetto* della propria attività”. Questi esempi evidenziano la compresenza e la sovrapposizione di diversi *livelli* di significato relativi al concetto di oggetto e a quello, speculare, di sé. Il concetto di “sé”, in particolare, rappresenta il negativo di *una* particolare accezione della parola oggetto. Nella loro *Enciclopedia della psicoanalisi*, Laplanche e Pontalis hanno proposto di distinguere tre principali significati del termine “oggetto”.

A) In quanto correlato della pulsione: esso è ciò in cui e con cui essa cerca di raggiungere la sua meta, cioè un certo tipo di soddisfacimento. Può trattarsi di una persona o di un oggetto parziale, di un oggetto reale o di un oggetto fantasmatico.

B) In quanto correlato dell’amore (o dell’odio): la relazione in causa è allora quella tra la persona totale, o l’istanza dell’Io, e un oggetto considerato esso stesso come totalità (persona, entità, ideale, ecc.); (l’aggettivo corrispondente è “oggettuale”).

C) Nel senso tradizionale della psicologia della conoscenza, in quanto correlativo del soggetto percipiente e conoscente: esso è ciò che si offre con caratteri fissi e permanenti, riconoscibile in linea di diritto da tutti i soggetti indipendentemente dai desideri e dalle opinioni degli individui (l’aggettivo corrispondente è “oggettivo”) (Laplanche, Pontalis, 1967, p. 393).

Nella MARS, tali accezioni individuano altrettanti “assi”, che delimitano le aree motivazionali e le modalità con cui si manifestano, e da cui dipendono le scelte operative del sistema di codifica: l’asse *motivazionale-affettivo*, l’asse *oggettuale* e l’asse *oggettivo*. Vediamoli nel dettaglio, partendo dall’asse oggettuale.

2.2.2. *L’asse oggettuale: la dinamica tra sé e oggetto*

La dinamica sé-oggetto si colloca su un piano che potremmo definire, seguendo Laplanche e Pontalis, “oggettuale”. Nell’asse “oggettuale”, l’oggetto è definibile come una totalità, un qualcosa di “altro” rispetto alla per-

sona, al sé.⁵ Tuttavia, considerare l'oggetto come il "negativo" del sé è quanto meno problematico, in quanto non è possibile dare una definizione univoca del "sé". È noto che quest'ultimo termine può assumere diversi significati, che dipendono anche dal suo utilizzo in diversi ambiti disciplinari: filosofia, psicoanalisi, psicologia umanistica, psicologia sociale, neurobiologia ecc.

Nei suoi *Principi di psicologia* (1890, cap. 10), William James propose due categorie di sé: il Sé empirico o Me, autoriflessivo, materiale e sociale e l'Io pensante o puro, tradizionale soggetto della speculazione filosofica e spiritualista (Dazzi, 1981). Già in questa concezione è possibile rinvenire la dialettica tra due concezioni del sé, che ha caratterizzato le riflessioni psicologiche e psicoanalitiche del secolo scorso: da un lato, viene sottolineato il valore di realtà esperienziale, dall'altro quello di soggettività speculativa. In particolare, l'aspetto esperienziale, che caratterizza la tradizione anglosassone inaugurata da Locke e James, a nostro parere, si ritrova nelle teorie di Hartmann, Balint, Winnicott e, in parte, Jacobson e Kernberg, laddove l'accezione strutturale-funzionale-oggettiva del sé è stata utilizzata largamente – spesso in rapporto alla problematica legata al narcisismo e ai processi di costruzioni dell'identità – nell'ambito della psicologia umanistica (Maslow, Rogers), della scuola neo-freudiana (Fromm, Horney, Sullivan) fino a Kohut, che colloca il sé al centro della sua teorizzazione (Ammaniti, 1989).

Più recentemente, Stern (1985, 1989) ha approfondito, in un'ottica evolutiva, una serie di distinzioni fondamentali su molteplici sensi di sé. Con il concetto di "senso di sé", Stern non si riferisce "né alla percezione, né alla sensazione, né alla conoscenza e nemmeno alla consapevolezza [...] ma a qualcosa di molto più globale" (1989, p. 117). Ciò che l'individuo racconta di se stesso (ovvero il senso di un sé "narrativo") per Stern si fonda su un senso "esistenziale" di sé, non necessariamente autoriflessivo e narrativo, definito senso di un sé "nucleare". Il senso di un sé nucleare, caratterizzato da coesione, continuità, affettività e *agency*, si sviluppa in età precocissima, e rappresenta appunto il nucleo su cui si impiantano i successivi sensi del sé – soggettivo, verbale e narrativo. È importante notare che, nel modello di Stern, i diversi sensi del sé non si escludono a vicenda; anzi, in condizioni

⁵ In realtà, gli autori fanno riferimento alla "persona totale", o all'"Istanza dell'Io", ma bisogna tener conto che, all'epoca in cui hanno pubblicato il loro "dizionario", negli scritti psicoanalitici francesi non sempre era presente una distinzione terminologica netta tra "Io" e "Sé". Questa distinzione è stata sostenuta soprattutto da autori anglosassoni, in particolare Hartmann e Jacobson. Si consideri quanto afferma Rycroft nel suo *Dizionario critico della psicoanalisi* (1968): "Il sé differisce dall'Io della teoria psicoanalitica in quanto [...] si riferisce al soggetto in quanto esso fa esperienza di se stesso, mentre l'Io si riferisce alla sua personalità, come una struttura interno alla quale si possono fare generalizzazioni impersonali" (p. 165).

normali, operano in modo simultaneo e interdependente.

Un serio problema legato alle diverse concezioni sul sé è rappresentato dalle difficoltà terminologiche e di traduzione che riguardano questo concetto. Se l'inglese *self* indica spesso nel linguaggio quotidiano l'essere coscienti della propria dimensione interiore, il tedesco *Selbst* allude invece a un'"essenza" interiore. Molti autori hanno rilevato, inoltre, che l'espressione *the self* (con l'articolo) non è in realtà molto usata in inglese, in quella accezione "colta" e "specialistica" che assume in italiano. Ian Hacking osserva che, nei paesi anglosassoni, "raramente incontriamo qualcuno che parla "del sé", se non in occasione di qualche conversazione tra pseudointellettuali. [...] La parola inglese *self* funziona meglio come suffisso (*herself*) o come prefisso (*self-importance*) che come sostantivo" (1999, p. 13). Il concetto di *self*, per gli autori anglosassoni, è molto più vicino a quello che noi italiani indicheremmo come "persona", che a una "struttura psichica" vera e propria. Hartmann, per esempio, in un passo molto noto afferma: "l'opposto dell'investimento dell'oggetto non è l'investimento dell'io ma l'investimento della propria persona, cioè l'investimento del sé" (1950). Anche Edith Jacobson, sebbene consideri il sé in modi assai diversi nel corso della sua opera (ad esempio, quando parla di "sé psicofisiologico"), lo definisce come "un termine descrittivo ausiliare, che indica la persona come soggetto distinto dal circostante mondo degli oggetti" (1964, p. 17 nota).

Possiamo per il momento accettare la definizione offerta da Laplanche e Pontalis, che vede una "persona totale" in relazione con "un oggetto inteso anch'esso nella sua totalità". Tuttavia, questa visione introduce un altro problema assai spinoso, quello dei "confini" tra sé e oggetto. Definire l'oggetto come "un'entità altra" rispetto alla persona, non chiarisce dove finisca il sé e inizi l'oggetto. Gregory Bateson ha rappresentato efficacemente i problemi insiti in questo genere di confine:

Supponiamo che io sia cieco e che usi un bastone e vada tentoni. In quale punto comincio *io*? Il mio sistema mentale finisce all'impugnatura del bastone? O finisce con la mia epidermide? Comincia a metà del bastone?

Tutte queste sono domande senza senso. (1972, p. 477)

Il punto è che non è possibile concepire un sé isolato dall'oggetto, e viceversa, in quanto i due costrutti si definiscono e si delimitano vicendevolmente. Non esistono confini fissi e immutabili tra sé e oggetto, tra la persona e l'ambiente che la circonda. Tra gli autori che hanno meglio rappresentato la flessibilità – e la "paradossalità" – della relazione tra sé e oggetto, vi è senz'altro Winnicott, che ha sottolineato, a più riprese, che non è possibile addirittura concepire il sé senza l'oggetto, e l'oggetto senza il sé. La relazione tra sé ed oggetto può spaziare da un rapporto di fusione completa, caratteristica secondo l'autore delle primissime fasi di vita del bambino, ma

anche delle psicosi autistiche, a un “distacco” completo tra i due, che prelude alla formazione di un “falso sé”. Com’è noto, Winnicott (1953) colloca tra i due estremi l’*oggetto transizionale*, una condizione “intermedia” in cui i confini tra sé e oggetto, paradossalmente, sono definiti ma anche indefiniti, e la persona può esprimere liberamente il suo vero sé e il suo senso di creatività. Un quadro, per esempio, è un “oggetto”, ma contemporaneamente rappresenta “un’estensione del sé” dell’artista che lo ha dipinto.

In chiave evolutiva, l’*infant research* ha messo in discussione molti assunti riguardanti il rapporto tra sé e oggetto. Criticando la visione psicoanalitica tradizionale dello sviluppo, Stern (1985, 1989) ha riportato una serie di evidenze empiriche secondo cui il bambino, anche nei primissimi mesi di vita, non ha difficoltà a distinguere il feedback che proviene da se stesso da quanto invece proviene dalla madre. La capacità del bambino di distinguere tra sé ed oggetto (e tra diversi tipi di oggetti, ad esempio tra persone e oggetti inanimati) rappresenta secondo Stern una fondamentale “struttura emergente” innata:

Se il bambino è dunque predisposto fin da molto piccolo alla percezione e in seguito al riconoscimento di categorie naturali di eventi rilevanti per gli esseri umani, per quale motivo non dovrebbe essere predisposto anche a percepire da subito le categorie del sé, dell’altro e degli oggetti inanimati. È evidente che queste sono importanti categorie “naturali” (1983, p. 210).

La dinamica tra sé e oggetto, come si è detto, costituisce uno degli assi fondamentali che sono indagati dalla MARS. Nella costruzione dello strumento, era necessario un criterio operativo che consentisse di discriminare, almeno nella maggior parte dei casi, i comportamenti, gli eventi e i vissuti che possono essere ascritti alla sfera del sé, da quelli che invece, dal punto di vista del paziente, sono percepiti come “oggetto”, come qualcosa di “altro” rispetto al sé. Alla luce di diversi tentativi, il criterio che si è dimostrato in grado di discriminare meglio i due costrutti fa riferimento alla percezione, soggettiva e oggettiva,⁶ dell’*origine* o del *centro di iniziativa* di un comportamento, evento o stato psichico. Del resto, anche gli studi evolutivi (Stern, 1985, 1989), hanno mostrato che il senso di un sé agente rappresenta uno degli aspetti più precoci e fondanti nello sviluppo della personalità, in particolare nella definizione del senso di un sé nucleare, che è condizione essenziale per la distinzione tra sé e oggetto. Chiaramente, un comportamento che origina dalla persona non ha lo stesso significato, né le stesse implicazioni, di un comportamento degli altri, o degli eventi che sfuggono al suo controllo e di cui non si ritiene “responsabile”. È evidente che offendere una persona e ricevere un’offesa non sono la stessa cosa, né hanno le stesse conseguenze.

⁶ Della dimensione soggettiva e oggettiva si parlerà nel prossimo paragrafo.

In concreto, nella MARS è codificato “sé” *un comportamento o uno stato psichico di cui la persona ha diretta iniziativa, o si sente in qualche modo responsabile*. Invece, è codificato “oggetto” *ogni comportamento altrui e ogni evento esterno (riguardante persone, cose, entità impersonali o lo stesso soggetto) di cui la persona non ha diretta iniziativa e non si sente responsabile*.

Per esempio, rientrano nella sfera dell’“oggetto” una vincita alla lotteria o una malattia, mentre sono codificate “sé” una giocata alla lotteria o la richiesta di un consulto. Questo tipo di definizione implica un’accezione molto vasta per l’oggetto, raggruppando in questo concetto ogni altra persona, ogni oggetto inanimato, ogni evento percepito come “esterno”. Inoltre, rientrerebbero nella categoria “oggetto” anche i comportamenti e gli stati riguardanti il soggetto di cui non si sente responsabile: tipicamente, le malattie e i disturbi neurologici e psichici che non riesce a controllare e avverte come “esterni”.

Per inciso, questa definizione ha il vantaggio di evidenziare la dinamica fondamentale, benché spesso trascurata in psicoanalisi, tra aspetti e comportamenti del paziente che possono cambiare (ed essere cambiati), e caratteristiche della vita che non possono essere modificate (McWilliams, 1999).

2.2.3. *L’asse oggettivo: la dinamica tra soggettivo e oggettivo*

Glendower: I can call spirits from the vasty deep.
Hotspur: Why, so can I, or so can any man;
but will they come
when you do call for them?

William Shakespeare, *King Henry IV*
Parte I, Atto III, scena I, vv. 52-58

“Oggetto”, in questa seconda accezione, è un’entità che esiste nel tempo e nello spazio (Abbagnano, 1998; Piaget, 1937), che si manifesta con caratteri fissi e permanenti, ed è riconoscibile da tutti, indipendentemente da affetti, desideri e opinioni individuali. Questo significato di oggetto non va confuso con quello visto nel paragrafo precedente, così come va distinto il concetto di “soggetto” da quello di “sé”. In questo senso, il concetto di “soggettivo” indica ciò che è peculiare del soggetto, del suo ambiente interno (percezioni, pensieri, motivazioni, affetti ecc.). Da un lato abbiamo il soggetto percipiente e conoscente (prevalenza del mondo interno), dall’altro l’oggetto così come appare a tutti nel mondo esterno. Si può quindi considerare l’oggetto da un punto soggettivo e oggettivo, e considerare il Sé da un punto soggettivo e oggettivo.

La dialettica tra soggetto e oggetto – o più comunemente tra soggettivo e oggettivo – non appartiene solo alla psicoanalisi o alla psicologia, ma affonda le radici nella gnoseologia e nel pensiero epistemologico. Quest’uso

del concetto di “oggetto”, singolarmente, non è presente nell’antichità classica, ma viene introdotto nella filosofia occidentale dai filosofi scolastici. L’uso medievale dei termini soggetto e oggetto, tuttavia, era *invertito* rispetto a quello odierno. Per Occam, per esempio, si dirà che qualcosa possiede *essere oggettivo* per intendere *non* che è una cosa realmente esistente, ma il contenuto di un’attività dell’anima (Occam, *Ordinatio*, D. II, Q. VIII). Ciò che esiste realmente, una cosa, possiede invece *essere soggettivo*, perché è un “soggetto di possibili predicati”. È solo con Cartesio e Hobbes che l’oggetto inizia a identificare un ente esterno all’anima (Abbagnano, 1998). Cartesio inaugura una vera e propria “rivoluzione soggettivistica”, perché, se da un lato resta fedele all’uso scolastico del termine “soggetto” inteso come sostanza, dall’altro, distinguendo la sostanza pensante da quella estesa, apre la strada al tema moderno delle rappresentazioni. Con Kant, il soggetto viene sempre più assimilato all’attività senziente e pensante dell’Io, mentre l’oggetto è identificato con la realtà in sé delle cose e del mondo.

William James, anticipando l’orientamento fenomenologico, è stato tra i primi a porre particolare attenzione alle relazioni tra polo soggettivo e oggettivo dell’esperienza, che viene vista svolgersi entro un dato contesto ambientale (Dazzi, 1981, p. 150; Lombardo, Foschi, 2002). Nell’approccio funzionalista di James risulta soprattutto centrale la nozione di coscienza quale elemento terzo che si pone tra soggetto che esperisce e oggetto dell’esperienza. In Brentano (e, più compiutamente, in von Meinong, con la sua “teoria degli oggetti”), il mentale è raffigurato come processo intenzionale che si manifesta come rappresentazione soggettiva degli oggetti dell’esperienza (Lombardo, Foschi, 2002); analogamente, per Husserl gli oggetti sono ciò verso cui la coscienza è perennemente orientata. Questa identificazione del soggetto con la coscienza pensante è messa in discussione più volte nel corso del Novecento, con la critica marxista, la scoperta freudiana dell’inconscio, e linguistica strutturale di F. de Saussure, che mettono in dubbio la sovranità del *cogito*, inaugurando quello che M. Foucault ha definito “decentramento del soggetto”. Molti autori d’impostazione fenomenologica hanno criticato il dualismo cartesiano tra soggetto e oggetto; secondo l’ontologia fenomenologica di M. Merleau Ponty, mondo e coscienza sono intrecciati in ‘un’ambiguità irresolubile, mentre Heidegger vede nell’astratta contrapposizione dualistica di soggetto e oggetto il vizio di origine di tutta la filosofia occidentale.

Particolarmente interessante è il riflesso che questo dibattito filosofico ha avuto nel pensiero psicoanalitico. Più di un autore si è proposto di accordare le concezioni psicoanalitiche sull’evoluzione delle relazioni oggettuali con i dati di una psicologia genetica della conoscenza o perfino di abbozzare una “teoria psicoanalitica della conoscenza” (Laplanche, Pontalis, 1967, p. 398). Sin dagli scritti di Freud, il problema del rapporto tra soggetto e oggetto è apparso intrecciato a quello, ugualmente spinoso, della “realtà”. Freud ha affrontato a più riprese la questione, parlando dei rapporti tra

Io-piacere e Io-realtà, dell'“esame di realtà” ecc. In Freud è usato il termine “reale” per significare sia oggettivamente presente che soggettivamente importante (realtà esterna o oggettiva, e realtà interna o psichica o soggettiva) (Rycroft, 1968, p. 151). Come evidenziato da De Coro,

L'originalità profonda di Freud, a livello epistemologico, sta nell'aver più o meno esplicitamente rilevato come un qualsiasi aspetto, intellettuale o emozionale, dell'attività umana (o della “produzione” umana) sia costituito da rapporti formali *nonché semantici* fra una “realtà esterna”, storico-sociale, “materiale”, e una “realtà interna”, storico-pulsionale, altrettanto “materiale” (in quanto né l'una né l'altra dipendono dalla coscienza dell'individuo): questa due realtà hanno, dunque, contemporaneamente la funzione di termini medi e di fattori determinanti nei processi conoscitivo, morale, creativo, ecc., che, secondo la nozione “lineare” di causalità, contemplano invece un rapporto biunivoco fra “soggetto” (pensiero cosciente) e “oggetto” (situazione percettiva “data”) (1972, p. 25).

Il duplice significato di realtà – soggettiva e oggettiva – presente nella teoria freudiana non sempre è stato colto nella sua complessità negli autori successivi. In molti casi, si è rimasti ancorati a una linea di pensiero che usa il termine “oggettivo” per indicare il “vero”, il “reale”, laddove la parola “soggettivo” indicherebbe tutto ciò che deriva da impressioni personali, in buona parte “distorte” dall'interpretazione dei soggetti. L'equazione tra “oggetto” e “verità”, tuttavia, è fuorviante e pericolosa. Nel campo dello studio del comportamento, in particolare, è evidente che l'oggettività assoluta – intesa come “verità” assoluta – non può esistere, perché le sue determinanti sono, per loro stessa natura, in parte oggettive e in parte soggettive (Conti, 2002). Come si è detto nel primo capitolo, questa posizione, in psicoanalisi, è stata spesso assunta per giustificare il rifiuto da parte di chi diffida che la ricerca empirica, “oggettiva”, possa pervenire a un grado di verità assoluto, o comunque superiore a quello proveniente dall'impressione clinica. Per esempio, molti psicoanalisti contemporanei (Kohut, 1977; Mitchell, 1993; Orange, Atwood, Stolorow, 1997) definiscono essenzialmente la psicoanalisi come “scienza della soggettività”, nella quale l'empatia dello psicoanalista è lo strumento di indagine fondamentale (McWilliams, 1999, p. XX). Friedman (1999) è recentemente intervenuto sull'argomento, sostenendo che il dibattito tra “realisti” (che credono nella realtà degli universali) e “nominalisti”, che considerano solo il punto di vista individuale, in effetti non è un problema psicoanalitico, e non deve distogliere gli psicoanalisti a “tendere verso la realtà oggettiva”. Piuttosto, “la sfida per la psicoanalisi è descrivere la realtà ‘umana’ e le dinamiche della formazione di significato in analogia con la realtà fisica” (p. 422).

Nella MARS, il criterio per discriminare tra soggetto e oggetto fa riferimento al *grado di accordo* su un determinato comportamento, evento o vissuto psichico. In quest'ottica, ciò che definiamo “oggettivo” è semplicemente l'accordo in un certo momento su ciò che ci appare utile per com-

prendere noi stessi e il mondo che ci circonda, accordo che è sempre suscettibile di revisione. La possibilità di rivedere le nostre conoscenze si basa su scambi costruttivi tra persone che hanno diversi punti di vista. Il progresso della conoscenza, dunque, dipende da continui tentativi di attribuire significato a prospettive differenti, tenendo conto delle esperienze personali e della posizione degli osservatori (Hacking, 1999; Rogoff, 2004).

Nello specifico, rientrano nella categoria “oggettivo” *quei comportamenti, stati ed eventi manifesti, visibili a tutti, che chiunque, e non solo il soggetto, posto al momento e nel punto giusto, potrebbe osservare o registrare*, mentre sono considerati “soggettivi” *i vissuti psichici (credenze, sentimenti, desideri ecc.) in cui ciò non è direttamente possibile, salvo che attraverso una “traduzione” su un piano oggettivo.*⁷

Per cogliere questa distinzione, si pensi alla differenza tra un articolo giornalistico che si sforza di essere obiettivo (prototipo della rappresentazione esteriore dei fatti) e un diario in cui invece il soggetto descrive gli eventi da un punto di vista soggettivo, specificando diffusamente ciò che desidera, perché si è comportato in un certo modo, che cosa intende fare in futuro ecc.; in breve, lasciando trasparire il suo modo personale di filtrare i fatti, di vedere se stesso e il mondo che lo circonda.

Nella MARS, una malattia (ad esempio un’infezione) rientra nella sfera “oggettiva” (visibile e/o misurabile da tutti), mentre i vissuti di dolore e di preoccupazione legati a quella malattia rientrano nella sfera soggettiva. Un paziente che si lamenta con il suo dottore “traduce” la sua sofferenza (soggettiva) su un piano “oggettivo”. I sentimenti di un paziente che dichiara al terapeuta di “odiare” la madre rientrano nella sfera “soggettiva”,⁸ mentre gli insulti rivolti di persona alla madre rientrano nell’ambito “oggettivo”.

Va sottolineato, in conclusione, che la rappresentazione dell’esperienza soggettiva riguardo all’oggetto e al sé, non va intesa in modo esclusivamente cognitivo, o esclusivamente affettivo, ma evidenzia una molteplicità di formati rappresentazionali che vanno considerati in modo integrato: schemi sensomotori, percettivi, concettuali, affettivi, narrativi (per un maggiore approfondimento di questo aspetto, si veda Stern, 1991).

2.2.4. *I quattro modi fondamentali*

È possibile combinare l’asse oggettivo con quello oggettuale, ottenendo quelle che possiamo definire come le quattro modalità fondamentali che

⁷ Tipicamente, questa “traduzione” si compie attraverso diverse forme di comunicazione, in particolare attraverso la narrazione analitica, o l’espressione più o meno volontaria di affetti.

⁸ Si potrebbe osservare che nel momento in cui il paziente parla al terapeuta dei suoi vissuti soggettivi questi vengano “tradotti” su un piano oggettivo. Tuttavia, ciò comporterebbe l’esigenza di classificare come “oggettivo” *l’intero trascritto*. Pertanto, la MARS, per convenzione, non tiene conto nella codifica della “traduzione” tra il piano soggettivo e quello oggettivo che si compie nel racconto analitico.

caratterizzano, sin dalla nascita, la vita relazionale, corporea e realizzativa degli individui: *oggetto oggettivo* (che indichiamo con “O”), *oggetto soggettivo* (O’), *sé oggettivo* (S) e *sé soggettivo* (S’). L’*oggetto oggettivo*, indicato con il simbolo O, fa riferimento a comportamenti, stati o eventi manifesti, visibili a tutti, in cui il soggetto non ha iniziativa né si sente responsabile. In pratica, eventi “esterni” (*Ho problemi economici; È morto mio padre; Sono guarito*) e comportamenti degli altri (*Se ne è andato di casa; Mi hanno promosso; Mi ha detto che sono un incapace*). In questa categoria vanno riportati solo gli eventi o i comportamenti di cui il soggetto porta qualche riscontro; le credenze, valutazioni, previsioni ecc. rientrano nel modo O’ (*oggetto soggettivo*). In quest’ultimo caso, il comportamento altrui o l’evento esterno sono vissuti soggettivamente, su un asse vero-falso e/o piacere/dispiacere. L’enfasi, in tal caso, non è sui comportamenti manifesti, ma soprattutto su emozioni, credenze, valutazioni, giudizi, supposizioni, previsioni, opinioni, desideri o intenzioni in relazione a un certo oggetto. *È un brutto guaio!; È proprio uno stupido; Mi fa stare bene; Mi ha spezzato il cuore; In questi giorni ho un fortissimo mal di testa; Stavo benissimo in vacanza.*

Per inciso, la dinamica tra O e O’ presente nella MARS richiama in parte quella tra *oggetto reale* e *oggetto interno*, che ha interessato buona parte della storia della psicoanalisi e che ha contrapposto, in particolare, teoria delle relazioni oggettuali e psicoanalisi kleiniana (Greenberg, Mitchell, 1983). Nel contesto psicoanalitico, i due termini sono stati usati per designare sia la gente reale nel mondo esterno, sia le immagini di questa che si sono stabilite internamente. In particolare, questa duplice connotazione è servita per descrivere l’interscambio tra “dentro” e “fuori” che si verifica in ogni trattamento analitico (p. 26).

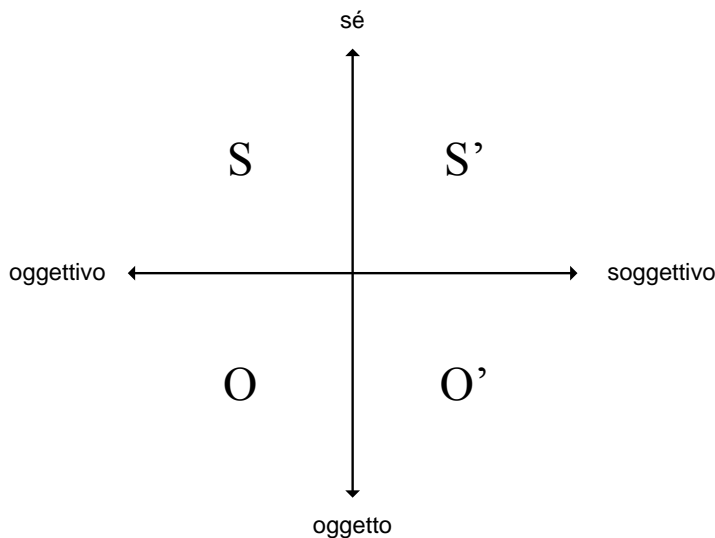


Figura 2. I quattro modi fondamentali.

	Il soggetto ha diretta iniziativa o si sente responsabile	Evento, stato o comportamento manifesto
Oggetto oggettivo	No	Sì
Oggetto soggettivo	No	No
Sé oggettivo	Sì	Sì
Sé soggettivo	Sì	No

Tabella 2. Modi fondamentali: criteri differenziali.

Tuttavia, come si vedrà nel prossimo paragrafo, nella MARS il significato di “oggetto soggettivo” è più vasto di quello di “oggetto interno”, almeno riguardo alla definizione che ne danno Greenberg e Mitchell (“un residuo, all’interno della mente, di relazioni con persone importanti nella vita di ciascun individuo”, 1983, p. 93), non limitandosi solo alle persone ma anche ad *oggetti inanimati e astratti*.

Il *sé oggettivo*, indicato con il simbolo S, si riferisce ai comportamenti manifesti del soggetto, in cui il soggetto ha diretta iniziativa o si sente in qualche modo responsabile: *Ho cominciato a fumare; L’ho tradita; Gli ho detto che la amo; Ho ripreso a frequentare l’università*. Anche in questo caso, vanno riportati solo i comportamenti di cui il soggetto porta qualche riscontro. Invece, rientrano nel modo *sé soggettivo*, indicato con il simbolo S’, valutazioni e vissuti relativi a tratti psichici, comportamenti o condizioni che il soggetto sente come “propri” o di cui si ritiene responsabile. *Sono un fallito!; Se le cose stanno così, non posso farci nulla; Sto bene in mezzo agli altri; Ce la posso fare!*. La sfera del *sé soggettivo* comprende “le convinzioni su ciò che noi siamo. Queste a loro volta comprendono le convinzioni sia su ciò che siamo capaci di fare sia su ciò che siamo eventualmente disposti a fare [...] [e inoltre] le idee che *vorremmo* essere e le idee su ciò che *dovremmo* essere” (Minsky, 1986, p. 67).

Anche i concetti di *sé soggettivo* e *sé oggettivo*, come si è visto in precedenza, non sono estranei alla psicoanalisi. Limitandoci alle teorie più attuali, può essere interessante considerare i concetti di *sé interpersonale soggettivo* e *sé interpersonale oggettivo* di Stern (1985, 1993). Riprendendo il concetto di *sé interpersonale* di Neisser, secondo una prospettiva “più radicata nella soggettività”, Stern puntualizza che nel *sé interpersonale soggettivo*, “tutte le informazioni richieste devono essere direttamente percepi-

te dal soggetto”, mentre, per quanto riguarda il sé interpersonale oggettivo, “tutte le informazioni richieste devono essere direttamente percepibili⁹ dal soggetto, dal suo partner interattivo, e da un osservatore”. Questa distinzione, secondo Stern, ha il pregio di “includere una più larga fascia di fenomeni e aprire la strada all’attivazione di queste differenti forme di sé interpersonale” (1993, pp. 352-353).

In effetti, il modello MARS dei quattro modi fondamentali presenta molti aspetti in comune con quello elaborato da Stern (Stern-Bruschweiler, Stern, 1989) per concettualizzare le rappresentazioni (della madre e del bambino) e il comportamento interattivo manifesto (della madre e del bambino) nei diversi approcci terapeutici nella terapia madre-bambino. Interessante, in particolare, è la compresenza di diverse prospettive del fenomeno in entrambi gli approcci: allo studio tradizionale delle rappresentazioni soggettive è, in ambedue i casi, affiancata un’ enfasi sui comportamenti e sugli eventi “che appartengono all’ambito degli eventi oggettivabili che possono essere descritti verbalmente o, ancora meglio, registrati con una videocamera” (p. 276). Tuttavia, a differenza del modello MARS, Stern esclude deliberatamente dalle sue considerazioni il rapporto con gli oggetti “inanimati”, e inoltre raggruppa quelli che nella MARS sono definiti modi S’ e O’ in un’unica “rappresentazione dell’interazione”, ritenendo, in chiave intersoggettivista, che i due poli rappresentativi non possano essere separati.

Una disamina approfondita dei modi fondamentali della MARS (in particolare delle loro manifestazioni negative) è riportata più avanti, nel terzo capitolo.

2.2.5. *L’asse motivazionale-affettivo*

Una terza accezione del termine “oggetto” – che è poi la prima in senso cronologico ad essere introdotta in psicoanalisi – si riferisce a tutto ciò in cui e con cui la pulsione cerca di raggiungere la sua meta, ovvero un soddisfacimento di qualche tipo (Freud, 1915). Il concetto di pulsione, nel corso della storia della psicoanalisi, è stato oggetto di numerosi dibattiti e accese critiche (si veda, per esempio, Eagle, 1984; Conte, Dazzi, 1988; Casonato, 1992; Fabozzi, Ortu, 1999). La serrata critica alla teoria pulsionale, che per molti autori sarebbe una delle cause principali della cosiddetta “crisi della metapsicologia”, si è andata accompagnando ad un’ enfasi su altri concetti: *in primis* quelli di oggetto, affetto e motivazione. Possiamo, a riguardo, distinguere tre momenti fondamentali: 1) il modello strutturale tripartito basato sulle pulsioni; 2) il modello delle relazioni oggettuali, basato su oggetti e affetti; 3) le teorie motivazionali più recenti, che riprendono ed elaborano,

⁹ Da notare il differente uso di “percepite” e “percepibili”; l’ enfasi sulla “potenzialità” dell’osservazione da parte di individuo esterno può essere riscontrata anche nella definizione che dà la MARS di sé oggettivo.

in senso sistemico, i concetti precedenti.

Vorrei brevemente sottolineare, in particolare, il ruolo che gli affetti hanno progressivamente raggiunto, sia come agenti motivazionali autonomi rispetto alle pulsioni che come “elementi di connessione” tra sé e oggetto, e tra dimensione soggettiva e oggettiva. Riguardo al primo punto, non c’è molto da dire: i dati provenienti da numerose ricerche psicologiche testimoniano la stretta connessione che vi è tra motivazioni ed emozioni, e del resto è evidente che la ricerca di piacere o la fuga dal dispiacere possono motivare il comportamento. Anche in psicoanalisi, dove la visione freudiana dell’affetto come “derivato” della pulsione ha ostacolato il riconoscimento del suo ruolo motivante autonomo, oggi sono pochi gli autori che negano questo ruolo, persino coloro che sono in parte rimasti fedeli alla teoria pulsionale.¹⁰

Riguardo al secondo aspetto – il crescente riconoscimento del ruolo degli affetti come “ponti” tra sé e oggetto, e tra dimensione soggettiva e oggettiva – già nel 1952, Melanie Klein dichiarava:

L’analisi di bambini abbastanza piccoli mi ha fatto capire che [...] l’amore e l’odio, le fantasie, le angosce e le difese sono attivi sin dal principio e che sono indivisibilmente connessi ab initio a relazioni oggettuali (1952, p. 531).

La Klein è stata tra i primi psicoanalisti a considerare la natura profondamente relazionale degli affetti, che sono *intrinsecamente orientati verso il mondo esterno*, in una connessione immediata e diretta con gli oggetti (Greenberg, Mitchell, 1985, p. 149). Nella sua teoria, l’affetto (buono o cattivo) crea l’oggetto (buono o cattivo) e costituisce con esso un’unità inscindibile. L’oggetto assume un significato soltanto in quanto oggetto di amore, di odio, di paura ecc.; nella mente del bambino esso acquista una connotazione affettiva ed una personalità, e questo è vero tanto per gli oggetti parziali quanto per le persone: gli uni e le altre possono essere percepite solo in quanto amanti, odianti, invidiosi, ecc. (Segal, 1979, p. 45).

Anche Winnicott (1953) ha sottolineato a più riprese l’importanza della dimensione affettiva nel mondo relazionale della persona. Per esempio, il concetto di oggetto transizionale rappresenta soprattutto un processo affettivo; da un punto di vista cognitivo il bambino sa bene che l’orsacchiotto e la coperta non sono la madre, ma tuttavia reagisce affettivamente a questi oggetti e ne ricava conforto come se fossero la madre. L’integrità e la “creatività” del sé sono inestricabilmente connesse, in senso evolutivo ma anche dinamico, ai legami affettivi intrecciati con gli oggetti.

Più recentemente, altri autori, più o meno riconducibili alla teoria delle relazionali oggettuali, hanno sottolineato la natura profondamente relazionale

¹⁰ Per esempio, Sandler (1988), pur adottando un modello “misto” e aderendo in parte alla teoria pulsionale, riconosceva che “ci sono buoni motivi per arguire che gli affetti piacevoli e spiacevoli sono in se stessi le maggiori forze motivanti nel nostro funzionamento mentale” (1988, p. 341).

degli affetti. Parafrasando Fairbairn (“la libido è alla ricerca dell’oggetto”) Modell (1985, p. 104) sostiene che sono piuttosto *gli affetti* ad essere alla ricerca dell’oggetto. Kernberg (1976, p. 84) si riferisce alle *unità sé-affetto-oggetto* come a strutture psichiche fondamentali, mentre Stern ritiene che i sentimenti “possono essere considerati fenomeni squisitamente interpersonali ed eventi che danno la sensazione soggettiva diretta di essere, nel momento presente, connessi in modo interattivo con l’altro” (1993, pp. 343-344).

Anche le teorie motivazionali più recenti accordano un ruolo di prim’ordine agli affetti: lo stesso Lichtenberg, ne *Lo scambio clinico*, dedica un intero capitolo all’argomento, definendo gli affetti “il filo d’oro nello scambio clinico” (1996, p. 127) – e dunque sottolineando anch’egli la valenza “legante” del concetto. Analogamente, Westen, nella sua teoria delle motivazioni, pur partendo come si è detto da presupposti diversi rispetto a Lichtenberg, sottolinea il ruolo delle esperienze affettive – e del sottostante principio di piacere/dispiacere – nell’adattamento dell’individuo al suo specifico ambiente di vita (Westen, Shedler, Lingiardi, 2003, p. 5).

Nella MARS, il concetto di “oggetto motivazionale-affettivo” integra in un certo senso le altre due accezioni di oggetto, e definisce un asse che va da un oggetto “anaffettivo” (o “neutro”), a un oggetto in grado di attivare, da un punto di vista affettivo, i sistemi motivazionali del soggetto (in senso piacevole o spiacevole).

Una parte notevole dei trascritti di sedute psicoterapeutiche è rappresentata da descrizioni di oggetti neutri, senza alcuna valenza affettiva. Per esempio, il paziente può dilungarsi a descrivere un certo luogo, oppure può parlare di un comportamento poco rilevante da un punto di vista clinico (ad esempio, descrivere per filo e per segno il percorso compiuto per andare a fare la spesa). Naturalmente, occorre distinguere il caso in cui il soggetto è “distaccato” dall’oggetto o dall’avvenimento perché effettivamente non gli interessa, e il caso in cui invece dal contesto si evinca un atteggiamento di difesa e di rifiuto. Maggiore è il grado di “affettività” del trascritto, maggiori saranno le possibilità di codifica attraverso la MARS, e più completo sarà il quadro clinico che se ne potrà trarre. Per fare un esempio, la frase “Per venire qui ho attraversato la strada” è poco significativa nella codifica della scala, mentre “Ho attraversato la strada per evitare di vederlo” o “Ero angosciato nell’attraversare la strada” sono di grande rilievo in tal senso, perché sono accompagnate rispettivamente da un desiderio e un affetto espliciti.

Tuttavia, perché si possa parlare di oggetto affettivo, non è indispensabile che il paziente esprima necessariamente un affetto o un desiderio. La MARS è sensibile anche agli oggetti “potenzialmente” affettivi, ovvero agli eventi o comportamenti che, pur avendo un effetto immediato sull’equilibrio di un certo sistema motivazionale, saranno avvertiti da un punto di vista affettivo solo in un secondo momento. È il caso di molti eventi e comportamenti che rientrano nella sfera “oggettiva” (nell’accezione discussa nel paragrafo precedente). Per esempio, il paziente può mettere in atto in-

consapevolmente una serie di comportamenti che hanno un impatto negativo notevole sulla sua salute, e tuttavia non sono accompagnati da particolari desideri o affetti distruttivi.

Esistono diversi tipi di oggetti motivazionali-affettivi. In psicoanalisi, il termine “oggetto” ha in genere fatto riferimento a persone, o oggetti animati e personificati. La MARS, invece, distingue tre principali oggetti motivazionali: oggetto relazionale, corporeo e realizzativo, che corrispondono ai rispettivi sistemi motivazionali. La dinamica esistente tra sistemi motivazionali e oggetti motivazionali è rappresentata attraverso il concetto di area motivazionale, di cui si parlerà nel prossimo paragrafo.

2.2.6. Definizione di area motivazionale

La MARS si basa sul concetto di *area motivazionale*, che è più vasto di quello di sistema motivazionale. Possiamo definire un'area motivazionale come *l'interazione dinamica tra il sé e l'oggetto, da un punto di vista oggettivo e soggettivo, in grado di attivare da un punto di vista motivazionale e affettivo un dato sistema motivazionale (in direzione di un maggiore equilibrio o disequilibrio).*

Il concetto di area motivazionale estende quello di sistema motivazionale, in quanto prende in considerazione anche gli oggetti motivazionali-affettivi in grado di attivare tale sistema motivazionale, ed inoltre contem-

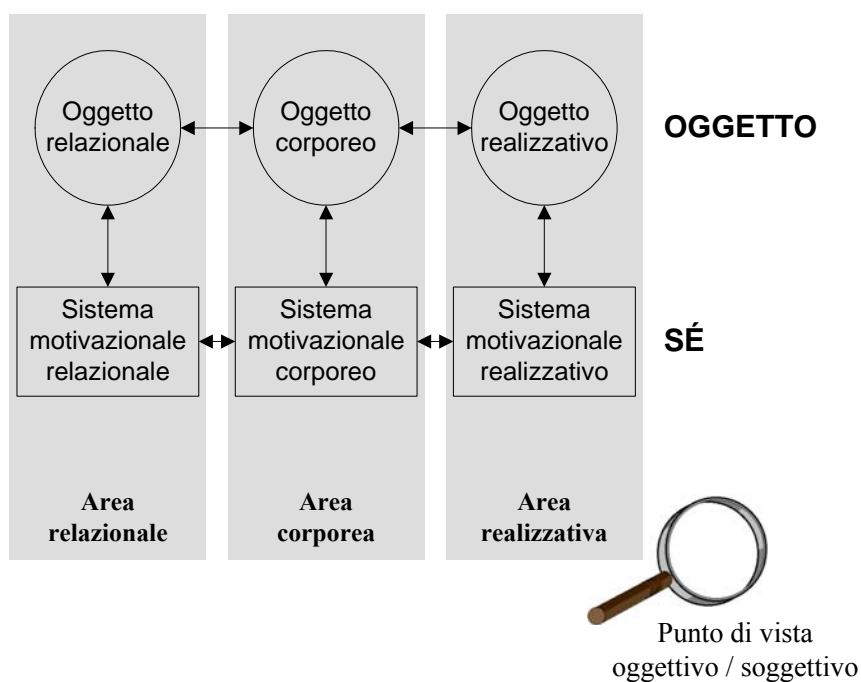


Figura 3. Aree motivazionali.

pla non solo la prospettiva soggettiva, ma anche quella oggettiva. La scala è suddivisa in tre aree motivazionali (corporea, relazionale e realizzativa), che corrispondono a tre sistemi motivazionali e tre oggetti affettivi corrispondenti. Un aspetto fondamentale di questo modello è quello di considerare i suoi elementi in costante interazione dinamica; le modificazioni di ciascuna modalità e di ciascuna area comportano, in un sistema interdipendente, modificazioni negli altri modi e nelle altre aree.

Nel prossimo paragrafo descriverò sinteticamente le tre aree motivazionali indagate dalla MARS, e i pattern più ricorrenti relativi ai modi con cui si manifestano.

2.3. Le tre aree motivazionali

2.3.1. *L'area corporea*

L'area corporea fa riferimento al rapporto della persona con il proprio corpo e, agli eventi, comportamenti e vissuti ad esso associati.

Ciclo positivo ideale. In condizioni di equilibrio ottimale, O_{cor} (leggasi: oggetto oggettivo corporeo) è rappresentato da una condizione di salute fisica, o una guarigione da un precedente disturbo corporeo. O'_{cor} , invece, si manifesta con una sensazione di benessere psicofisico, distensione, energia, forma, riposo e/o di piacere sensoriale, come quello che può provenire da un'attività sessuale (o anche da un massaggio, un buon cibo ecc.). Nel ciclo positivo ideale, S_{cor} è rappresentato da uno stile di vita sano: la persona si cura, rispetta l'igiene del proprio corpo, fa sport, segue le indicazioni dei medici; inoltre, gratifica i piaceri del corpo (salvo "controindicazioni"). S'_{cor} , infine, nella forma positiva si manifesta soprattutto come un senso di sicurezza e di orgoglio per la propria capacità di stare in forma e di procurarsi piacere sensoriale-sessuale.

Ciclo negativo ideale. In condizioni di assoluto disequilibrio, O_{cor} è rappresentato da una malattia o altro problema corporeo non direttamente "controllabile" dal soggetto e di cui egli non si sente direttamente "responsabile", per esempio disturbi dell'alimentazione, del sonno, neurologici-psicotici (allucinazioni, stati confusionali, deliri, emicranie ecc.), disturbi cardiocircolatori, respiratori, dermatologici, handicap fisici, postumi di interventi chirurgici, aborti, gravidanze. Inoltre, disturbi sessuali (impotenza, eiaculazione precoce, frigidity, calo desiderio ecc.) e tutti i sintomi corporei sgradevoli legati a disturbi psichici (sudorazione, tachicardia ecc.). O'_{cor} si riferisce a tutti i sentimenti e le sensazioni soggettive negativi e sgradevoli (dolore, tristezza, ansia, malessere) legati a un problema corporeo reale o immaginario. Per esempio un malessere fisico, l'assenza di piacere ses-

Fondamenti teorici della MARS

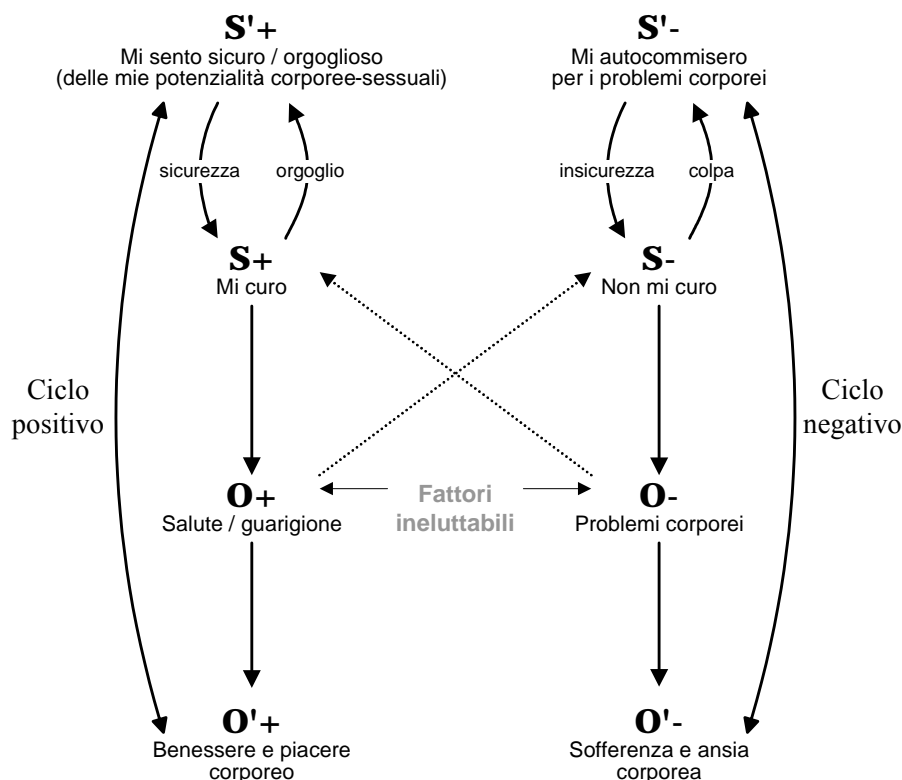


Figura 4. Area corporea: ciclo positivo e ciclo negativo.

suale, l'ansia per un proprio problema di salute (o sessuale), lo scoramento dopo avere appreso di una propria malattia ecc. Va osservato che O_{cor} e O'_{cor} possono essere presenti simultaneamente, ma non è indispensabile che lo siano: il paziente può soffrire di un disturbo corporeo gravissimo, classificato O_{cor} , ma non avvertire alcun dolore o disagio (O'_{cor}). Viceversa, come avviene nei pazienti ipocondriaci, in assenza di un reale disturbo corporeo di tipo O_{cor} , il paziente può sperimentare grande angoscia e sofferenza nel modo O'_{cor} . Il grado di O_{cor} sarà determinato soprattutto dalla durata e persistenza del problema (variabili oggettive), mentre quello di O'_{cor} risentirà soprattutto dell'intensità percepita soggettivamente dal paziente. S_{cor} , quando è negativo, è rappresentato da tutti i comportamenti della persona che favoriscono o peggiorano il suo problema corporeo, per esempio uno stile di vita disordinato, abuso di alcol, fumo e droghe, diete improvvisate; inoltre, rientrano nella stessa categoria, i casi in cui il paziente "si nega" piaceri sensoriali senza alcun altro motivo. Infine, S'_{cor} fa riferimento ai vissuti negativi (insicurezza, impotenza e senso di colpa) legati al ruolo della persona nella genesi del problema corporeo. Per esempio, un senso di impotenza per una malattia contratta, la credenza che il problema sia "colpa sua" o un'ansia da

prestazione sessuale.

Naturalmente, il “ciclo” positivo e quello negativo, nella realtà quotidiana, non si manifestano in modo così “ideale”, ma possono sovrapporsi tra loro. Modi opposti possono comparire simultaneamente e in forme miste (per esempio, ad un S_{cor} negativo può corrispondere un O_{cor} positivo, oppure, in un pattern prevalentemente positivo comparire elementi negativi.

2.3.2. L'area relazionale

Nell'area relazionale, rientrano i rapporti con le altre persone, in particolare genitori, figli, partner sentimentali, amici e conoscenti, figure sostitutive (animali domestici, fotografie, bambole), e per estensione il rapporto con gli altri in genere, con gruppi sociali, istituzioni, tradizioni, con la legge ecc. L'area relazionale può essere suddivisa in due sotto-aree: *attiva e passiva* (in realtà, anche per l'area corporea e quella realizzativa è possibile distinguere una manifestazione attiva e passiva, ma, per semplicità, esse vengono distinte solo nell'area relazionale, dove acquistano particolare rilevanza clinica). Nelle manifestazioni negative, queste due sotto-aree corrispondono all'incirca ai sottosistemi di *antagonismo* e *ritiro* descritti da Lichtenberg.

- *Area relazionale passiva*

Ciclo positivo ideale (apertura). In condizioni di equilibrio ottimale, $O_{rel/p}$ è rappresentato da un comportamento positivo e di apertura di un'altra persona, che si rende disponibile a socializzare con il soggetto. $O'_{rel/p}$ si riferisce ai vissuti corrispondenti nel soggetto: sensazione di essere accettati, di far parte di un gruppo, senso civico, cordialità, simpatia, fiducia, amicizia eccetera (naturalmente, questi vissuti possono essere presenti anche prima e indipendentemente dalla risposta reale dell'oggetto). $S_{rel/p}$ fa riferimento a un comportamento positivo e di apertura del soggetto, che socializza, è estroverso, si confida con gli altri eccetera. Infine, $S'_{rel/p}$ riguarda il senso di sicurezza nel saper gestire i rapporti con gli altri, così come viene sperimentato dal soggetto.

Ciclo negativo ideale (ritiro). In condizioni di assoluto disequilibrio, $O_{rel/p}$ è rappresentato dalle separazioni e dai rifiuti che non dipendono direttamente dalla volontà del soggetto (per esempio, una persona cara lo abbandona, si separa o è poco presente, non gli dà sufficiente sostegno, parte, è lontana per lavoro, muore ecc.), e dagli eventi e condizioni che determinano una fine o una non-nascita di una relazione affettiva (riceve rifiuti sentimentali o in amicizia, il partner lo lascia, non ricambia, gli amici lo emarginano ecc.). $O'_{rel/p}$ fa riferimento ai vissuti negativi legati alla solitudine e alla paura di restare soli, o di non essere amati: nostalgia, paura di abbandono, gelosia. $S_{rel/p}$ si manifesta con un comportamento taciturno e introverso.

Fondamenti teorici della MARS

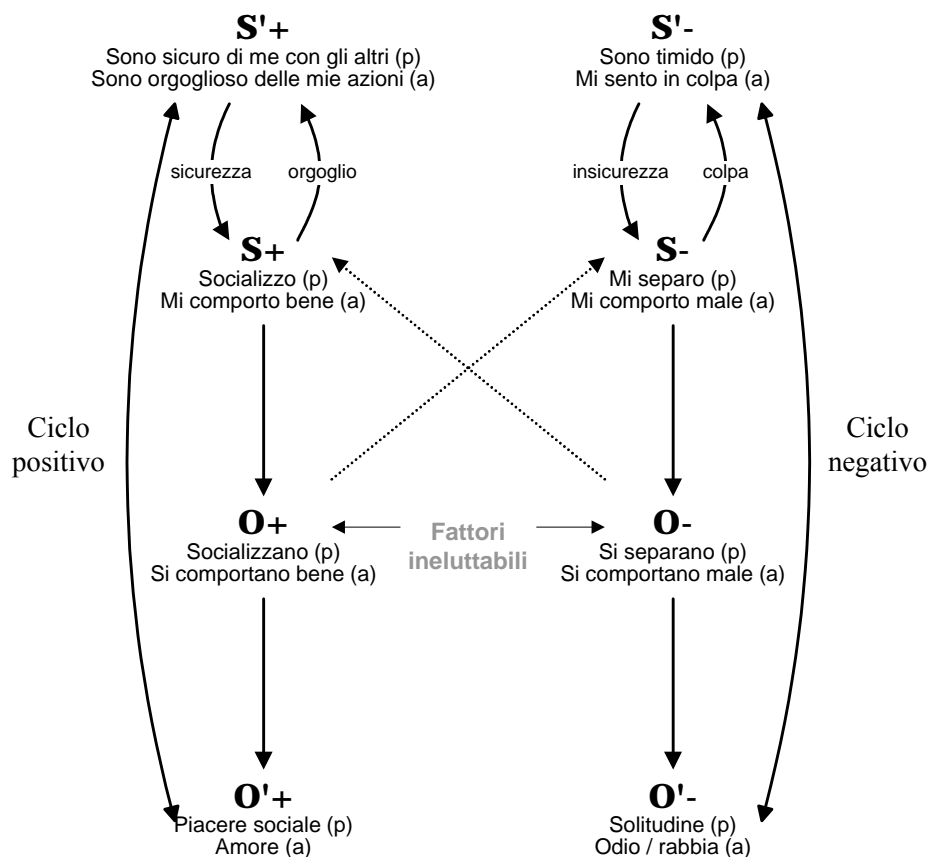


Figura 5. Area relazionale (attiva e passiva): ciclo positivo e ciclo negativo.

so del soggetto, che tende a emarginarsi e a non approfondire i legami sentimentali o di amicizia. Infine $S_{rel/p}$ fa riferimento ai vissuti di insicurezza e disagio nel rapporto con gli altri: ansia sociale, senso di timidezza, paura dei giudizi altrui, sensazione di essere brutto e poco adeguato a stare in mezzo agli altri.

• Area relazionale attiva

Ciclo positivo ideale (altruismo). In condizioni di equilibrio ottimale, $O_{rel/a}$ è rappresentato da un comportamento dell'oggetto che esprime una forma di attaccamento attivo: il soggetto viene aiutato, trattato con affetto, accudito, sostenuto, protetto ecc. (quest'attaccamento può esprimersi anche in senso fisico, con carezze, abbracci ecc.). $O'_{rel/a}$ si riferisce ai vissuti corrispondenti nel soggetto, in particolare amore e gratitudine. $S_{rel/a}$ riguarda i comportanti del soggetto che esprimono una forma di attaccamento attivo ad altre persone: aiuta gli altri, li tratta con affetto, li accudisce, sostiene, protegge, esprime in altri modi il suo amore ecc. Infine, $S'_{rel/a}$ fa riferimento a un senso di orgoglio nel soggetto per essersi comportato "bene" con gli altri.

Ciclo negativo ideale (antagonismo). In condizioni di assoluto disequilibrio, $O_{rel/a}$ è rappresentato da un comportamento ostile degli altri, di tipo fisico o verbale, diretto o indiretto (aggressioni, abusi, offese, minacce, umiliazioni, tradimenti, soprusi ecc.); rientrano in questa categoria anche le violenze e sofferenze arrecate a persone care (per esempio, i litigi tra i genitori). $O'_{rel/a}$ si riferisce ai vissuti di indifferenza, rabbia, odio, sospetto (e dunque anche le credenze “paranoiche”), antipatia, delusione nei confronti degli altri (che, per esempio, possono manifestarsi con giudici cinici, intolleranti ecc.). $S_{rel/a}$ riguarda i comportamenti ostili attuati dal soggetto (fisici o verbali, diretti o indiretti, antisociali) di cui si senta in qualche modo responsabile (aggressioni, abusi, offese, minacce, umiliazioni, tradimenti, soprusi ecc.). Infine, $S'_{rel/a}$ fa riferimento ai vissuti di colpa per aver fatto del male a qualcuno, o per aver infranto leggi e tabù sociali.

2.3.3. L'area realizzativa

L'area realizzativa riguarda il rapporto con se stessi e con la propria vita in genere, e tutte le forme di conoscenza e di espressione del sé: in particolare lavoro, scuola, tempo libero, terapia. Riguarda inoltre i temi dell'adattamento alla realtà esterna, l'autonomia, la libertà.

Ciclo positivo ideale. In condizioni di equilibrio ottimale, O_{rea} è rappresentato dagli eventi che aumentano l'adattamento alla realtà esterna o il senso di realizzazione e responsabilità della persona, in particolare nelle aree del lavoro, del tempo libero e della salute psichica: riconoscimenti, approvazioni, gratificazioni economiche, miglioramenti nel livello di funzionamento psichico ecc. Per estensione, tutti gli eventi “positivi” (non legati a persone o a disturbi corporei): ad esempio, una vincita alla lotteria. O'_{rea} si riferisce ai vissuti di gioia, interesse, entusiasmo, ottimismo legati al lavoro, al proprio stato psichico e la vita in genere (non legati a problemi relazionali o corporei). S_{rea} riguarda i comportamenti del soggetto che aumentano il suo adattamento alla realtà esterna o il senso di responsabilità e realizzazione (per esempio si iscrive a un corso, coltiva interessi – arte, musica, letteratura ecc., si impegna a portare avanti una situazione, inizia una psicoterapia per risolvere i suoi problemi ecc.) Infine, S'_{rea} si riferisce ai vissuti di sicurezza, autostima, orgoglio legati al lavoro o alla vita in genere (non rientranti nell'area relazionale o corporea).

Ciclo negativo ideale. In condizioni di assoluto disequilibrio, O_{rea} è rappresentato dall'insieme di condizioni l'adattamento alla realtà esterna o il senso di realizzazione e responsabilità della persona, in particolare nelle aree del lavoro, del tempo libero e della salute psichica: problemi sul lavoro, licenziamenti, bocciature, condizioni che limitano la sua autonomia e libertà (ha malattie invalidanti, è in prigione, pur essendo adulto è e-

Fondamenti teorici della MARS

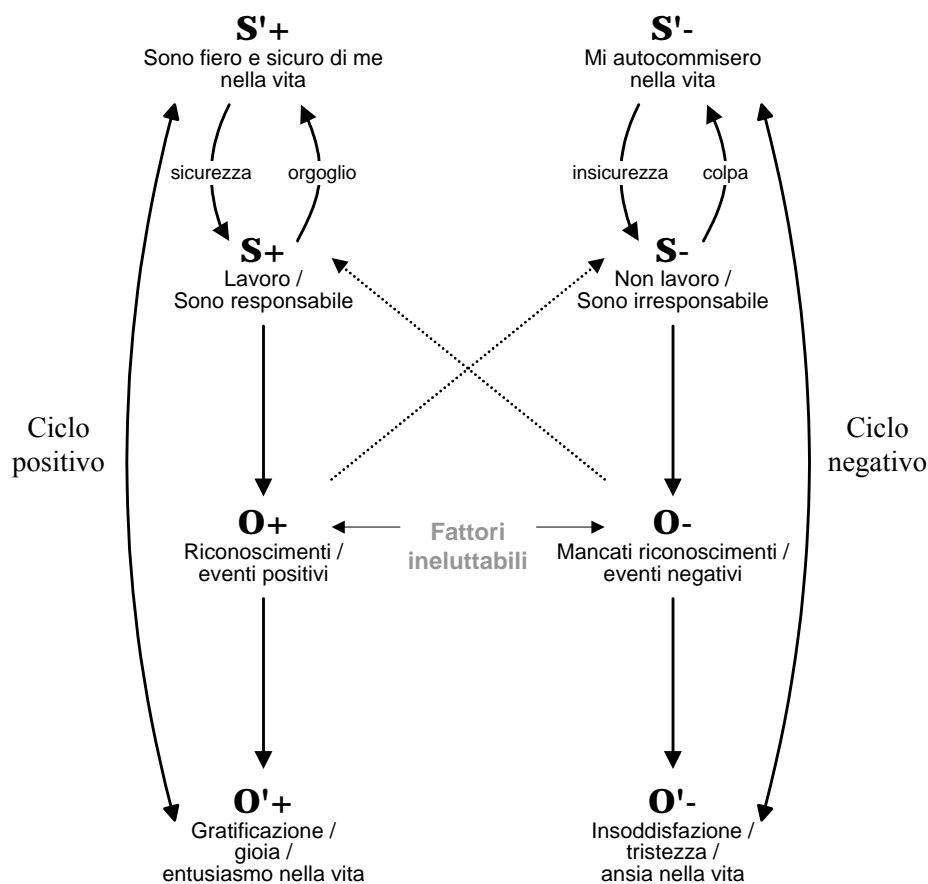


Figura 6. Area realizzativa: ciclo positivo e ciclo negativo.

conomicamente dipendente dai genitori ecc.), problemi mentali (ad es. sintomi ossessivo-compulsivi) o assunzione di sostanze che riducono l'adattamento all'ambiente esterno, il rendimento lavorativo, il controllo delle situazioni ecc., problemi nell'andamento della terapia, fallimento di terapie precedenti ecc. In generale, frustrazioni, minacce e disavventure legate a oggetti inanimati (ad es. conseguenze di disgrazie, calamità naturali ecc.). O'_{rea} si riferisce ai vissuti di indifferenza, infelicità, rabbia o ansia (non legati a problemi corporei o relazionali). S_{rea} riguarda i comportamenti del soggetto che aumentano l'adattamento alla realtà esterna o il senso di responsabilità e realizzazione del soggetto, per esempio si licenzia o interrompe gli studi (in assenza di altri interessi), ha poca costanza, volontà, iniziativa, non porta avanti i suoi progetti lavorativi e di vita, non coltiva interessi o hobby (musica, arte, teatro, letteratura ecc.), si comporta in modo irresponsabile (ad es. gioca d'azzardo), è incapace di badare a sé e agli altri, fa "sciocchezze", tenta il suicidio, si sottomette, si umilia, subisce passivamente pressioni, interrompe o ostacola in altro modo la terapia. Infine, S'_{rea} fa riferimento ai vissuti di impotenza, disistima, colpa nel lavoro o nella vita (non legati a problemi relazionali o corporei).

2.3.4. *Confronto e discriminazione tra le aree motivazionali*

La suddivisione in tre aree motivazionali non va intesa in senso rigido e assoluto. Nella realtà dei fatti, le aree possono sovrapporsi, e non necessariamente escludersi a vicenda. Per esempio, i problemi corporei possono accompagnarsi a problemi relazionali (vi può essere una tendenza, per esempio, a chiudersi in se stessi) o a problemi realizzativi (per esempio, problemi economici). Nonostante queste sovrapposizioni, negli studi preliminari, la divisione in tre aree motivazionali si è mostrata sufficientemente chiara, e non a dato adito a particolari dubbi interpretativi. Tuttavia, è bene chiarire tre punti che possono causare qualche perplessità riguardo ai criteri discriminativi relativi alle tre aree motivazionali.

1) *Riconoscere l'area di competenza di un affetto negativo.* Gli affetti negativi espressi dal paziente (tristezza, ansia ecc.) possono afferire a tutti e tre i sistemi, ed è dunque importante distinguere da subito l'oggetto cui sono diretti. Si prenda ad esempio l'ansia: l'ansia legata a persone, in tutte le forme (preoccupazione per una persona cara, ansia di essere aggredito, insicurezza nel rapporto con gli altri ecc.) è riconducibile all'area relazionale; l'ansia legata a problemi corporei (paura e preoccupazione per malattie, ma anche ansia da prestazione) rientra nell'area corporea; infine, l'ansia legata al lavoro e alla vita in genere, afferiscono all'area realizzativa. Naturalmente, questi affetti negativi non si escludono a vicenda, ma possono essere compresenti e sovrapporsi.

2) *Collocare i problemi di tipo sessuale.* Come si è detto in precedenza, i problemi sessuali sono riportati, nella MARS, nell'area relazionale e in quella corporea. I vari disturbi sessuali (frigilità, impotenza, ansia da impotenza ecc.) rientrano nell'area corporea, mentre i problemi relativi al rapporto con l'altro sesso (tradimenti, timidezza nell'approccio all'altro sesso ecc.) vanno ricondotti all'area relazionale.

3) *Distinguere tra alcuni problemi relazionali e realizzativi.* In particolare, “non sentirsi amati” è un problema soprattutto relazionale, mentre “non sentirsi stimati” è un problema soprattutto realizzativo. Naturalmente, i due problemi non si escludono a vicenda, e possono interessare entrambe le aree.

2.4. **Equilibrio e disequilibrio delle aree motivazionali**

Come la maggior parte delle scale utilizzate in ambito clinico, la MARS prende in considerazione soprattutto gli aspetti *problematici*, ovvero le manifestazioni di *disequilibrio* delle aree motivazionali, che possono avere un rilievo clinico. Tuttavia, ci si può chiedere: come si fa, in concreto, a stabilire se un certo comportamento, o un certo vissuto di un paziente, esprima uno stato di equilibrio o di disequilibrio, ovvero la presenza di un “proble-

ma”? In altri termini, qual è la linea sottile, l’insieme di principi che consentono di distinguere un comportamento coraggioso da uno incosciente, un desiderio equilibrato di affiliazione da una dipendenza patologica, una credenza ragionevole da una convinzione paranoica?

In effetti, può essere molto difficile definire operativamente concetti come quello di “adattamento sociale”, di “qualità della vita”, “disagio” ecc., che sono estremamente variabili non solo a livello soggettivo, ma anche a livello socioculturale. Basti pensare al diverso significato che questi termini possono avere se riferiti a condizioni diverse (vita coniugale, lavoro, tempo libero, attività sociali) e a persone diverse (un giovane e un anziano, un laureato e una persona senza titoli di studio, di una classe sociale abbiente o non abbiente, un uomo e una donna e così via). Ma anche a parità di altre condizioni, il giudizio sul disequilibrio dei vari sistemi è complesso, e deriva dal confronto tra il livello di attività prestazionali e di soddisfazione giudicato accettabile dalla famiglia e dalla società e quello attuale del paziente (Conti, 2002).

I criteri possono essere diversi: moderazione/eccesso, gratificazione/frustrazione, adattività/rigidità ecc. Si può far riferimento al vissuto soggettivo del paziente, e alle modificazioni rispetto ai suoi comportamenti precedenti (*norma individuale*), oppure al confronto con il comportamento della maggior parte di altri soggetti (*norma interindividuale*). In genere, nella valutazione della psicopatologia, si tende a dare un peso maggiore alla norma interindividuale (Conti, 2002), ma vi possono essere importanti eccezioni. In alcuni casi va compreso di volta in volta cosa realmente il soggetto vive come positivo o negativo, in relazione ai suoi particolari bisogni. È il caso di alcune aree particolari, come ad esempio la sessualità, le abitudini di sonno, il grado di socievolezza.

Tuttavia, salvo queste e poche altre eccezioni, in un metodo di studio empirico la presenza e la gravità di un sintomo dovranno essere valutate rispetto alla norma prevalente in assoluto piuttosto che in rapporto al comportamento precedente del soggetto. Alcune ricerche in campo motivazionale hanno evidenziato, in particolare, alcuni principi validi soprattutto in rapporto ai bisogni fisiologici, ma che, probabilmente, potrebbero essere estesi anche ad altre motivazioni. Nella determinazione del grado di disequilibrio dei vari sistemi, per esempio, si può fare riferimento alla teoria dell’*incongruità ottimale* di McClelland (1985)¹¹, secondo cui sono le deviazioni da un livello centrale di adattamento (ossia uno stato usuale confortevole di consapevolezza che si è formato attraverso l’esperienza, e che è sentito come neutrale o indifferente) che vengono avvertite come “positive”

¹¹ La teoria dell’*incongruità ottimale* di McClelland (1985) è un approfondimento della teoria del livello ottimale di Berlyne (1978). Pur provenendo da ambiti di studio diversi rispetto a quello psicoanalitico, esse affrontano un tema molto sentito in psicoanalisi, vale a dire la necessità di approfondire il complesso rapporto tra piacere-dispiacere e tensione-scarica, a partire dal rifiuto della semplicistica equazione, proposta dal primo Freud, tra scarica e piacere da un lato e tensione e dispiacere dall’altro (per un approfondimento su questo tema, vedi anche Jacobson, 1971).

o “negative” dal soggetto e ne determinano la spinta motivazionale. Viene cioè evidenziata una curva “a farfalla”: piccole deviazioni dal livello ottimale in entrambe le direzioni risultano piacevoli e adattive, mentre deviazioni più vistose (assenza assoluta o iperstimolazione) risultano spiacevoli e poco adattive.

Per esempio, in riferimento al sistema corporeo, un moderato appetito e una moderata sazietà (piccole deviazioni dal livello ottimale in entrambe le direzioni) denoteranno un certo equilibrio del sistema, mentre la completa assenza di fame o un fame eccessiva indicheranno un probabile disequilibrio. Un po’ di riposo e un po’ di esercizio fisico vanno bene, oziare sul letto per giorni o massacrarsi in palestra denotano la presenza di un problema. Gli esempi relativi al sistema corporeo potrebbero continuare, e in effetti il principio dell’incongruità ottimale sembra applicarsi molto bene a questo sistema.

Più interessanti, sia pure più problematiche e soggette a ipersemplificazioni, sono le applicazioni della teoria agli altri due sistemi. Riguardo al sistema relazionale, potrebbe valere il seguente schema: solitudine (–), privacy (+), attaccamento (+), dipendenza (–). Per inciso, l’applicazione di questo principio al sistema relazionale è coerente con gli studi di Beebe e Lachmann (2002) sulle interazioni madre-bambino, e la loro teoria dell’*equilibrio intermedio*.

Anche riguardo all’assertività, ci sono *due* poli “positivi”: ad esempio coraggio/prudenza, lavoro/tempo libero, controllo/libertà ecc., mentre la negatività è data ancora una volta da un eccesso (imprudenza/ansia; troppo lavoro/noia assoluta; controllo ossessivo/disinteresse totale ecc.). Sono equilibrati un moderato lavoro o una adeguata vacanza, mentre denota disequilibrio lavoro eccessivo o ozio assoluto. Un altro esempio potrebbe essere

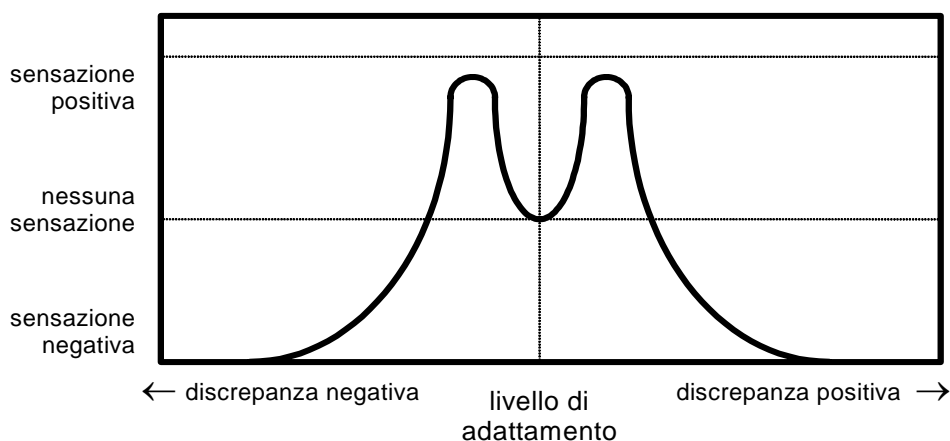


Figura 7. Curva “a farfalla” evidenziata dalla teoria dell’incongruità ottimale di McClelland (1985).

rappresentato dalla seguente successione: grandiosità (-), sicurezza di sé (+), modestia (+), svalutazione (-).

Di particolare interesse è poi la possibilità che un “eccesso” di un sistema possa tradursi in un “difetto” di un altro sistema. Per esempio, “troppo” attaccamento implica assertività negativa (dipendenza); “troppa” assertività implica attaccamento negativo (competitività aggressiva); impulsi corporei molto intensi (come quelli sessuali) possono tradursi in violenze e coercizioni a danno di altri (ad esempio negli abusi sessuali), e così via.

In conclusione, possiamo affermare che “per costruire una teoria psicodinamica dei disturbi di personalità empiricamente e clinicamente fondata, occorre integrare diversi approcci di ricerca, tenendo conto sia dei fattori genetici sia dei processi biologici, psicologici e sociali che possono determinare continuità e discontinuità fra sviluppo della personalità e formazione dei cosiddetti ‘modelli disfunzionali’” (Dazzi, De Coro, 2001). Il giudizio sull’equilibrio psichico di una persona non deriva dalla presenza o meno di un singolo sintomo, ma dall’insieme dei suoi comportamenti, affetti, desideri, pensieri, e dal grado di distorsione della realtà e compromissione bio-psico-sociale che essi comportano.

III. Descrizione della MARS

3.1. Caratteristiche della scala

3.1.1. Introduzione

La MARS (Motivational Areas Rating Scale) è una scala di eterovalutazione composta da 16 “macro-item”, che indagano gli aspetti problematici¹² presenti in tre aree motivazionali (*area corporea*, *area realizzativa* e *area relazionale*, quest’ultima suddivisa in due sotto-aree, *attiva* e *passiva*). La MARS è una scala di eterovalutazione atipica, in quanto è codificata da un *valutatore indipendente* sulla base della lettura preliminare del trascritto audioregistrato di un caso clinico.¹³ È stata studiata per adattarsi a ogni fase della psicoterapia e a diverse finalità di ricerca, in particolare alla definizione della *diagnosi*, alla valutazione del *risultato* (confronto tra sedute iniziali e conclusive), e allo studio del *processo* (evoluzione delle aree motivazionali nel corso del tempo).

3.1.2. Area esplorata

La MARS è una scala di valutazione del quadro psicopatologico globale

¹² Gli item della MARS prendono in considerazione soprattutto gli aspetti *problematici*, ovvero le manifestazioni di *disequilibrio* delle aree motivazionali. Si potrebbe ritenere che, come avviene per altre scale (in particolare psichiatriche), questa scelta implichi una deliberata omissione degli aspetti “positivi”, quelli che potremmo indicare come segno di salute mentale (la cooperatività, il senso di benessere, l’altruismo, l’essere responsabili, gli eventi positivi e così via). In realtà, questa scelta è dettata più da una necessità operativa che da ragioni teoriche, ed è rivolta ad implementare l’affidabilità e l’applicabilità dello strumento. Non è escluso che, in versioni successive dello strumento, possano essere definiti item specifici che registrano aspetti positivi; ad ogni modo, anche nella forma attuale, gli aspetti positivi concorrono implicitamente a determinare il grado di gravità del problema.

¹³ Nella versione elaborata in questa dissertazione, la MARS è una procedura di eterovalutazione compiuta da “giudici” indipendenti, non direttamente a contatto con il terapeuta né con il paziente. Uno spunto per ricerche future potrebbe essere lo sviluppo di altre due versioni: la MARS-T, un’intervista semistrutturata condotta dal terapeuta, e la MARS-A, un questionario di autovalutazione compilato dal paziente.

del paziente, che prende in considerazione una vasta gamma di problemi (relazionali, sociali, personali, sessuali, lavorativi, corporei ecc.). Riferendosi alle *narrative del paziente*, questa scala fornisce un quadro schematico ma sufficientemente completo delle esperienze, degli stati mentali e dei comportamenti significativi del paziente, nei termini della dinamica tra *sé* e *oggetto*, e da un punto di vista sia *soggettivo* che *oggettivo* (vedi capitolo 2). Quest'approccio "ad ampio spettro" la rende particolarmente adatta alla valutazione di quadri clinici complessi, in cui i pazienti presentano condizioni di comorbidità, per i quali risulta in genere problematico e/o limitativo l'impiego di strumenti settoriali (Conti, 2002). Inoltre, un punto di forza della scala è quello di valutare non solo lo stato psichico del paziente, ma anche quello somatico, troppo spesso trascurato in altri strumenti.

A differenza di molti strumenti utilizzati in ambito psichiatrico, la scala non è mirata a un inquadramento diagnostico secondo i criteri dei sistemi descrittivi come l'ICD o il DSM, ma, in senso più psicodinamico, delinea un quadro degli aspetti problematici presenti nelle aree motivazionali del paziente.

La MARS si differenzia dalla maggior parte delle scale di eterovalutazione psichiatriche in quanto non prende in considerazione solo i sintomi manifesti del paziente, o le condizioni in cui vive, ma anche il modo in cui egli sperimenta, da un punto di vista cognitivo-affettivo, questi comportamenti e questi eventi. In tal senso, la peculiarità dello strumento (codifica da parte un giudice del trascritto di un colloquio in cui il paziente parla di se stesso) consente di integrare la valutazione della gravità dei sintomi e dell'adattamento all'ambiente (in genere indagate dalle scale di eterovalutazione) con la rilevazione dei vissuti soggettivi e dello stato di disagio del paziente (in genere espresso nelle scale di autovalutazione).

3.1.3. *Numero di item e modalità di attribuzione del punteggio*

La MARS è composta da 16 "macro-item", che misurano il disequilibrio di tre aree motivazionali (*area corporea*, *area realizzativa* e *area relazionale*, quest'ultima suddivisa in due sotto-aree, *attiva* e *passiva*). Per ciascun item il giudice assegna un punteggio su una scala da 0 (assente) a 4 (estremamente presente), sulla base dell'intensità, della durata e della pervasività del problema.

3.1.4. *Periodo di riferimento*

Come si è detto, la MARS può essere applicata in ogni fase del processo terapeutico, dalla diagnosi alla valutazione delle sedute intermedie e di quelle conclusive. Può far riferimento a singole sedute; tuttavia, i primi studi hanno evidenziato la necessità di 2-3 *sedute* consecutive per poter disporre di un quadro abbastanza completo delle aree motivazionali del paziente.

Data la natura complessa della scala, non è possibile determinare esattamente il periodo di vita del paziente da tenere in considerazione (come avviene per altre scale, in cui, ad esempio, si prendono in considerazione “gli ultimi 7 giorni dalla seduta”). Ciò non è possibile a causa della presenza di variabili “soggettive” (credenze, sentimenti) che, come è noto, possono presentarsi con forza anche a distanza di anni dall’evento scatenante. Pertanto, viene indicato ai giudici, come criterio, di riferirsi a *tutto ciò che riferisce il paziente nel corso della seduta*. Naturalmente, se un problema è distante nel tempo, e il paziente non si sofferma su di esso, se ne terrà conto nella determinazione del suo livello di gravità (in concreto, riceverà un punteggio lieve o moderato).

3.1.5. Livello di inferenza

Come avviene in altri metodi di studio dei trascritti psicoterapeutici (ad es. il CCRT), uno dei principi fondamentali da rispettare nella codifica attraverso la MARS è quello di *attenersi a ciò che dichiara il paziente* (o ciò che è chiaramente deducibile dalle sue parole),¹⁴ cercando di mantenere quanto più possibile basso il livello di inferenza da parte del giudice. Questo principio risponde all’esigenza primaria di implementare l’affidabilità della scala. Il clinico cercherà di riservare tutte le inferenze e interpretazioni alla successiva fase di analisi dei dati.

3.1.6. Tempo di codifica

Il tempo di codifica dipende ovviamente dalla complessità del caso e dal codificatore; indicativamente, l’applicazione della MARS ai trascritti di 2-3 sedute, *compresa la lettura e l’analisi preliminare del caso*, da parte di valutatori non a conoscenza del paziente, richiede un minimo di 1-2 ore per i giudici più esperti. Tuttavia, il tempo di codifica può aumentare anche notevolmente a seconda del grado di esperienza dei giudici e di complessità del caso. Non è possibile, al momento, stabilire quanto tempo sia dedicato alla lettura preliminare del caso, e quanto alla codifica effettiva della scala (ciascun giudice ha una strategia di codifica particolare, ad es. legge il caso, codifica la scala, legge nuovamente il caso per controllare ecc.). Ad ogni modo, i tempi di codifica della scala in sé sono in genere relativamente brevi: se si esclude la lettura preliminare del caso – che ovviamente, come in ogni altro strumento di eterovalutazione, può richiedere diverso tempo – l’assegnazione dei punteggi agli item necessita di pochi minuti.

¹⁴ Fanno eccezione le emozioni manifestate in modo evidente nel corso della seduta (ad esempio un pianto disperato), in genere riportate nei trascritti.

3.1.7. *Requisiti relativi ai valutatori*

Può codificare la MARS ogni operatore qualificato nel campo della salute mentale, in particolare psicologi, psichiatri e psicoterapeuti. Dato il basso livello di inferenza del processo decisionale, e il foglio di istruzioni dettagliato a disposizione del giudice, non è indispensabile avere una particolare esperienza clinica, né essere sottoposti a training specifici per utilizzare la MARS. Può essere utile far precedere la codifica vera e propria a qualche incontro con un giudice esperto, per dissipare eventuali dubbi e aumentare ulteriormente il grado di accordo tra i giudici. In particolare, è raccomandata la composizione di gruppi di 5-10 aspiranti giudici, per stimolare la discussione sui casi e il confronto tra le codifiche. Inoltre, negli studi preliminari, è emerso che il confronto tra i giudici dopo la codifica di ogni caso aumenta il grado di accordo nella codifica dei casi successivi.

3.1.8. *Caratteristiche psicometriche*

Le caratteristiche psicometriche dello strumento (affidabilità, sensibilità, inter-rating reliability, validità concorrente e discriminante) sono state indagate in una serie di studi preliminari. Stando alle prime indicazioni, la MARS si è mostrata uno strumento *affidabile* (in termini di accordo intergiudici), *sensibile* (ai diversi tipi di psicopatologia e al cambiamento nel corso delle diverse sedute) e, per alcuni aspetti, *coerente* con altri strumenti di valutazione (in particolare il DSM-IV e il CCRT). Di questi studi si parlerà nel prossimo capitolo.

3.2. **Modalità di codifica**

3.2.1. *Premessa*

La MARS è stata ideata per essere codificata nel modo più *semplice* possibile. Il valutatore non deve far altro che leggere il trascritto del caso clinico e assegnare un punteggio da 0 a 4 ai 16 item della scala. All'interno di ciascun item viene descritto, in modo esauriente, quali descrittori vanno considerati nella sua codifica.

Inoltre, per dipanare eventuali dubbi interpretativi, è stato allegato alla scala un apposito foglio-guida, dove vengono riportate ulteriori indicazioni che, all'occorrenza, il valutatore può consultare. In questo paragrafo, passerò in rassegna alcuni punti cruciali nel processo decisionale seguito dal valutatore. Molte delle considerazioni qui espresse non sono "indispensabili"

alla codifica vera e propria, ma possono essere utili come approfondimento, per chiarire i criteri di discriminazione tra le aree motivazionali, i modi e i diversi livelli di punteggio.

3.2.2. *Letture preliminare del trascritto e discriminazione fra le tre aree motivazionali*

Il primo passo nella codifica consiste nel leggere attentamente il trascritto della/e seduta/e, cercando di individuare le narrative del paziente che fanno riferimento alle diverse aree motivazionali. A tale scopo, si può sottolineare il trascritto con matite di diverso colore, oppure riportare le frasi su

Area relazionale. Problemi nel rapporto con gli altri (genitori, figli, amici, partner sentimentali, conoscenti, figure sostitutive quali animali domestici, fotografie, bambole) e alla vita sociale (rapporto con gruppi, istituzioni, tradizioni, legge). Problemi relazionali in genere (aggressività, violenze, conflitti, invidia, gelosia, antipatia, tradimenti, timidezza, ansia sociale, separazioni, solitudine, lutti).

Area corporea. Problemi nel rapporto con il proprio corpo, disturbi corporei legati a fattori psichici, organici, incidenti o assunzione di sostanze, disturbi sessuali, dolore, malattie, handicap fisici.

Area realizzativa. Problemi a scuola, nel lavoro, nel tempo libero, nella terapia, nella vita in genere. Problemi nel senso di responsabilità e di realizzazione. Limitazioni dell'autonomia e della libertà (inclusi problemi cognitivi). Tutti i vissuti negativi (ansia, depressione, pessimismo, sfiducia, scarsa autostima ecc.) legati al lavoro, ai propri disturbi psichici, alla propria vita in genere (non legati a problemi relazionali e corporei).

Tabella 3. Criteri differenziali relativi alle aree motivazionali.

un foglio bianco suddiviso in tre spazi. La suddivisione del trascritto secondo le tre aree è un'operazione abbastanza intuitiva, che in genere non ha dato adito a particolari problemi interpretativi. Per risolvere eventuali dubbi, sul foglio-guida allegato alla scala sono specificate le linee interpretative, riportate in tabella.

3.2.3. *Discriminazione tra i modi*

Ciascuno dei 4 item relativi alle varie aree motivazionali si riferisce a un particolare "modo" dell'area motivazionale (vedi capitolo 2).

Descrizione della MARS

O (oggetto oggettivo). Si fa riferimento a comportamenti, stati o eventi manifesti, visibili a tutti, che chiunque, e non solo il soggetto, posto al momento e nel punto giusto, potrebbe registrare, e in cui il soggetto non ha iniziativa né si sente responsabile. Eventi esterni (*Ho problemi economici; È morto mio padre; Sono malato*) e comportamenti degli altri (*Se ne è andato di casa; Mi hanno licenziato; Mi ha detto che sono un incapace*).

O' (oggetto soggettivo). Comportamento altrui o evento esterno vissuto soggettivamente. Il soggetto "prova" o "sente" qualcosa che può essere definito spiacevole, o valuta negativamente un oggetto sull'asse vero/falso o piacere/dispiacere. L'enfasi, in tal caso, non è sui comportamenti manifesti, ma soprattutto su emozioni, credenze, valutazioni, giudizi, supposizioni, previsioni, opinioni, desideri o intenzioni in relazione a un certo oggetto. *È un brutto guaio!; È proprio uno stupido; Mi fa arrabbiare; Mi ha spezzato il cuore; In questi giorni ho un fortissimo mal di testa; Sono angosciato da questa situazione; Morirò certamente!*

S (sé oggettivo). Si fa riferimento a comportamenti manifesti del soggetto, in cui il soggetto ha diretta iniziativa o si sente in qualche modo responsabile. *Ho cominciato a fumare; L'ho tradita; Gli ho detto che è un bastardo; Mi sono licenziato.*

S' (sé soggettivo). Valutazioni e vissuti relativi a tratti psichici, comportamenti o condizioni che il soggetto sente come "propri" o di cui si ritiene responsabile. *Sono un fallito!; Se le cose stanno così, non posso farci nulla; Mi sento a disagio in mezzo agli altri; Non ce la farò mai.*

Tabella 4. Criteri differenziali relativi ai modi.

Nella MARS, e nel foglio-guida allegato, è sottolineato a più riprese che negli item "oggettivi", ovvero di tipo O e S, vanno riportati solo gli eventi o i comportamenti di cui il soggetto riporta qualche riscontro, mentre le credenze, valutazioni, previsioni ecc. vanno codificate O' oppure S'. I disturbi corporei che comportano per definizione un'assenza di piacere fisico (ad es. frigidità) o dolore fisico (ad es. mal di testa) vanno codificati sia O che O'. Il grado del modo O sarà determinato soprattutto dalla durata e persistenza del problema (variabili oggettive), mentre quello di O' risentirà soprattutto dell'intensità percepita soggettivamente dal paziente.

Nel foglio-guida, viene raccomandato ai giudici di porre particolare attenzione all'*effetto alone*, sempre presente in questo tipo di valutazione (se si giudica un item negativo, si tende a giudicare anche gli altri negativi, anche quando il paziente non si pronuncia a riguardo). Per esempio, ad un O estremo (ad es. licenziamenti, malattie, insulti ecc.), non necessariamente corrisponde un O' altrettanto negativo (insoddisfazione, dolore, rabbia ecc.). Il paziente può soffrire di un disturbo corporeo gravissimo, classificato O, ma non avvertire alcun dolore o disagio (O'). Viceversa, come avviene nei pazienti ipocondriaci, in assenza di un reale disturbo corporeo di tipo O, il paziente può sperimentare grande angoscia e sofferenza nel modo O'.

3.2.4. Criteri per l'attribuzione dei punteggi

Una volta individuate le narrative relative a ciascuna area motivazionale, e quali elementi sono maggiormente rilevanti, il codificatore dispone degli elementi necessari per valutare il *grado* con cui ritiene che un certo problema sia significativo, assegnando un punteggio, per ciascun item, su una scala Likert a 5 livelli (0-assente, 1-lieve, 2-moderato, 3-elevato, 4-estremo). In ciò dovrà tener conto dell'interazione tra intensità, durata e pervasività dei problemi emersi nel corso delle sedute. Evidentemente, non è possibile stabilire regole rigide nella determinazione del punteggio, ed è necessario un certo buon senso da parte del valutatore; tuttavia, poiché si

0 - Assente. Problema o stato non presente o non rilevabile.

1 - Lieve. Problema o stato minore, si presenta occasionalmente e con bassa intensità. *Ogni tanto fumo una sigaretta; A volte non vado tanto d'accordo con lui; Oggi il direttore è stato un po' scontroso con me; Sono un po' timido, ho difficoltà ad aprirmi; Mio padre non parla molto con me, però mi vuole bene; Ho trascurato mio marito ultimamente; Ho qualche dubbio per il futuro; È difficile parlare con un estraneo di questi problemi.*

2 - Moderato. Problema o stato ricorrente ma non intenso, oppure intenso ma non ricorrente. *Nell'ultimo mese ho avuto un forte mal di testa, ma non si è ripetuto; Sto un po' giù di morale ultimamente; Mio padre mi fa arrabbiare, ma poi mi passa; Mi sono sentito in colpa per averla tradita; Prima ero preoccupato per quel problema, ora no; Sono stanco fisicamente; Non sono tanto in forma ultimamente; Ho poca costanza negli studi.*

3 - Elevato. Problema o stato molto intenso, o intenso e ricorrente. *Sono in ansia per mio figlio; Questa gamba mi sta facendo soffrire parecchio; Se sarò licenziato, non so cosa farò!; Ho odiato mio padre; Mio marito è freddo e non ricambia il mio amore; Ho tradito più volte la mia ragazza; Soffro di impotenza, con diverse donne; Sono in ansia per il mio problema; Prima di un rapporto, sono ansioso; Fumo tanto, prendo molti caffè; I miei amici non valgono niente; La mia ragazza mi fa arrabbiare; Non lego molto con i colleghi di lavoro; Le donne mi intimidiscono; A cinque anni ho assistito a un rapporto sessuale; Non mi sento una buona madre.*

4 - Estremo. Problema o stato grave e persistente che domina i pensieri e il comportamento del paziente, oppure diversi problemi intensi appartenenti a una stessa categoria. *Mi hanno detto che dovrò operarmi d'urgenza al cuore; Soffro di emicranie, disturbi sessuali, postumi da incidente, problemi di insonnia; È un bastardo, lo odio con tutto il cuore, mi sento così offesa da lui!; Ho perso tutto!; Il loro comportamento mi fa arrabbiare e mi ferisce profondamente, li prenderei a schiaffi!; Mi sento un verme, sto malissimo.*

Tabella 5. Criteri differenziali relativi all'attribuzione dei punteggi.

Descrizione della MARS

tratta di un aspetto cruciale della valutazione, da cui dipende in larga misura l'accordo tra i giudici e l'affidabilità dello strumento, sono state elaborate una serie di indicazioni nella scelta, corredate da numerosi esempi.

Gli esempi riportati indicano un livello *minimo*. Non è escluso che, in presenza di altri descrittori di un item (ad es. tradimenti, minacce, insulti, abusi ecc.), i punteggi possano essere più elevati, e in alcuni casi estremi. Inoltre, per avere alti punteggi, non è indispensabile che siano presenti tutti i descrittori di un item (potrebbe bastarne uno molto intenso, ad es. una malattia gravissima, una crisi di panico ecc.).

3.2.5. Analisi qualitativa e quantitativa

Una volta siglata la MARS, è possibile procedere con una serie di analisi

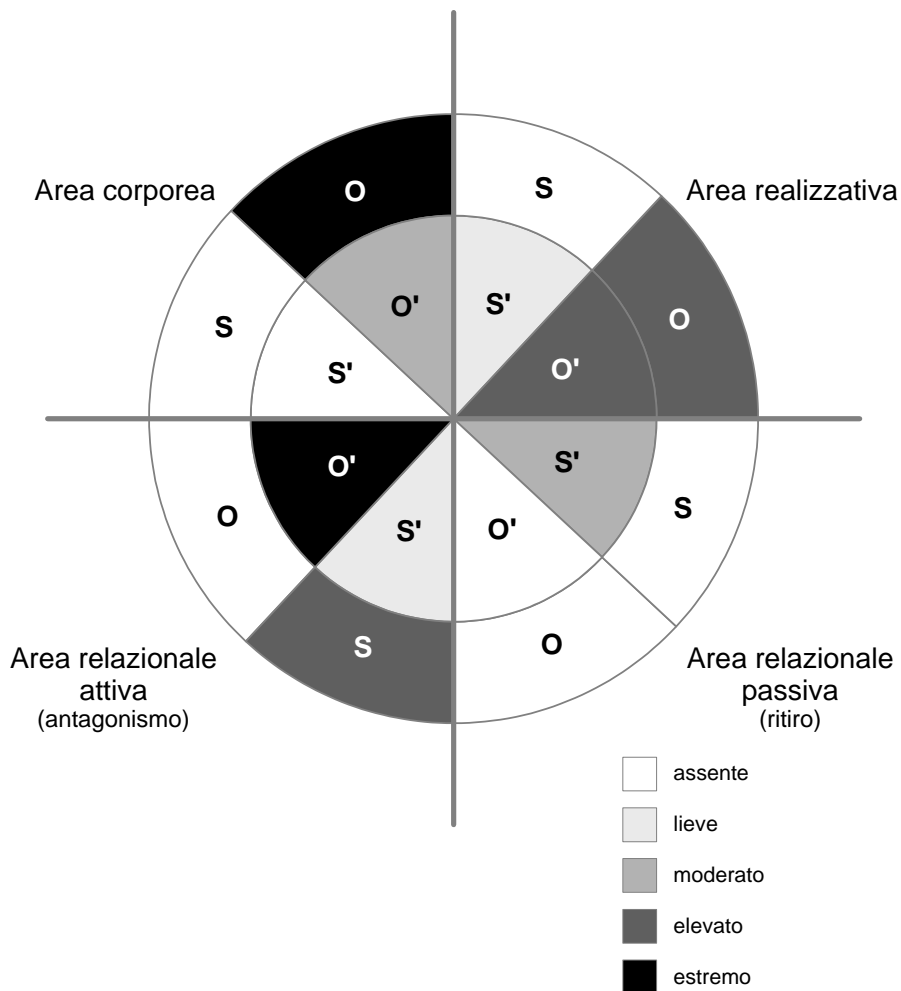


Figura 8. Esempio di rappresentazione grafica della MARS (dati fittizi).

e interpretazioni sui dati ottenuti. Innanzitutto, dal punteggio grezzo è possibile ricavare una rappresentazione grafica (figura 8) delle aree motivazionali più problematiche e, al loro interno, delle modalità più salienti. In tal modo è possibile ottenere un quadro immediato dell'organizzazione del sé in rapporto al mondo esterno, e dal modo in cui si pone secondo configurazioni tipiche ed evolve nel tempo.

Nel caso (fittizio) rappresentato nell'esempio, il grafico indica, tra l'altro, che il paziente soffre di un grave problema corporeo, per il quale soffre ed è moderatamente in ansia; che scarica la sua rabbia e intensi sentimenti negativi sugli altri, comportandosi in modo aggressivo e provando un accenno di senso di colpa; che si sente moderatamente a disagio in mezzo agli altri, anche se ciò, in concreto, non ha compromesso la sua vita sociale; che ha qualche problema nel lavoro o nell'adattamento alla realtà esterna, per il quale è moderatamente a disagio e/o in ansia.

Un'altra importante fonte di interpretazioni è rappresentata da una serie di *indici* (tabella 6), sviluppati per misurare e riassumere alcuni aspetti salienti dell'organizzazione psichica del paziente e del suo rapporto con il mondo: l'*Indice di disequilibrio globale* (GII, *Global Imbalance Index*), rappresentato dalla media del punteggio a tutti gli item, su una scala da 0 a 10; gli *Indici di disequilibrio parziali relativi alle singole aree motivazionali*, ricavati dalla media dei punteggi degli item che compongono ciascuna area, su una scala da 0 a 10; gli *Indici di disequilibrio parziali relativi ai modi*, ottenuti dalla media dei punteggi degli item che rappresentano un modo specifico (ad es. il modo O), su una scala da 0 a 10; l'*Indice di oggettività*

Global Imbalance Index (GII) Determina il grado di disequilibrio globale, relativo a tutte le aree motivazionali e tutti i modi (da 0 a 10)	$\frac{\text{punteggio globale} \times 10}{64}$
Indici parziali (relativi alle singole aree) Determinano il grado di disequilibrio di ciascuna area motivazionale, per tutti i modi (da 0 a 10)	$\frac{\text{punteggio area} \times 10}{16}$
Indici parziali (relativi ai singoli modi) Determinano il grado di disequilibrio di ciascun modo, in relazione a tutte le aree (da 0 a 10)	$\frac{\text{punteggio modo} \times 10}{16}$
Indice di oggettività Determina la fonte di disequilibrio delle aree motivazionali: da -1 (proveniente dall'oggetto) a +1 (dovuta al sé)	$\frac{(\sum O + \sum S) - (\sum O' + \sum S')}{(\sum O + \sum S) + (\sum O' + \sum S')}$
Indice di oggettività Determina il grado di oggettività del disequilibrio delle aree motivazionali: da -1 (soggettivo) a +1 (oggettivo)	$\frac{(\sum O + \sum O') - (\sum S + \sum S')}{(\sum O + \sum O') + (\sum S + \sum S')}$

Tabella 6. Indici ricavati dalla MARS.

Descrizione della MARS

tualità, che evidenzia la fonte del disequilibrio delle aree motivazionali, da -1 (sé) a +1 (oggetto); e infine l'*Indice di oggettività*, che indica il grado di oggettività del disequilibrio delle aree motivazionali, da -1 (soggettivo) a +1 (oggettivo).

Questi indici consentono di rappresentare numericamente le aree motivazionali più problematiche e, al loro interno, i modi più salienti, su cui occorrerà focalizzare l'intervento. Ai fini della ricerca, sarà possibile confrontare da un punto di vista statistico diversi pazienti, o diverse sedute di uno stesso caso clinico (naturalmente disponendo di un campione adeguato di sedute e/o di pazienti). Da un punto di vista applicativo, il clinico potrà trarre informazioni diagnostiche sul grado di disequilibrio globale e su quello relativo alle singole aree motivazionali, e inoltre sull'organizzazione delle modalità psichiche del paziente, e valutare l'andamento di questi parametri nel corso delle sedute. Nel prossimo capitolo presenterò, in concreto, alcune applicazioni cliniche della scala.

IV. Studi empirici

4.1. Introduzione: caratteristiche psicometriche di una rating scale

Nel corso dei tre anni di dottorato, oltre al lavoro teorico, sono stati portati avanti diversi studi empirici volti a sviluppare e analizzare, da un punto di vista qualitativo e quantitativo, la MARS. L'obiettivo primario di questi studi è stato quello di tradurre i principi teorici esposti nel capitolo precedente in una forma operativa *attendibile, valida, sensibile e facile da usare e da interpretare*.

In una scala di eterovalutazione, l'*attendibilità* (o *affidabilità*) si riferisce soprattutto alla cosiddetta *inter-rater reliability*, cioè il grado di correlazione fra i punteggi assegnati allo stesso campione di pazienti da parte di due o più valutatori indipendenti che usano la scala. L'*attendibilità* è un aspetto fondamentale di una scala: infatti, è evidente che se i valutatori registrano, a parità di condizioni, valori molto diversi, lo strumento sarà poco credibile e avrà poco valore, in quanto i risultati con esso ottenuti sono inconsistenti e non sarà possibile stabilire cosa misura realmente quella scala. L'*inter-rater reliability* può essere misurata con diversi coefficienti; i più diffusi, a tal fine, sono il coefficiente *r* di Pearson, il coefficiente *kappa* di Cohen (valido per item nominali) e il coefficiente *alfa* di Cronbach.¹⁵ L'*attendibilità* risente di una serie di fattori: il grado di preparazione dei valutatori, la presenza di criteri distintivi accurati, la chiarezza nella formulazione degli item, eccetera.

La *validità*, invece, si riferisce alla capacità della scala di misurare realmente ciò che si presume debba misurare. Nel nostro campo di indagine, quest'aspetto viene indagato soprattutto in termini di *validità per criterio*, ovvero la correlazione esistente tra lo strumento e altre variabili già consi-

¹⁵ Il coefficiente *alfa* di Cronbach viene principalmente utilizzato per calcolare l'omogeneità interna di un test, ovvero il grado di correlazione tra gli item che lo compongono. Tuttavia, può essere adoperato anche per misurare l'accordo tra diversi valutatori nelle scale ordinali o a intervalli, al posto del coefficiente *r* di Pearson, che non è in grado di registrare gli errori sistematici (ad esempio la costante sottostima di un giudice rispetto ad un altro). Per un approfondimento del tema complesso dell'*inter-rater reliability*, si rimanda ad Agresti (1992) e Westen, Shedler e Lingardi (2003, pp. 72-73).

derate come misure affidabili. Ciò presuppone una valutazione comparativa dello strumento con altre misure riconosciute come efficaci e con le quali ci si aspetta vi sia una correlazione (per quanto, nel nostro ambito, siano tutt'altro che comuni misure di confronto completamente affidabili). Non essendo ancora giunti gli strumenti a una maturità tale da mostrare una *validità predittiva* (capacità della scala di predire l'evoluzione del fenomeno che intende misurare), le ricerche sulla validità per criterio si sono soffermate soprattutto sulla *validità concorrente*, vale a dire la relazione esistente tra la scala e alcuni criteri esterni (quali la diagnosi, il giudizio clinico, altri strumenti di valutazione, eccetera).

Il termine *sensibilità* può essere inteso con una duplice accezione: sia come la capacità dello strumento di distinguere i pazienti dai non pazienti, e diverse categorie di pazienti, sia come l'attitudine a cogliere variazioni quantitative del fenomeno esplorato. Nella prima accezione, la sensibilità di una scala dipende dalla sua capacità di discriminare tra fenomeni diversi, ed è tanto più elevata quanto minore è il tasso di errore (o *misclassification rate*), cioè la somma dei falsi negativi e dei falsi positivi. La seconda accezione è in rapporto alla valutazione dell'efficacia del trattamento e dell'andamento della terapia nel corso delle sedute. In tal senso, si può affermare che una scala è tanto più sensibile quanto più piccole sono le differenze che riesce a discriminare. Tra i fattori che influenzano la sensibilità possiamo ricordare il *range* dei punteggi possibili per ciascun item (una scala a 5 punti tende ad essere più sensibile di una scala sì/no), e il grado di *stabilità* dei costrutti psichici misurati dalla scala (un item che misura uno "stato" tenderà ad essere più sensibile di uno che misura un "tratto").

Infine, una RS deve essere *facile da usare e da interpretare*. Questa proprietà dipende da molteplici aspetti, quali i tempi di somministrazione, la chiarezza dei criteri di attribuzione del punteggio, la coerenza dei criteri teorici su cui si basa lo strumento e così via. È evidente che si tratta di un aspetto estremamente importante, per quanto spesso sottovalutato. Non ha senso sviluppare strumenti estremamente complessi e sofisticati, se il loro utilizzo richiede tempi eccessivi, o se si basano su criteri tanto complessi da risultare incomprensibili ai più.

Nella costruzione di un nuovo strumento, non sempre è facile raggiungere un compromesso tra le sue diverse proprietà psicometriche, spesso in contrapposizione tra loro. Abbiamo già accennato, nel primo capitolo, alla difficoltà di conciliare attendibilità e validità. Si aggiunga il problema di accordare queste due proprietà fondamentali con un buon grado di sensibilità, e nel contempo mantenere la scala entro i limiti della praticità e dell'economicità di impiego.

Vediamo ora nel dettaglio quali studi sono stati condotti, nel corso del dottorato, per analizzare questi diversi aspetti. Nel capitolo conclusivo, cercherò di delineare un quadro comparativo dei diversi risultati ottenuti e le prime evidenze empiriche riguardanti la MARS.

In concreto, sono stati compiuti quattro studi principali, orientati a:

- I sviluppare la scala nella sua forma attuale, a partire da versioni precedenti, valutando gli item da inserire nella versione definitiva, mediante uno studio sull'accordo tra 57 giudici indipendenti sui trascritti di dieci sedute psicoterapeutiche iniziali (I Studio);
- II valutare l'accordo tra quattro giudici indipendenti nell'applicazione della scala ai trascritti di dieci sedute psicoterapeutiche iniziali relativi a quattro pazienti (II Studio);
- III ottenere dati preliminari sull'applicabilità e la validità concorrente dello strumento in fase diagnostica, codificando e analizzando i trascritti di dieci sedute psicoterapeutiche iniziali relative a quattro pazienti, e confrontando i risultati con la diagnosi secondo il DSM-IV e con il CCRT degli stessi pazienti (III Studio);
- IV ottenere dati preliminari sull'applicabilità dello strumento allo studio del processo terapeutico, codificando e analizzando i trascritti di otto sedute, in diversi momenti del trattamento, di una stessa paziente (IV Studio).

4.2. I Studio: sviluppo della MARS e analisi preliminare degli item

4.2.1. Versione precedente dello strumento

La MARS è nata da uno studio sul CCRT di Luborsky, orientato a ridefinire le categorie standard sulla base della teoria dei sistemi motivazionali di Lichtenberg. In questa prima fase, il metodo era piuttosto simile al CCRT, soprattutto da un punto di vista procedurale. Si trattava inizialmente di individuare le "unità narrative" di un trascritto (definite come le minime unità significative di un testo da un punto di vista logico e dinamico), e codificarle in base a categorie definite. In particolare, per ogni unità venivano codificati quattro "componenti", con i livelli corrispondenti: 1) *modo*: affetto, desiderio, credenza, realtà; 2) *sistema*: attaccamento, assertività, corporeità, sessualità; 3) *equilibrio*: positivo, negativo; 4) *agente*: sé, oggetto. Per ogni unità codificabile, il codificatore doveva scegliere tra i vari livelli di ogni componente, sulla base delle indicazioni riportate in un foglio di codifica.

Una volta siglati i trascritti, si riportavano i componenti su un apposito foglio riepilogativo e se ne determinava la frequenza.

Studi empirici

Unità	Modo	Sistema	Equilibrio	Agente
Odio mio padre	AFFETTO	ATTACCAMENTO	NEGATIVO	SÉ
Vorrei che apprezzassero di più il mio lavoro	DESIDERIO	ASSERTIVITÀ	POSITIVO	OGGETTO
Ho smesso di fumare	REALTÀ	CORPOREITÀ	POSITIVO	SÉ
Il mio ragazzo non mi considera una vera donna	CREDENZA	SESSUALITÀ	NEGATIVO	OGGETTO

Tabella 7. Esempio di codifica nella prima versione del metodo.

Anche in questa prima versione, erano utilizzati diversi tipi di grafici per rappresentare visivamente i componenti siglati più frequentemente e le loro relazioni sia all'interno di una singola seduta sia nel corso di diverse sedute. Inoltre, attraverso alcuni indici di tendenza, era possibile pervenire a un quadro delle caratteristiche del sé e dei vari sistemi motivazionali.

Con questo sistema sono stati codificati e analizzati i trascritti di diversi casi clinici. Il metodo tuttavia presentava alcuni problemi. Innanzitutto, segmentare il trascritto di una seduta psicoterapeutica in unità sintattiche, e codificarle a una a una, richiedeva un tempo eccessivo, che certo sarebbe stato accettabile per finalità di ricerca, ma difficilmente avrebbe concesso allo strumento la possibilità di concrete applicazioni. Inoltre, i criteri di scelta tra le varie componenti presupponevano un addestramento di base abbastanza lungo. Infine, i sistemi motivazionali, così definiti, tendevano a sovrapporsi, compromettendo l'attendibilità del metodo (in particolare l'*inter-rater reliability*).¹⁶

4.2.2. Costruzione di un set di item

Nella prima fase della ricerca è stato raccolto un ampio campione di unità sintattiche, tratto da diverse fonti: questionari, casi clinici, metodi di analisi testuale, sistemi descrittivi, manuali di test proiettivi ecc. Questo set di dati è stato selezionato e catalogato, ottenendo un campione di 177 item,

¹⁶ È inevitabile che la codifica dei trascritti delle sedute da parte di giudici umani comporti problemi di questo tipo, in quanto non è semplice né economico trascrivere e codificare manualmente centinaia di pagine. Recentemente sono stati compiuti alcuni tentativi di sviluppare software capaci di codificare automaticamente i trascritti, ma si sono in genere mostrati carenti e non ancora maturi, soprattutto nell'analisi contenutistica dei testi. L'ideale sarebbe poter disporre di un software in grado di cogliere e analizzare statisticamente una serie di contenuti complessi, ad esempio l'espressione verbale di emozioni di un certo genere da parte del paziente, distinguendole dalle "opinioni" o dal racconto di "eventi". A differenza di molti programmi di analisi testuale già esistenti, il software non dovrebbe limitarsi a "contare" le occorrenze di una certa parola (ad esempio "amore"), ma riuscire a cogliere le diverse espressioni linguistiche che possono esprimere quel sentimento ("Lo amo", "Sono innamorato di lui", "Mi fa battere il cuore", "Mi fa morire" ecc.).

Gruppi di giudici (n = 57)	Accordo complessivo Po	Accordo casuale atteso Pe	Kappa Fleiss
Gruppo A - Gianni (15 ss)	0.96	0.85	0.75
Gruppo A - Emma (15 ss)	0.94	0.85	0.64
Gruppo B - Gianni (15 ss)	0.96	0.86	0.73
Gruppo B - Emma (15 ss)	0.95	0.86	0.62
Gruppo C - Sara (12 ss)	0.96	0.90	0.57
Gruppo C - Franco (12 ss)	0.97	0.91	0.68
Gruppo C - Emma (12 ss)	0.90	0.79	0.51
Gruppo D - Sara (15 ss)	0.96	0.88	0.69
Gruppo D - Franco (15 ss)	0.97	0.89	0.75
Gruppo D - Gianni (15 ss)	0.96	0.88	0.69

Tabella 8. Studio preliminare sull'accordo tra giudici.

raggruppati in quattro sistemi motivazionali, e rappresentanti i diversi modi fondamentali.

4.2.3. *Analisi preliminare degli item*

Sul campione di 177 item è stato condotto uno studio preliminare (tabella 8), nel corso di un'EPG cui hanno partecipato 57 studenti del quarto anno di Psicologia. Gli studenti hanno codificato in modo indipendente 4 trascritti di sedute psicoterapeutiche, costituiti da 2 sedute ciascuno, utilizzando un foglio di codifica contenente i 177 item, espressi in forma dicotomica: i giudici dovevano limitarsi a segnalare la presenza/assenza di un certo comportamento o vissuto, sulla base del trascritto della seduta. Inoltre, vi erano anche item positivi (indicanti adattamento, benessere, ecc.). Riporto di seguito alcuni esempi di questi item:

Ansia sociale. È timido, impacciato, prova disagio a stare con gli altri.

Disturbi sessuali. Impotenza, eiaculazione precoce, frigidity ecc.

Abilità. Si considera abile, intelligente, creativo, negli studi e nel lavoro.

Frustrazioni. Viene licenziato, bocciato, riceve brutti voti.

Amicizie numerose. Ha molti amici.

Questo studio ha consentito di ottenere informazioni preliminari sull'accordo globale tra valutatori in questo tipo di metodologia applicato

alla codifica di trascritti psicoterapeutici. Secondo i valori di riferimento proposti da Landis e Koch (1977) e Fleiss (<0.39 “scarso”, $0.40-0.74$ “da moderato a buono”, $0.75-1.0$ “eccellente”), il valore di kappa ottenuto è stato in genere “buono” (in un caso “moderato”, in due casi “eccellente”).¹⁷

Inoltre, ha permesso di evidenziare gli item su cui vi era maggior accordo, e da cui si è partiti per la costruzione della versione definitiva della scala. Sono stati selezionati gli item più chiari e significativi, e quindi sono stati raggruppati nei “macro-item” della MARS, secondo le indicazioni teoriche esposte in precedenza. La versione “definitiva” della MARS, così ottenuta, è quella riportata in appendice.

4.3. II Studio: valutazione dell'accordo tra giudici nella codifica della MARS

4.3.1. Finalità dello studio

Questa ricerca ha indagato l'accordo esistente tra quattro giudici indipendenti nell'applicazione della versione “definitiva” della MARS ai trascritti di dieci sedute psicoterapeutiche relative a quattro casi clinici.

4.3.2. Soggetti

Hanno partecipato a questo studio quattro “giudici”, tra cui un valutatore “esperto”, psicologo e dottorando di ricerca, e tre valutatori “inesperti”, laureandi in Psicologia, senza *alcuna conoscenza preliminare* della scala nell'attuale forma (i tre giudici “inesperti” avevano partecipato al I Studio, codificando i 177 item provvisori per diversi casi clinici).

4.3.3. Campione di trascritti

Sono stati codificati 10 trascritti relativi alle sedute iniziali di 4 pazienti: Gianni (prime due sedute), Sara (terza e quinta seduta), Franco (prime tre sedute), Emma (prime tre sedute), con disturbi diversi (secondo il DSM-IV), e trattati da terapeuti di diversa formazione (psicoanalitica, strategico-

¹⁷ Il coefficiente kappa di Fleiss, o *coefficiente di correlazione intraclassa tra più giudici* (1981), rispetto alla kappa di Cohen, è utilizzato per calcolare l'accordo tra più di due giudici, per scale nominali. È fondato su premesse concettuali e statistiche diverse (per esempio, ipotizza l'equivalenza dei marginali e non prevede la possibilità di “pesi”); dunque i confronti tra i due indici vanno considerati con prudenza.

relazionale e sessuologico-interazionista). Una descrizione dettagliata di questi casi e delle codifiche corrispondenti è riportata più avanti, nel III Studio.

4.3.4. Metodo

I quattro giudici hanno codificato, per ogni paziente, una sola MARS (considerando, quindi, più sedute contemporaneamente). I giudici hanno operato in modo assolutamente indipendente tra loro. Al termine di ogni codifica, a intervalli di circa 5 giorni, i valutatori si sono riuniti ed hanno discusso il caso che avevano codificato (naturalmente senza rivedere i risultati né anticipare i casi successivi).

4.3.5. Risultati

L'accordo tra i giudici, espresso nei termini del coefficiente α di Cronbach, si è mostrato eccellente per una scala di eterovalutazione (considerando inoltre la relativa "inesperienza" di alcuni giudici), oscillando da $\alpha=0.85$ a $\alpha=0.94$. Da notare che la discussione e il confronto tra i giudici al termine di ogni codifica ha contribuito a migliorare notevolmente il livello di accordo, già comunque più che soddisfacente.

Fasi dello studio	α
1. Breve introduzione della scala	
2. Gianni	0.87
3. Confronto dei giudici su Gianni	
4. Sara	0.85
5. Confronto dei giudici su Sara	
6. Franco	0.94
7. Emma	0.94

Tabella 9. Accordo tra giudici indipendenti su 4 casi clinici (10 sedute).

4.3.6. Discussione

Questo studio ha dimostrato, in via preliminare, l'esistenza di un accordo eccellente dei giudici nella codifica, attraverso la MARS, di trascritti di sedute psicoterapeutiche. L'aspetto forse più interessante è che tre dei quattro giudici non avevano alcuna conoscenza preliminare dello strumento

(tranne per la partecipazione al I studio, in cui codificavano, come si è detto, un altro tipo di descrittori) ed erano studenti, mostrando che non è necessario sottoporsi a un lungo training né possedere una lunga esperienza clinica per poter usare la MARS. È importante tuttavia sottolineare l'opportunità di un confronto tra i giudici al termine delle sedute, che si è mostrato un fattore importante nell'implementazione del coefficiente di accordo. È auspicabile, in futuro, una ricerca su un numero maggiore di trascritti che confermi questa tendenza.

4.4. III Studio: codifica di quattro casi clinici e confronto con altri criteri

4.4.1. Finalità dello studio

Questo studio ha indagato, in via preliminare, l'applicabilità, la sensibilità e la validità concorrente della MARS, attraverso la codifica e l'analisi dei trascritti di dieci sedute psicoterapeutiche iniziali relative a quattro pazienti, e confrontando i risultati con la diagnosi secondo il DSM-IV e l'ICD-10 e con il CCRT degli stessi pazienti. Questi ultimi dati sono tratti da uno studio precedente condotto sugli stessi pazienti (Dazzi, De Coro, 1998; Dazzi, De Coro et al., 1998). Ho fatto riferimento a questi studi perché, se avessi codificato io stesso il DSM-IV e il CCRT, avrei potuto essere condizionato dalla corrispondente codifica MARS.

Per ogni caso clinico riporto: a) una breve descrizione preliminare, che esamina i principali problemi emersi, nel corso delle sedute, nelle tre aree motivazionali; b) una rappresentazione grafica della MARS, che evidenzia gli aspetti più problematici emersi dal profilo; c) una tabella che riporta, in forma schematica, i dati anagrafici del paziente, la diagnosi secondo il DSM-IV, il codice ICD-10, il CCRT, e infine gli indici globali, parziali e di tendenza della MARS; d) un breve commento al profilo MARS, anche in confronto alla diagnosi secondo il DSM-IV e al CCRT del paziente.

4.4.2. Caso di Gianni

• Analisi preliminare del trascritto

AREA RELAZIONALE. I genitori di Gianni litigavano spesso (un periodo giudicato da lui molto "brutto"). Il padre, sempre ubriaco, trattava male la madre, la violentava; poi, pentito, ha cercato di vedere i figli, ma loro lo hanno evitato; Gianni dichiara di aver "odiato" il padre, ma anche di aver

provato compassione nei suoi confronti. Avrebbe voluto perdonarlo e riconciliarsi con lui, ma non ha fatto in tempo prima della sua morte. Riguardo alla madre, temeva che potesse suicidarsi, ed era contento quando tradiva il padre. Giudica “buonissimo” il fratello, a differenza della cognata, che è “antipatica” e “li fa litigare”. Gianni tradisce la moglie con diverse amanti; vuole e non vuole separarsi da lei, si sente “spaccato in due”, ma non vuole farla soffrire, così per il momento ha deciso di non separarsi. La moglie gli ha “perdonato” i suoi tradimenti, ma è fredda e “non ricambia”: in tre anni non hanno avuto “nessun rapporto sessuale”. Tuttavia, Gianni si sente in colpa per averla tradita. Con il terapeuta, infine, Gianni all’inizio è un po’ restio a parlare (“Non è facile parlare con un estraneo”), ma poi “si sente rassicurato dalla sua sincerità”.

AREA CORPOREA. Gianni riporta problemi di erezione e eiaculazione precoce con la moglie e con altre donne. Per l’amante, al momento, prova desiderio e attrazione, ma teme di essere considerato impotente. È molto preoccupato per il suo problema sessuale, e dichiara: “Ho perso fiducia in me stesso dal punto di vista sessuale”. In passato ha subito un incidente grave, che lo ha fatto entrare in coma, ed ora gli è rimasta “un po’ di epilessia e sonnolenza”. Nella vita, dichiara di aver provato un intenso dolore fisico, fino all’estremo, e “non ha paura di provarlo ancora”. Si considera una persona molto attiva, fa sport, non fuma.

AREA REALIZZATIVA. Gianni ha un lavoro di responsabilità, è un dirigente. Nella vita si considera “fortunato”, si sente ottimista, e nelle cose negative cerca il positivo. Manifesta tuttavia una certa ansia di “arrivare in ritardo”. Ha fiducia nella psicoterapia, e ha intenzione di “diventare un buon paziente”.

• *Discussione*

La MARS evidenzia diversi problemi, soprattutto nell’area corporea e in quella relazionale. Nell’area corporea, una serie di disturbi, tra cui i postumi di un incidente e diversi problemi sessuali (O_{cor}), destano in lui ansia e preoccupazione (O'_{cor}), e inoltre minano la sua fiducia sessuale (S'_{cor}). Nell’area relazionale si evidenzia un marcato e diffuso disequilibrio, caratterizzato da pattern sia di antagonismo che di ritiro. Il paziente ha ricevuto in passato violenze psicologiche e rifiuti ($O_{rel/a}$ e $O_{rel/p}$), a cui ha imparato a reagire con affetti negativi corrispondenti ($O'_{rel/a}$ e $O'_{rel/p}$) e con comportamenti ostili (i frequenti “tradimenti”, $S_{rel/a}$), per i quali poi si sente in colpa ($S'_{rel/a}$). Inoltre, manifesta un certo disagio nel gestire le relazioni, specie quelle più “intime” ($S_{rel/p}$). Nel complesso, i problemi di antagonismo sono prevalenti rispetto a quelli di ritiro, pur presenti. Riguardo all’area realizzativa, non si registrano problemi significativi, eccetto i problemi di mobilità legati all’incidente (O_{rea}) e una sporadica “ansia di arrivare in ritardo” agli appuntamenti (O'_{rea}), che, probabilmente, da un punto di vista simbolico, è

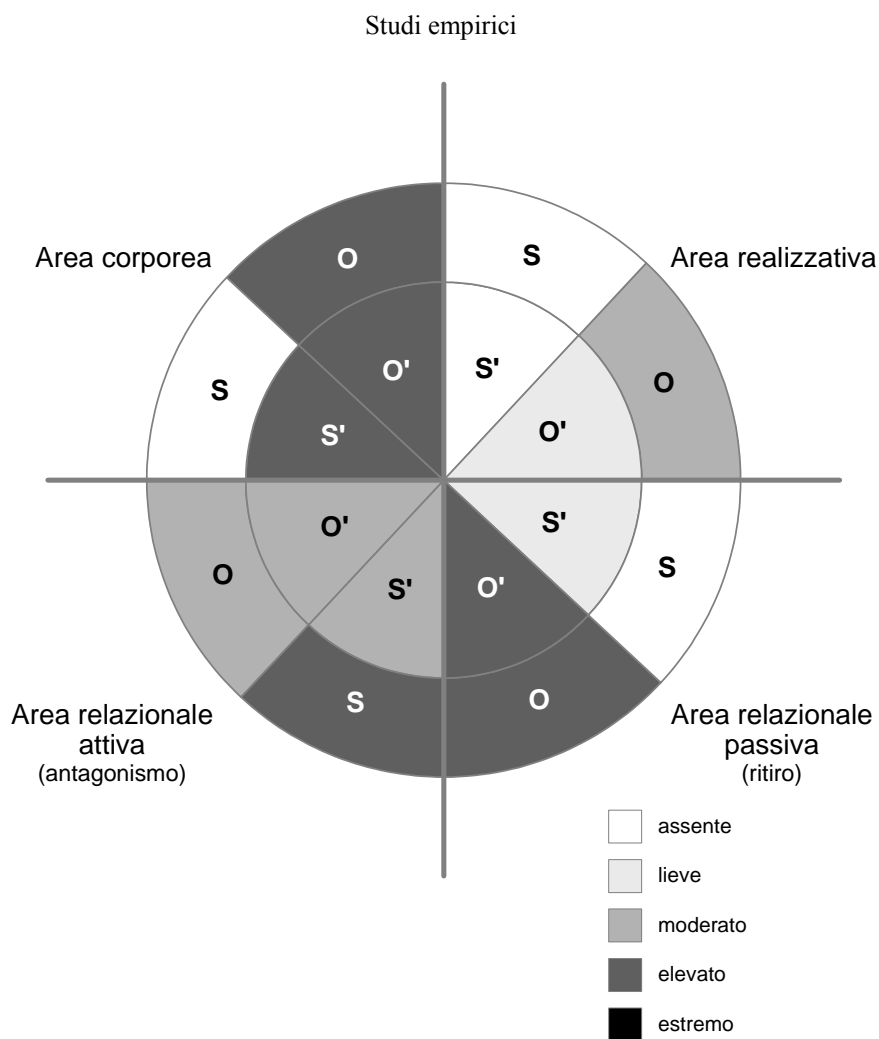


Figura 9. Gianni: rappresentazione grafica della MARS.

legata all’“ansia di arrivare in anticipo” di natura sessuale. Dall’analisi degli indici parziali relativi ai modi e degli indici di tendenza (in particolare dell’indice di oggettualità), emerge una prevalenza dei problemi relativi all’oggetto rispetto a quelli relativi al sé, sia per quanto riguarda la realtà esterna che per il vissuto soggettivo del paziente.

Il DSM-IV diagnostica a Gianni un “Disturbo maschile dell’erezione”; evidentemente, la MARS registra anche questo problema, nei termini di un disequilibrio elevato dell’oggetto corporeo, sottolineando, in aggiunta, una serie di altri problemi di natura corporea e relazionale.

Il metodo CCRT evidenzia, in questo caso, un tema relazionale caratterizzato soprattutto da elementi positivi (eccetto una risposta ansiosa del sé), lasciandosi “influenzare” da una certa tendenza del paziente a dare un’immagine di sé positiva e ottimistica; in tal senso non appare adeguato a rappresentare i problemi corporei, realizzativi e relazionali del paziente.

Studi empirici

Paziente	Gianni, 47 anni		
Sedute	1, 2		
Diagnosi DSM-IV	Disturbo maschile dell'erezione		
Codice ICD-10	F 52.2		
CCRT	W: Essere bravo - Sentirmi felice - Essere contento di me RO: Sono comprensivi - Sono disposti ad aiutare RS: Capisco - Sono ansioso - Mi sento a mio agio		
Indici MARS			
Globale	Global Imbalance Index	4	
Parziali (aree)	Relazionale attiva	6	
	Corporea	6	
	Relazionale passiva	4	
	Realizzativa	2	
Parziali (modi)	O globale	6	
	O' globale	6	
	S' globale	4	
	S globale	2	
Tendenze	Indice di oggettualità	+ 0.36	sé
	Indice di oggettività	+ 0.07	sog

Tabella 10. Gianni: DSM-IV, CCRT e indici MARS.

4.4.3. Caso di Sara

- *Analisi preliminare del trascritto*

AREA RELAZIONALE. Sara si lamenta costantemente del comportamento della madre. Tra le altre cose, la trova “opprimente”, “ipocrita”, “ossessiva”, “piena di problemi”, “cattiva”, “con problemi di testa e di cuore”. Ritiene che, nonostante i suoi sforzi di avvicinarsi alla madre (ad es. i suoi inviti a cena), quest’ultima “la tratta male”, “non la chiama”, “le chiude la porta in faccia” (tuttavia, Sara non riporta particolari episodi che possano

suffragare queste sue impressioni). Si “sente ferita” dalla madre, “sta male” a causa dal suo “sputare sentenze”; inoltre è spaventata perché ritiene di iniziare ad assomigliare alla madre (nei gesti, nelle espressioni). Pensa che la madre abbia “incastrato” il padre facendosi mettere incinta (di lei stessa). Ha assistito a “migliaia di litigi” tra la madre e il padre, di cui attribuisce la colpa alla madre. Spesso, in passato, ha detto alla madre che avrebbe voluto che il padre si sposasse con un’amica di famiglia, piuttosto che restare con lei.

Riguardo al padre, Sara ne ha un’altissima considerazione: premuroso ma non impiccione, discreto, sensibile, la solleva nei momenti difficili, la diverte, è generoso, le vuole bene ma senza opprimerla. Con il ragazzo non riporta particolari problemi, tranne un suo lieve risentimento perché si sentiva costantemente confrontato con il padre. Con la nonna prima aveva pochi rapporti, adesso le dà un senso di spensieratezza, e la sente come confidente. Sara è assalita (in passato ma “anche oggi”) da intense fobie persecutorie: in passato, quando andava a letto, aveva paura (“paura con la P maiuscola”) di essere violentata e uccisa da un uomo misterioso; inoltre ha costantemente paura che possa succedere qualcosa al padre, perché se così fosse “non crede che sopravviverebbe in maniera normale”. In passato, e ancora oggi, “doveva sempre fuggire da qualcuno”. Inoltre, si sente “insicura davanti ai rapporti difficili con le persone.

AREA CORPOREA. Sara riporta una serie di “svenimenti” in cui perde coscienza e “resta immobile”, benché non si soffermi su questi episodi nel corso delle due sedute.

AREA REALIZZATIVA. Sara ha qualche difficoltà lavorativa, in quanto il suo lavoro attuale non la soddisfa, e vorrebbe riprendere gli studi universitari. Il padre tende a proteggerla in ogni occasione, e lei apprezza questa “sicurezza”, ma vorrebbe anche essere più indipendente. In passato (soprattutto nell’infanzia) ha sofferto di sintomi ossessivo-compulsivi (di vario genere) e di attacchi di angoscia. Dichiarò di “non essere mai stata completamente felice”. Riguardo alla terapia, è intenzionata a proseguire, sente che “le fa bene”; prima era difficile, era “un’interrogazione”, adesso la sente un’esigenza, e si sente più spontanea. Per quanto si consideri “bravissima” nello studio, una che “si impegna fino a fondo”, si sente anche indecisa e insicura nelle sue scelte di vita (ad esempio “vorrebbe e non vorrebbe un bambino”), perché “fa parte della sua natura rompersi le scatole da sola”.

• *Discussione*

La MARS evidenzia un profilo caratterizzato da problemi realizzativi e – soprattutto – relazionali. L’area più problematica è quella relazionale attiva; segue quella realizzativa e quella relazionale passiva. La scala evidenzia alcun pattern tipici, in particolare la presenza nella paziente di vissuti sogget-

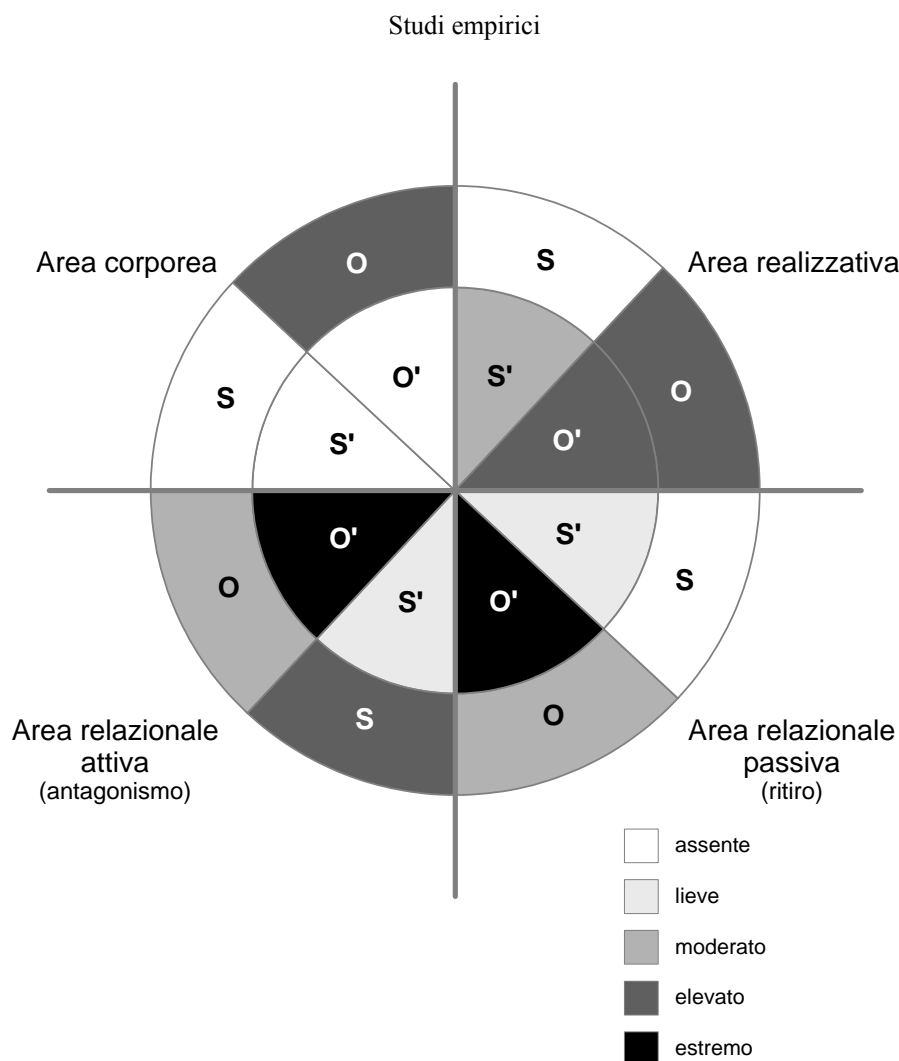


Figura 10. Sara: rappresentazione grafica della MARS.

tivi relativi all'oggetto relazionale ($O'_{rel/a}$) estremamente negativi, soprattutto in rapporto alla madre, ma anche verso gli altri in genere (sottoforma di angosce paranoidi). L'unico elemento concreto che viene registrato a proposito ($O_{rel/a}$), è rappresentato dai ripetuti litigi dei genitori, che l'analista dovrebbe approfondire maggiormente. Sia nella sottoarea attiva che in quella passiva, Sara tende ad "amplificare" in modo estremo – da un punto di vista affettivo e sviluppando una serie di credenze patogene – gli eventi negativi esterni (pur presenti, ma non nel grado estremo da lei percepito). Questa tendenza è registrata anche dall'indice di oggettività negativo e dall'altissimo indice O' globale. Da parte sua, Sara risponde agli "attacchi", oltre che da un punto di vista affettivo, anche da un punto di vista comportamentale ($S_{rel/a}$) (ad esempio dichiarando a più riprese alla madre che avrebbe preferito avere un'altra madre), e non si sente in colpa per questo (assenza $S'_{rel/a}$). Per quanto riguarda l'area realizzativa, la MARS registra

Studi empirici

Paziente	Sara, 22 anni		
Sedute	3, 5		
Diagnosi DSM-IV	Disturbo dell'adattamento con alterazione mista dell'emotività e della condotta		
Codice ICD-10	F 43.25		
CCRT	Non disponibile		
Indici MARS			
Globale	Global Imbalance Index	4	
Parziali (aree)	Relazionale attiva	6	
	Realizzativa	5	
	Relazionale passiva	4	
	Corporea	2	
Parziali (modi)	O' globale	7	
	O globale	6	
	S' globale	3	
	S globale	2	
Tendenze	Indice di oggettualità	+ 0.50	sé oggi
	Indice di oggettività	- 0.07	sog oggi

Tabella 11. Sara: DSM-IV, CCRT e indici MARS.

le difficoltà lavorative e comportamentali (tra cui i problemi legati ai sintomi ossessivo-compulsivi) (O_{rea}), l'insoddisfazione generale e le "angosce esistenziali" (O'_{rea}), ed infine una certa tendenza ad autocommiserarsi per le sue difficoltà di vita (S'_{rea}). Il problema corporeo rappresentato dalla serie di "svenimenti" è altresì rappresentato (O_{cor}), indicando che forse quest'area andrebbe maggiormente esplorata.

Il DSM-IV diagnostica a Sara un "Disturbo dell'adattamento con alterazione mista dell'emotività e della condotta", una categoria piuttosto ampia che, tuttavia coglie in modo solo parziale la complessità del caso di Sara. Ad ogni modo, la MARS non disconferma questa diagnosi, ma piuttosto ne approfondisce i diversi aspetti implicati, considerando inoltre i problemi corporei e relazionali. Non si dispone per questo caso della codifica del CCRT.

4.4.4. *Caso di Franco*

- *Analisi preliminare del trascritto*

AREA RELAZIONALE. Franco non è molto socievole, non fa amicizie, non “lega”; inoltre mostra difficoltà ad aprirsi con il terapeuta (“È difficile parlare, non riesco, mi devo sforzare”). Considera i colleghi “dei trogloditi”: i rapporti con loro sono quasi inesistenti, e a volte gli “viene voglia di ammazzare qualcuno”. In effetti, i colleghi lo prendono spesso in giro, chiamandolo “il pazzo”; “l’esaurito”. Si lamenta che il padre non gli parla, non gli dà consigli, e ciò “gli dà fastidio”; tuttavia, lo considera “buonissimo”, tenero, benché a volte un po’ testardo e “palloso”. Con la madre nessun problema: “è una buona donna”, anche se un po’ “pazzerella”. Si sente intimidito dalle donne troppo “disinibite”. Con quella che considera la sua ragazza, ha un rapporto piuttosto problematico e incostante: si è lasciato e si è rimesso più volte. La ama, la trova “carina”; però è anche “incazzato come una bestia” nei suoi confronti.

AREA CORPOREA. Franco riporta uno spettro variegato di problemi: impotenza, eiaculazione precoce (da due anni), frequenti emicranie, problemi dell’alimentazione (dichiara di essere ingrassato sedici chili in un mese, poi di essere ritornato al peso normale in due mesi); inoltre, soffre di attacchi di panico che gli danno palpitazioni, vampate di calore, tachicardia ecc. Questi problemi gli provocano disagio, spavento e sensazioni molto sgradevoli (ad es. la sensazione di non poter respirare). Da parte sua, Franco ha attuato comportamenti che hanno potuto peggiorare il suo stato: ha abusato di alcolici e caffè, non ha assunto farmaci prescritti ecc.; inoltre, si è sottoposto volontariamente a un’operazione di circoncisione che ha acuito i suoi problemi sessuali.

AREA REALIZZATIVA. Franco riporta problemi lavorativi ed economici. In alcuni casi i suoi problemi psichici “lo costringono” a fare delle cose contro la sua volontà. I genitori non lo considerano “indipendente”. Da un punto di vista soggettivo, egli considera profondamente insoddisfacente il suo lavoro (“è brutto... è triste... mi scoccia un sacco”) e si sente poco considerato dai genitori. Inoltre, è assalito da attacchi di panico, che si manifestano, oltre che con le sensazioni corporee descritte sopra, con un senso di angoscia (“è brutto proprio”), di irrealtà e di “pazzia”. Infine, si sente in genere confuso e indeciso (“l’unica cosa che so dire molto bene e molto spesso è ‘non lo so’”).

- *Discussione*

La MARS delinea un quadro piuttosto variegato, con problemi di natura diversa presenti nelle diverse aree. Le due aree più problematiche sono

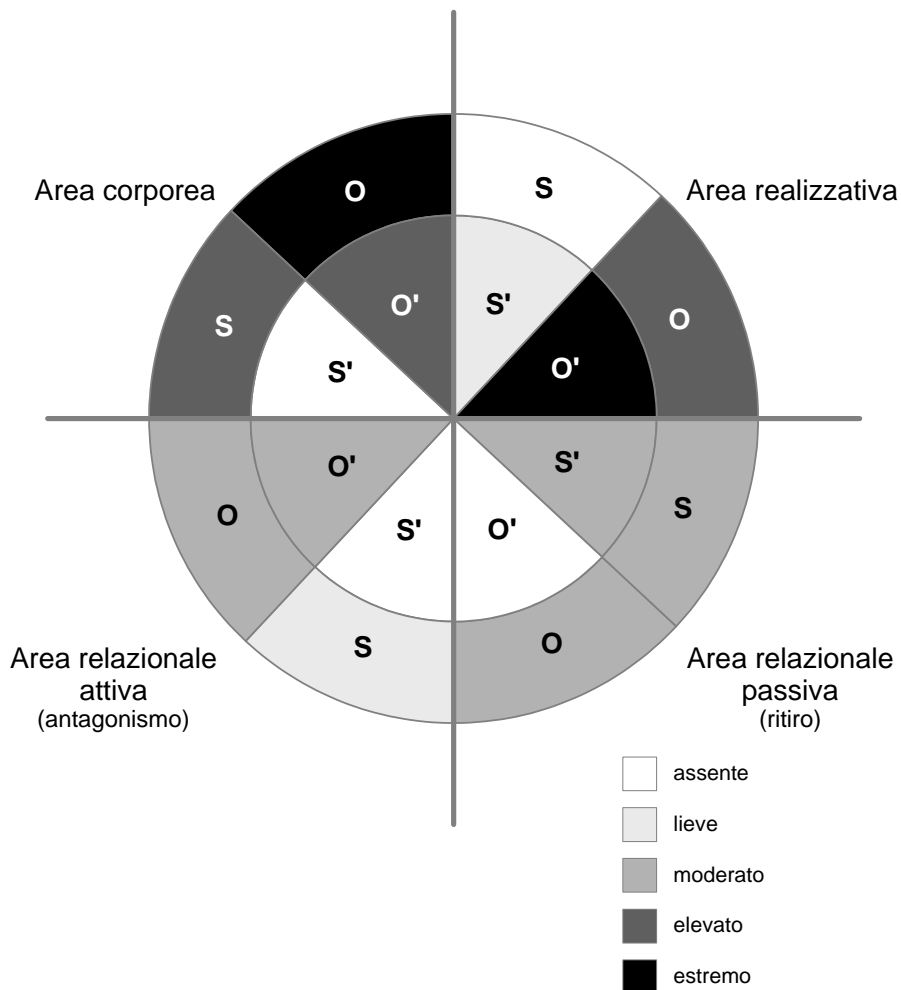


Figura 11. Franco: rappresentazione grafica della MARS.

quella corporea e quella realizzativa, ma sono presenti anche difficoltà di tipo relazionale. Nell'area corporea, la compresenza di numerosi problemi (sessuali, ma anche di altro tipo) (O_{cor}), provoca intensi vissuti di disagio, ansia e preoccupazione (O'_{cor}). Lo stile di vita del paziente (S_{cor}) tende ad acuire questi problemi. Nell'area realizzativa, emerge una spiccata tendenza ad amplificare emotivamente (O'_{rea}) i problemi lavorativi ed esistenziali (O_{rea}), il che provoca un estremo senso di insoddisfazione e di ansia. Nel complesso, tuttavia, a livello di funzionamento globale, questa tendenza non è confermata dall'indice oggettivo, che si presenta anzi negativo. Nell'area relazionale, sono presenti problemi "moderati", per i quali si evidenzia un pattern caratteristico: all'oggetto antagonista ($O_{rel/a}$), ai vissuti corrispondenti ($O'_{rel/a}$), e al ritiro dello stesso oggetto ($O_{rel/p}$), corrisponde una risposta del sé caratterizzata da ritiro ($S_{rel/p}$) e timidezza ($S'_{rel/p}$). L'indice ogget-

Studi empirici

Paziente	Franco, 24 anni		
Sedute	1, 2, 3		
Diagnosi DSM-IV	Agorafobia senza anamnesi di disturbo di panico		
Codice ICD-10	F 40.00		
CCRT	W: Essere aiutato - Essere indipendente - Essere amato RO: Sono distanti - Mi contrastano - Non sono disposti ad aiutare RS: Sono arrabbiato - Non sono aperto		
Indici MARS			
Globale	Global Imbalance Index	5	
Parziali (aree)	Corporea	6	
	Realizzativa	6	
	Relazionale passiva	4	
	Relazionale attiva	3	
Parziali (modi)	O globale	7	
	O' globale	6	
	S globale	4	
	S' globale	2	
Tendenze	Indice di oggettualità	+ 0.33	sé
	Indice di oggettività	+ 0.13	sog

Tabella 12. Franco: DSM-IV, CCRT e indici MARS.

tuale è sbilanciato verso l'oggetto, che, come confermano gli alti indici O e O' globale, rappresenta la principale fonte, a livello sia oggettivo che soggettivo, dei problemi del paziente. Il DSM-IV diagnostica a Franco un' "Agorafobia senza anamnesi di disturbo di panico". La diagnosi è coerente con il profilo MARS, che inoltre approfondisce altri aspetti problematici (per esempio, le difficoltà relazionali).

Il CCRT è coerente con il profilo MARS, ed entrambi evidenziano alcuni aspetti relazionali in comune: un oggetto relazionale che si ritira ($O_{rel/p}$), il desiderio di più "amore" e "aiuto" ($O'_{rel/p}$), un oggetto relazionale che aggrede ("mi contrastano", $O_{rel/a}$), una risposta del paziente rappresentata da vissuti negativi relativi all'oggetto ("sono arrabbiato", $O'_{rel/a}$) e un atteggiamento di ritiro ("non sono aperto", $S_{rel/p}$ e $S'_{rel/p}$). Il CCRT, a differenza della MARS, non evidenzia problematiche di tipo corporeo e realizzativo.

4.4.5. *Caso di Emma*• *Analisi preliminare del trascritto*

AREA RELAZIONALE. Emma riporta una serie di problemi con persone diverse. Dichiarò di avere poche amiche, e di soffrire molto per tale ragione (manifesta questo sconforto piangendo ripetutamente). Ritene che le colleghe di lavoro non socializzino molto con lei e non l'abbiano mai inclusa nel loro gruppo, ad esempio "non l'hanno mai invitata per una pizza". Avverte "gelosia e invidia" in queste persone, e ciò "le dà fastidio" e le fa "rabbia". L'ostilità che avverte sul lavoro, tuttavia, "è soprattutto una sensazione". Riporta il caso di un'amica che si dichiara contenta per i suoi incidenti, perché invidiosa della sua bellezza e del marito. Emma sente di far di tutto per farsi accettare, di "dare tutto senza remore", ma gli altri sono "ipocriti". Per esempio, si "apre in buona fede" e "si confida" con la cognata, ma lei e il fratello la chiamano "impicciona". Per questa ragione, se loro non vogliono avere rapporti con lei – dichiara – anche lei non vuole vederli più. La madre vuole riappacificarla con il fratello, ma lei si sente "gelosa" del fratello, perché sente che la madre lo "tratta meglio di lei". Queste cose la fanno sentire "troppo frustrata", e le fanno provare "una rabbia incredibile" (per la quale non smette di piangere). Anche un amico di infanzia "le dà un grande dolore", e per un malinteso (un invito di un matrimonio annullato) non vuole più parlare con lei, e lei "lo prenderebbe schiaffi per quanto è arrabbiata".

Emma riporta anche problemi con il marito e con i figli: "il nostro rapporto non va, anche se ce lo nascondiamo". Con il marito non è disponibile né mentalmente né fisicamente, e lui "resta male e non accetta". Afferma che "si è spento qualcosa", lei "vorrebbe restare da sola", "lontano da tutti gli uomini"; e, per quanto il marito cerchi di essere affettuoso e la ami, lei "si sente circondata" dal suo "harem maschile". Quando fa l'amore, ha paura di scandalizzare i figli. Ha pensato anche di separarsi, "ma non lo fa per i bambini". Litiga spesso con lui, lo considera "un nullo", uno che "non prende iniziative". Tuttavia, recentemente "ha fatto l'amore come piace a lui" e non "le è pesato". Per quanto riguarda i figli, che sono ancora piccoli, si sente "una pessima madre", "non ha pazienza". Uno dei figli, in particolare, la "irrita", perché "con gli altri è buono, ma con lei è capriccioso"; per questo "lo sculaccia con rabbia", poi ha "il rimorso tutto il giorno" e si sente "uno straccio", "un verme". Dichiarò inoltre di "aver paura di far del male a chi ama". Riguardo alle altre persone, si "sente circondata ed esaurita" dalla mamma, dalla suocera ("devo badare a due nonne"), e dalla zia. Con quest'ultima è diventata "fredda", perché la telefona spesso ma lei non ricambia, e ciò la irrita.

Riguardo al suo passato, Emma riporta due episodi significativi. Nel primo racconta la sua lunga storia, da adolescente, con un ragazzo che "l'aveva vinta ad una scommessa" (per cui Emma si è sentita terribilmente

mortificata, umiliata, offesa), e l'aveva ripetutamente tradita; dopo molte esitazioni (legate "alla paura di restare sola" e all'"incubo di essere lasciata da lui"), Emma si è decisa a lasciarlo, perché "non provava più niente per lui". Nel secondo episodio, Emma riporta che da piccola, quando frequentava le elementari, fu "traumatizzata" da una compagna di classe che le aveva descritto nei dettagli i rapporti sessuali, al punto da "rimuovere" completamente l'evento (è stata la madre ad averglielo ricordato in seguito). Inoltre, da piccola, Emma aveva paura che la madre o il padre potessero morire. Infine, riguardo al terapeuta, Emma lo considera "piacevolmente giovane", però ha paura di aprirsi, perché teme di essere "sfruttata", di "farsi male" e di ricevere "l'ennesima fregatura della sua vita".

AREA CORPOREA. Emma riporta problemi di diverso genere: "continui mal di testa", "sinusite", un incidente che ha richiesto "cinque interventi alla gamba", "un'operazione al naso", "una gravidanza difficile", "insonnia". Questi inconvenienti le provocano "un senso di intensa stanchezza fisica", di "stress", e un notevole calo del desiderio sessuale. Inoltre, durante i rapporti sessuali con il marito, Emma da anni prova un piacere solo "parziale" (occasionalmente, solo tramite contatto clitorideo) e, riguardo agli uomini in generale, manifesta un senso di rifiuto fisico, sentendosi "stufa di sentirsi le mani addosso".

AREA REALIZZATIVA. si evidenzia una notevole insoddisfazione per la propria condizione di casalinga, il rammarico per non aver potuto studiare. Emma vede la sua vita come una "catastrofe", per esempio considera un periodo di indisposizione del figlio come "un incubo". Si sente rivestita di "eccessiva responsabilità", e non si considera brava per ciò che fa o vorrebbe fare, svalorizzandosi in diverse occasioni ("prima era più competente con i bambini, adesso non più"). Si sente inoltre indecisa e inadeguata ad affrontare le situazioni (si sente "perseguitata dalla sua indecisione"). Dichiarata infine di aver "perso iniziativa".

• *Discussione*

Il profilo della MARS, come si può osservare, evidenzia un quadro multiproblematico, e un indice di disequilibrio globale molto alto (6 su 10). L'area motivazionale più compromessa è quella relazionale attiva (in cui riporta addirittura un punteggio di 9); seguono l'area relazionale passiva (6), l'area realizzativa (6) e quella corporea (4). Nell'area corporea, si evidenziano soprattutto i numerosi problemi di salute che la paziente ha subito, la spossatezza fisica, il calo di desiderio sessuale (O_{cor}), problemi che si traducono anche sul piano soggettivo, con vissuti di "stanchezza" e dis-piacere fisico e sessuale (O'_{cor}). La paziente non riporta dati significativi sul suo stile di vita (S_{cor}), aspetto che andrebbe approfondito maggiormente dal terapeuta. Nell'area realizzativa, è sottolineata l'intensa insoddi-

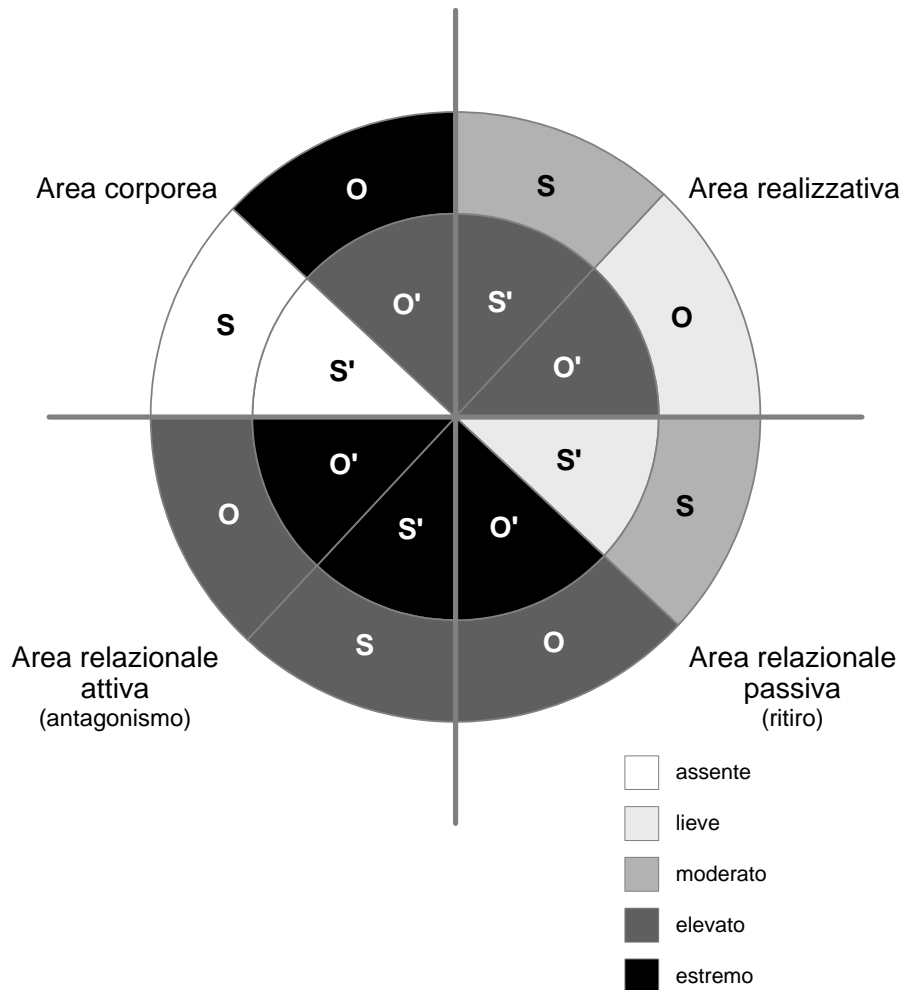


Figura 12. Emma: rappresentazione grafica della MARS.

sfazione per il proprio lavoro di casalinga e il senso di angoscia relativo ai vari problemi della vita (O_{rea}), e la spiccata tendenza a sopravvalutare questi problemi (O'_{rea}). Inoltre, la paziente non ha iniziativa, non si impegna molto per cambiare la sua condizione (per esempio, non riprende gli studi) (S_{rea}), ma reagisce commiserandosi ed esprimendo il desiderio di rinunciare alle sue responsabilità (S'_{rea}). Nell'area relazionale, la MARS registra una serie di pattern che caratterizzano il suo comportamento e i suoi vissuti in modo pervasivo e rigido. Per quanto riguarda gli oggetti, sia antagonisti che di ritiro, Emma si lamenta continuamente di essere trattata male e di non ricevere il necessario sostegno, e di sentirsi tremendamente ferita, arrabbiata e sola ($O'_{rel/a}$ e $O'_{rel/p}$), per quanto gli episodi che riporta a sostegno di questi affetti, pur presenti, non siano così gravi ($O_{rel/a}$ e $O_{rel/p}$). Oltre che con la rabbia e gli affetti di solitudine, Emma reagisce talora in modo assai aggressi-

Studi empirici

Paziente	Emma, 33 anni		
Sedute	1, 2, 3		
Diagnosi DSM-IV	Disturbo dell'orgasmo femminile		
Codice ICD-10	F 52.3		
CCRT	W: Essere vicino agli altri - Ricevere confidenze - Oppormi agli altri RO: Sono dominatori - Sono distanti RS: Sono depresso - Sono arrabbiato		
Indici MARS			
Globale	Global Imbalance Index	6	
Parziali (aree)	Relazionale attiva	9	
	Relazionale passiva	6	
	Realizzativa	6	
	Corporea	4	
Parziali (modi)	O' globale	9	
	O globale	7	
	S' globale	6	
	S globale	4	
Tendenze	Indice di oggettualità	+ 0.25	sé oggi
	Indice di oggettività	- 0.13	sog oggi

Tabella 13. Emma: DSM-IV, CCRT e indici MARS.

vo, ad esempio picchiando con rabbia i figli ($S_{rel/a}$), sentendosi poi terribilmente in colpa ($S'_{rel/a}$), oppure separandosi dagli altri e troncando con essi ogni rapporto, salvando solo “le apparenze” ($S_{rel/p}$). Infine, l'indice oggettuale (positivo) e quello oggettivo (negativo), confermano la spiccata tendenza della paziente ad attribuire agli altri la responsabilità dei suoi problemi, e ad ingigantire i suoi problemi da un punto di vista emotivo.

Il DSM-IV diagnostica a Emma un “Disturbo dell'orgasmo femminile”, una visione decisamente parziale dei numerosi problemi della paziente, che coglie solo un aspetto del suo disagio, per quanto importante.

Il CCRT, come in altri casi, si sofferma solo su alcuni problemi relazionali, e in questo caso concorda con la MARS, evidenziando il desiderio di un numero maggiore di amici e di confidenti, la sua sensazione di distanza da-

gli altri (per loro responsabilità) e i sentimenti di rabbia e di tristezza per i suoi problemi relazionali. Anche in questo caso, il CCRT non fornisce dati sui problemi corporei e su quelli realizzativi.

4.5. IV Studio: analisi del processo. Il caso di Carmen

4.5.1. Finalità dello studio

Questo studio ha indagato, in via preliminare, l'applicabilità e la sensibilità della MARS nell'analisi del processo terapeutico, attraverso la codifica dei trascritti di otto sedute psicoterapeutiche (a orientamento psicodinamico), in fasi distinte del trattamento di Carmen, una paziente che presenta problemi in diverse aree motivazionali. La MARS è stata applicata a blocchi di due sedute: 1^a e 2^a, 12^a e 14^a, 41^a e 43^a, e infine 80^a e 82^a. Per ogni blocco di due sedute riporto: a) una breve descrizione preliminare, che esamina i principali problemi emersi nel corso delle sedute nelle tre aree motivazionali; b) una rappresentazione grafica della MARS, che evidenzia gli aspetti più problematici emersi dal profilo; c) una tabella che riporta, in forma schematica, gli indici globali, parziali e di tendenza della MARS; d) un breve commento al profilo MARS. Nel paragrafo conclusivo confronterò i dati emersi dalle diverse fasi della psicoterapia, provando ad avanzare alcune considerazioni sull'andamento delle aree motivazionali e degli indici di tendenza.

4.5.2. Sedute 1 e 2

• Analisi preliminare del trascritto

AREA RELAZIONALE. Carmen ha perso recentemente il fratello, morto per overdose, e per questo sta "malissimo", non riesce più a stare a casa, ha paura di non farcela, di entrare in depressione. Amava molto il fratello, con lui c'era un legame speciale, tuttavia non lo vedeva da due anni: aveva litigato con lui, "per colpa del padre" (e inoltre per il comportamento aggressivo del fratello sotto l'effetto della droga). Carmen si sente profondamente arrabbiata e impotente per la morte del fratello, sente che avrebbe dovuto stargli più vicino, ma "non è riuscita a far niente" per lui. Riguardo al padre, non lo vede da anni (ha avuto diversi problemi), e Carmen sente di non accettarlo, di "avercela a morte con lui", perché doveva morire lui e non il fratello. La madre, quando era piccola, soffriva di depressione e aveva manifestato segni di squilibrio mentale, pestava di botte lei e il fratello, e una

volta minacciò di ucciderli; tuttavia, Carmen dichiara di “amarla molto”, per quanto si senta arrabbiata con lei (anche per la morte del fratello). Dopo diverse vicissitudini, Carmen e il fratello da piccoli sono stati affidati a una casa famiglia. Carmen ha avuto una storia con un uomo molto più grande di lei, che ha lasciato da qualche mese, perché “l’ha sempre trattata come una nullità”, e inoltre non credeva di amarlo veramente; quest’uomo tutt’ora la “assilla”, la importuna e offende lei e la madre. Carmen reagisce mostrandosi sempre più distaccata da lui; inoltre, a volte si sente “aggressiva”, vorrebbe mettergli le mani addosso (anche se non riporta comportamenti violenti da parte sua). Ha avuto esperienze sessuali traumatiche. Riguardo al rapporto con gli altri in genere, Carmen afferma di aver sempre avuto delusioni in amicizia, ad esempio un’amica una volta le ha detto: “tu non sei degna di stare con me”. Da parte sua, dichiara di essere stata sempre “malfidata”: chiunque si avvicinasse, lo doveva tenere a distanza. Per quanto abbia fatto qualche amicizia, ancora oggi trova difficoltà ad aprirsi, perché ha sempre avuto una grande paura che la gente “potesse giudicarla male”. Davanti agli altri, soprattutto i coetanei maschi, non riesce a parlare, si blocca. È “come se mettesse una barriera”: quando vede che si sta attaccando, o che l’altro si sta attaccando, gli fa vedere il peggio di sé, mette un po’ di distanza tra sé e l’altro, per paura di attaccarsi e di ricevere “fregature”. Si altera subito “per separare questo rapporto”, e poi sta male perché teme che gli altri possano giudicarla per questo.

AREA CORPOREA. Carmen afferma che la sua rabbia e il suo disagio si “riversano” sul fisico. Tra i vari problemi corporei, riporta amenorrea, “bolle” sulla pelle, agitazione psicomotoria, tachicardia, debolezza, senso di oppressione (che ella stessa lega all’ansia e alla depressione), e inoltre una brutta scoliosi e una sciatalgia. A volte si sente “stanca, ma stanca, stanca, stanca, stanca”, non ha più forze, ed è costretta a mettersi a letto.

AREA REALIZZATIVA. Carmen ha avuto una vita molto travagliata e ha sperimentato disagi di ogni genere sin dall’infanzia: problemi economici, ha “dormito per un anno in un’auto”, ha vissuto senza i genitori ecc. Per questo, si “è talmente abituata al dolore e alle sofferenze che quando qualcuno fa qualcosa di bello per lei si sente a disagio”, cioè “ha paura di provare gioia”. Dichiara di non essere mai stata “felice”, neanche per un attimo, in tutta la sua vita. Si sente agitata, deconcentrata, non riesce a ricordarsi le cose (per periodi di 10-15 giorni). Riguardo al suo lavoro (un lavoro precario, in nero, che è “uno stress continuo”), vorrebbe studiare, imparare tante cose, dare il massimo. Tuttavia, non ha potuto studiare per colpa di difficoltà economiche oggettive, ma soprattutto “per scelte sbagliate” (ad esempio, avere scelto di seguire il suo ex fidanzato). Si autocommisera, non si considera molto. Per quanto riconosca di essere una “persona buona”, sente di non avere “niente da dare” nella vita. Per esempio, crede di non poter portare avanti gli studi, si sente stupida, ecc. Inoltre, si sente impotente in molte situazioni, sente di non poter fare nulla, e questo la “fa star male”.

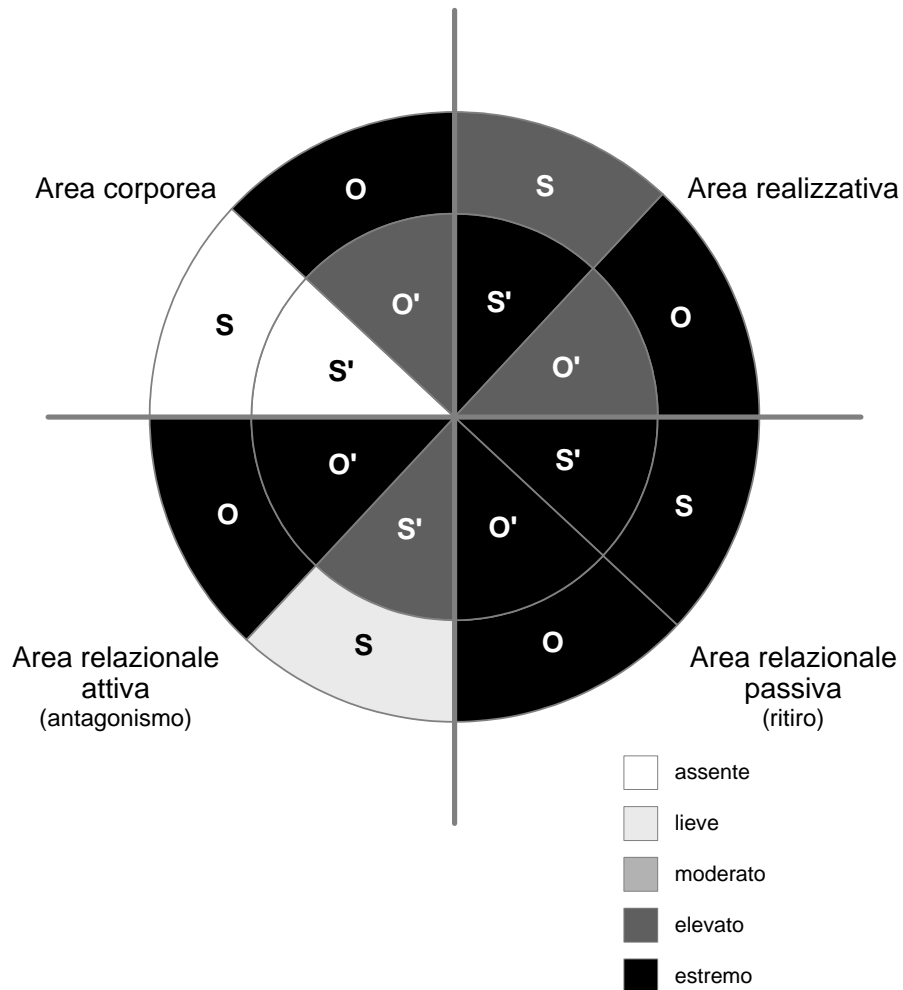


Figura 13. Carmen (sedute 1 e 2): rappresentazione grafica della MARS.

• *Discussione*

Il profilo della MARS, come si può osservare, evidenzia un quadro multiproblematico, e un indice di disequilibrio globale estremamente alto (8 su 10). Tutte le aree motivazionali della paziente sono gravemente compromesse: in particolare l'area relazionale passiva, che mostra addirittura un punteggio di 10 (ovvero, è estremamente problematica l'intera area, in tutte le sue manifestazioni soggettive e oggettive, e in relazione sia al sé che all'oggetto). Nell'area corporea, si evidenziano una serie di manifestazioni di disequilibrio corporeo (O_{cor}), che generano intenso malessere e disagio (O'_{cor}). Nell'area realizzativa, la paziente è soggetta a una serie di circo-

Studi empirici

Globale	Global Imbalance Index	8	
Parziali (aree)	Relazionale passiva	10	
	Realizzativa	9	
	Relazionale attiva	8	
	Corporea	4	
Parziali (modi)	O globale	10	
	O' globale	9	
	S' globale	7	
	S globale	5	
Tendenze	Indice di oggettualità	+ 0.22	sé
	Indice di oggettività	- 0.02	sog

Tabella 14. Carmen (sedute 1 e 2): indici MARS.

stanze (O_{rea}) che ne compromettono l'adattamento alla realtà esterna (problemi economici, disagi di ogni genere ecc.), alimentando sentimenti di ansia, insoddisfazione e infelicità (O'_{rea}). La paziente inoltre ha compiuto una serie di scelte discutibili (S_{rea}), in particolare, quella di abbandonare la scuola per l'ex fidanzato, e per questo si svaluta, si considera stupida e impotente, soffrendo molto per questo (S'_{rea}).

L'analisi dell'area relazionale evidenzia un quadro estremamente problematico, con compromissione di entrambe le sotto-aree (attiva e passiva). In particolare, la morte del fratello, il comportamento del padre (attualmente in galera) e la patologia della madre hanno rappresentato per Carmen un oggetto relazionale estremamente negativo, sia in senso attivo che passivo ($O_{rel/a}$ e $O_{rel/p}$), che genera vissuti molto intensi di ostilità, rabbia e solitudine ($O'_{rel/a}$ e $O'_{rel/p}$). Nella sfera del sé relazionale, Carmen risponde soprattutto con comportamenti e atteggiamenti di ritiro ($S_{rel/p}$ e $S'_{rel/p}$), allontanandosi dai rapporti con gli altri e provando sentimenti di insicurezza e disagio sociale. Da notare l'assenza relativa di risposte antagoniste ($S_{rel/a}$), cui tuttavia corrispondono intensi vissuti di colpa ($S'_{rel/a}$).

Gli indici di tendenza, infine, evidenziano una prevalenza di problemi provenienti dall'oggetto rispetto a quelli attribuibili al sé; vi è, invece, un equilibrio tra asse soggettivo e oggettivo.

4.5.3. Sedute 12 e 14

- *Analisi preliminare del trascritto*

AREA RELAZIONALE. Carmen, in questo periodo, non sopporta la presenza degli altri, per esempio si sente “molto irritata” dal comportamento di colleghi. Si sente nervosa, irascibile, stanca: non “sopporta più di ascoltare né i problemi né le chiacchiere degli altri”. Tutto le dà fastidio. Ritiene di “essere peggio di prima”, di essere diventata una “bestia” nel rapporto con gli altri, e questa cosa “non le piace” (tuttavia, non riporta alcun episodio concreto in merito). Ritiene di non riuscire a farsi voler bene dagli altri. Sente di restare “fredda” di fronte alle difficoltà altrui, prova indifferenza nei loro confronti. Con due amiche si è “distaccata”, e questa cosa “le dispiace”. “Sta malissimo” e si sente “delusa” dal comportamento di alcuni conoscenti. Ha conosciuto un ragazzo qualche mese fa, che la corteggia, ma lei non risponde (per quanto “forse si sta affezionando”). Adesso vive con delle amiche, ma “se stava da sola era meglio”. Soffre ancora profondamente per la morte del fratello, anzi “adesso inizia a realizzarlo davvero che non c’è più”, e ritiene che nessuno possa capirla o aiutarla in proposito. Si sente anche profondamente arrabbiata nei confronti della madre (“le darebbe un sacco di schiaffi”) e la incolpa della morte del fratello; inoltre, “ha paura di diventare come lei”

AREA CORPOREA. Carmen si sente profondamente “stressata”, e riporta una lunga serie di problemi corporei: stitichezza, colite spastica, problemi dermatologici, problemi digestivi vari, dolore alle ovaie, “fitte alla pancia”, senso eccessivo di stanchezza (“non ce la fa a restare sveglia”, “sente che il suo fisico non ce la fa”) e, soprattutto, un mal di testa che dura per giorni e giorni. Riporta anche un sogno in cui traspare la preoccupazione di aver contratto l’Aids. Inoltre, “fuma tanto” e, a differenza di un tempo, cammina poco e non fa sport, e per questo si sente in parte responsabile dei suoi problemi.

AREA REALIZZATIVA. Per Carmen questo è un periodo piuttosto difficile da un punto di vista lavorativo: fa due lavori contemporaneamente ed inoltre deve seguire la scuola. Riguardo alla scuola, va “sempre più indietro”, in quanto non riesce a seguire le lezioni e a studiare (e questa cosa la “spaventa” e la “preoccupa”). Lamenta seri problemi di concentrazione e mal di testa continui che “non le permettono di seguire”, “le fanno scordare le cose” e la rendono “distratta”. Si sente molto stanca, anche psichicamente, e avverte molto lo stress del traffico e della vita da pendolare. Ultimamente non sta più andando a scuola. Se continua, è perché sente il bisogno di “caricarsi di cose”, forse “per non pensare ad altri problemi”. Non le piace neanche uno dei lavori, e pensa che l’aver optato per esso sia stato “un errore in più” che le ha rovinato la vita. In effetti, si è “stufata” di tutto, della vita, dei sacrifici, “è stanca e basta”, e, piangendo, propone il suicidio come alternativa (“buttarsi giù da un ponte”). Si sente arrabbiata, bestemmia, per assecondare

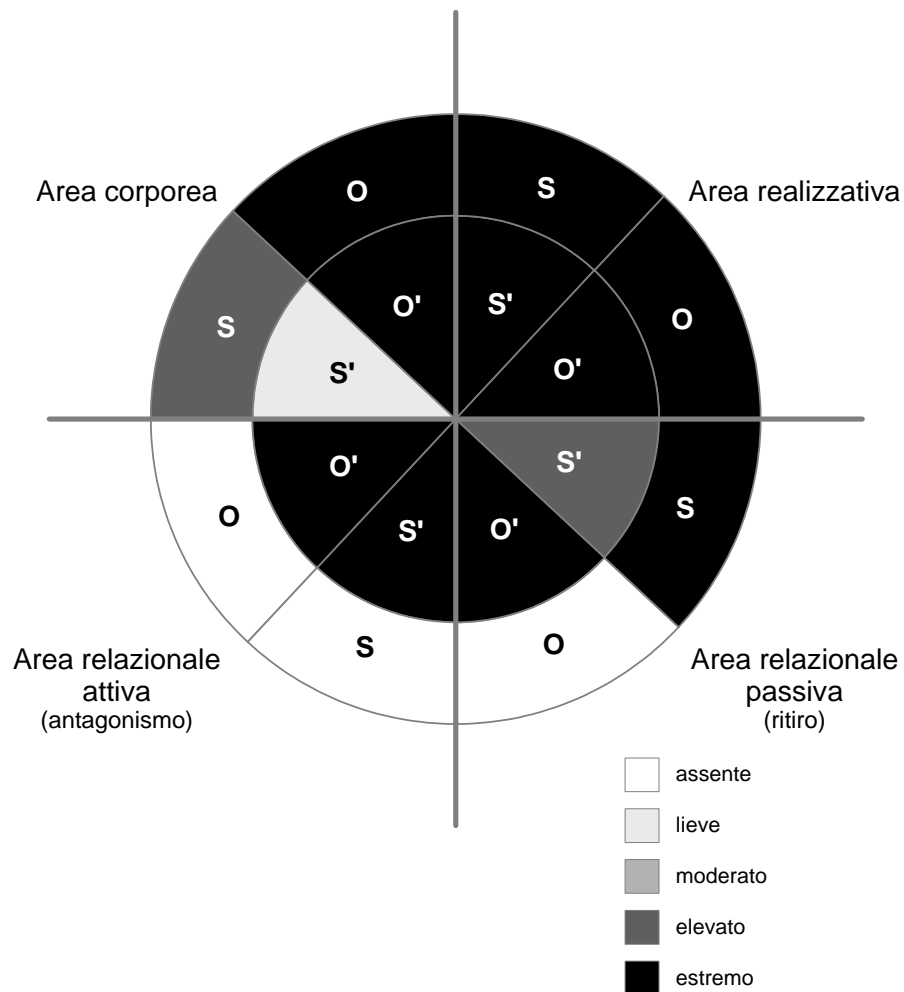


Figura 14. Carmen (sedute 12 e 14): rappresentazione grafica della MARS.

“una rabbia che ha dentro”. Non riesce a provare alcuna gioia nella vita). Pensa di essere inconcludente, di non essere riuscita ad ottenere mai niente, e pensa che lo stesso varrà anche in futuro. Ritiene che, forse, è lei stessa a cercare sconfitte, per poi autocommiserarsi. Ultimamente ha messo in atto diversi comportamenti irresponsabili, per esempio va in auto senza assicurazione, e ha provocato cinque incidenti in sette mesi.

• *Discussione*

Il profilo MARS, a distanza di dieci sedute dal precedente, evidenzia un quadro più preciso della situazione presente della paziente, a differenza di quello emerso nelle prime due sedute che risentiva del resoconto delle difficoltà incontrate nel corso dell’infanzia. L’area realizzativa appare estrema-

Studi empirici

Globale	Global Imbalance Index	7	
Parziali (aree)	Realizzativa	10	
	Corporea	8	
	Relazionale passiva	7	
	Relazionale attiva	5	
Parziali (modi)	O' globale	10	
	S' globale	8	
	S globale	7	
	O globale	5	
Tendenze	Indice di oggettualità	+ 0.02	sé
	Indice di oggettività	- 0.19	sog

Tabella 15. Carmen (sedute 12 e 14): indici MARS.

mente problematica (10); segue quella corporea (8), e infine quella relazionale passiva (7) e attiva (5). Nell'area realizzativa, emergono i numerosi problemi lavorativi ed economici, e i problemi di concentrazione che le impediscono di andare avanti (O_{rea}). Carmen reagisce a questi problemi con sentimenti di stress, rabbia, stanchezza psichica, disperazione e senso di estrema insoddisfazione per la sua vita, non escludendo la possibilità del suicidio (O'_{rea}). Inoltre, attua comportamenti decisamente irresponsabili, per esempio, gli incidenti automobilistici provocati (S_{rea}), e si considera inconcludente e senza speranza (S'_{rea}).

Nell'area corporea, ai numerosi problemi espressi in precedenza se ne aggiungono altri, in particolare un fortissimo e persistente mal di testa (O_{cor}). Da un punto di vista soggettivo (O'_{cor}) si evidenzia una sensazione di estrema stanchezza e una preoccupazione per aver contratto l'Aids. Infine, il profilo evidenzia uno stile di vita da parte della paziente (S_{cor}) che acuisce questi problemi (fumo, sedentarietà).

Nell'area relazionale, la MARS rileva una certa tendenza, da parte della paziente, a sperimentare vissuti soggettivi negativi anche in assenza di eventi o comportamenti reali concomitanti (come emerge dall'indice di oggettività negativo). Intensi sentimenti di rabbia ($O'_{rel/a}$), solitudine ($O'_{rel/p}$), colpa ($S'_{rel/a}$) e insicurezza ($S'_{rel/p}$) esprimono questo estremo disagio. Da un punto di vista manifesto, in quest'area si registra solo una certa tendenza della paziente a distaccarsi e ritirarsi dalle relazioni con gli altri ($S_{rel/p}$).

4.5.4. *Sedute 41 e 43*

• *Analisi preliminare del trascritto*

AREA RELAZIONALE. Carmen riceve la notizia di un trasferimento di lavoro di una operatrice cui “vuole davvero molto bene”. Parla dei suoi compleanni, dell'estrema tristezza che le provocano, e sta molto male (piange) per “aver messo a disagio delle persone” con il suo atteggiamento. Ritiene di non “avere nulla da dare a un ragazzo”, o a un'amica, e che “è impossibile che piaccia a una persona”. Si sente molto “confusa” e “non sa quello che vuole”. È intimidita da un ragazzo che le interessa, quando lo vede “si sente male”, “è come se avesse paura”, “si vergogna”, le “tremano le mani”. Con un altro ragazzo, per ripicca non risponde a un messaggio. Si sente “handicappata” in amore. Osserva ripetutamente che, quando viene corteggiata, tende a “farsi indietro”, “non vede l'ora di andare via”: non si vuole attaccare perché “poi ha paura di starci male”. Ritiene che se il fratello è morto è anche perché “non è riuscita a salvarlo”. È preoccupata e dispiaciuta perché non vuole far soffrire una conoscente col suo comportamento. Sul lavoro la attaccano dicendo che “sta lì senza far niente”. Prova “fastidio” nei confronti di un'altra conoscente. Reagisce in modo aggressivo quando viene tamponata in un incidente automobilistico, poi si scusa. Si sente oppressa dalla “gelosia” delle amiche e della madre nei suoi confronti, e vorrebbe restare un po' sola, avere “uno spazio suo”. Dovrebbe andare in piscina per i suoi problemi fisici, ma non lo fa perché “si vergogna” di non saper nuotare.

AREA CORPOREA. Sono ancora presenti numerosi problemi: insonnia, forti mal di testa, cervicale, scoliosi, sciatica, un'operazione al piede non riuscita, dolori alle orecchie, cali di peso improvvisi. Carmen si sente “molto demoralizzata” per questi problemi e dichiara “di soffrire molto”, di provare “molto dolore”, al punto da non riuscire neanche a lavorare. Inoltre, in questo periodo “sta fumando moltissimo”, e ritiene che in parte a questo sono dovuti i suoi problemi. A causa del lavoro, infine, non ha neanche il tempo di curarsi.

AREA REALIZZATIVA. Permangono seri problemi economici: troppe spese, “l'assicurazione scaduta”, “le hanno staccato il telefono” ecc. Riguardo a uno dei lavori che sta svolgendo, afferma che “non gradisce lavorare lì” e che vorrebbe cambiare tipo di lavoro; tuttavia, è assai indecisa a riguardo. Vorrebbe e non vorrebbe prendere il diploma, però “non sa se riuscirebbe a superare questa fatica”. Il traffico e la macchina continuano a “stressarla”. Lamenta ancora “problemi di concentrazione” e “si scorda spesso le cose”; riconosce che questo potrebbe essere motivato dal “non voler pensare”, altrimenti “troppe emozioni e poi non capisce più niente”. Al momento si sente “agitata” ed è preoccupata perché si avvicina il suo compleanno; piangendo, dichiara che per lei “le feste sono un po' troppo dure” e la “turbano”. Sente di avere troppe responsabilità nella cura della madre, e vorrebbe rinunciare alla gestione delle sue economie. Le rimproverano di esse-

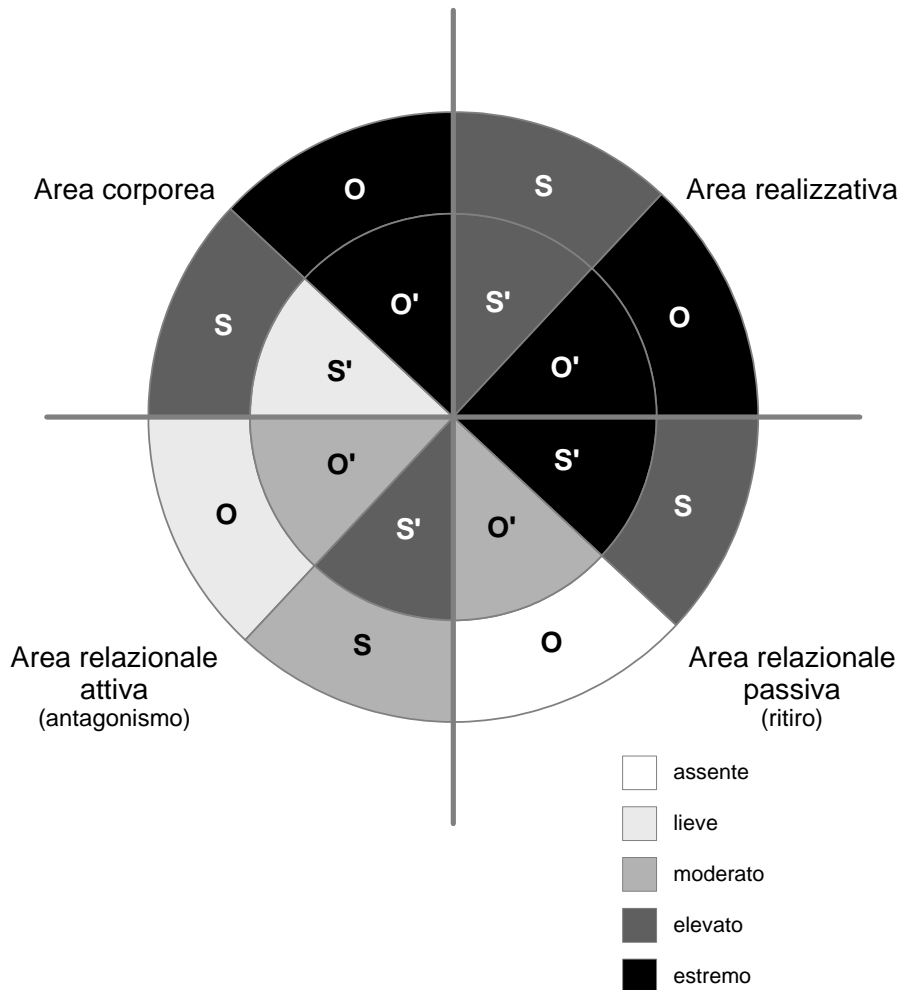


Figura 15. Carmen (sedute 41 e 43): rappresentazione grafica della MARS.

re poco oculata nelle spese. Anche a detta di amici e conoscenti, “si sta ammazzando di lavoro”, e per lei questo “è un modo per non pensare a se stessa” e “alle emozioni che prova in certe situazioni”.

• *Discussione*

In queste due sedute, l’area più problematica è quella realizzativa (9); segue quella corporea (8), infine quella relazionale. Nell’area corporea, è sostanzialmente confermato il quadro problematico emerso nelle sedute precedenti: la presenza di numerosi problemi, in particolare di forti mal di testa, ma anche insonnia, scoliosi ecc. (O_{cor}); una sensazione di estrema sofferenza e dolore fisico (O'_{cor}); uno stile di vita che acuisce questi problemi (fumo eccessivo, assenza di cure) (S_{cor}), in parte percepito dalla paziente

Studi empirici

Globale	Global Imbalance Index	7	
Parziali (aree)	Realizzativa	9	
	Corporea	8	
	Relazionale passiva	6	
	Relazionale attiva	5	
Parziali (modi)	O' globale	8	
	S globale	7	
	S' globale	7	
	O globale	6	
Tendenze	Indice di oggettualità	- 0.02	sé oggi
	Indice di oggettività	- 0.07	sog oggi

Tabella 16. Carmen (sedute 41 e 43): indici MARS.

come causa dei suoi problemi (S'_{cor}). Nell'area realizzativa si evidenzia un quadro multiproblematico, caratterizzato da seri problemi economici e difficoltà di concentrazione (O_{rea}), estrema insoddisfazione sia nel lavoro che nella vita in genere (O'_{rea}), difficoltà a gestire i suoi problemi (lavora troppo, e ciò peggiora il suo stato; inoltre, ha problemi a controllare le spese, S_{rea}) accompagnata da un senso di indecisione e di assenza di controllo, soprattutto in relazione ai suoi vissuti negativi (S'_{rea}).

Nell'area relazionale, riguardo all'oggetto resta una certa irritabilità ($O'_{rel/a}$) non commisurata a reali attacchi da parte dell'oggetto ($O_{rel/a}$); inoltre, permane il lutto per la morte del fratello ($O'_{rel/p}$). Nella sfera del sé, la paziente risponde soprattutto con vissuti di estrema indecisione e timidezza ($S'_{rel/p}$) e atteggiamenti di chiusura ($S_{rel/p}$); nella sotto-area attiva, permangono i sensi di colpa e l'ansia di non recare danno ad altri ($S'_{rel/a}$); inoltre, a differenza delle sedute precedenti, inizia anche a reagire in modo moderatamente aggressivo ($S_{rel/a}$). L'indice oggettivo negativo conferma la tendenza a sperimentare vissuti soggettivi negativi anche in assenza di eventi o comportamenti reali concomitanti.

4.5.5. Sedute 80 e 82

- *Analisi preliminare del trascritto*

AREA RELAZIONALE. Carmen si sente in colpa per aver trattato male il

ragazzo. Quest'ultimo, una sera, si addormenta mentre sta con lei, e ciò la fa "arrabbiare". Presa dall'ira, Carmen gli lascia un biglietto e se ne va; poi, il giorno dopo, lo insulta pesantemente. Promette ripetutamente a se stessa che questa volta "è finita". Poi si sente in colpa per averlo trattato male e "non capisce più niente". Del resto, "tende a trattare male le persone a cui vuole bene, lo fa anche con le amiche...". Ad ogni modo, con questo ragazzo si sente intimidita, nervosa, "strana", "estranea", e sente di "non avergli dato tutta se stessa". Reagisce all'accaduto con ostentato distacco, ma anche con "irritazione". La cosa che "la manda al manicomio" è la sua incapacità di gestire la situazione. La madre è gelosa di Carmen, e dice al suo ragazzo che è "innamorata di lui". Un altro episodio significativo è l'incontro in un supermercato con una parente del padre, che non vedeva da anni. Inizialmente fa finta di non vederla, poi, messa alle strette, "scoppia" e le rinfaccia di non essersi preoccupata minimamente della sorte del fratello, dicendole che non vuole più rivederla, perché per lei i parenti del padre "sono tutti morti". È contenta quando le riportano alcuni problemi del padre, perché "gli sta bene". Benché poi si calmi, rifiuta di dare il proprio numero di telefono alla parente. In questa occasione, avverte profondamente la mancanza del ragazzo. Gli telefona, ma lui rifiuta l'invito. Carmen teme di "scoprirsi" troppo, e si rammarica di avergli telefonato. Un altro ragazzo cerca di corteggiarla, ma lei si sente "agitata" e lo tratta con freddezza. Le fanno notare il suo distacco e la difficoltà ad esprimere emozioni. Commentando il proprio atteggiamento, Carmen dice che "si tira indietro" ed è "come se tutti sparissero". Altri problemi relazionali emergono con le amiche: "non è più disposta ad ascoltare i problemi degli altri", e quindi pensa di "stare riprendendo le persone"; in particolare, con un'amica, il rapporto "si è un po' sfasciato".

AREA CORPOREA. Nel corso di queste due sedute, non viene esplicitamente approfondita l'area corporea; tuttavia, dalle poche indicazioni in merito, emergono ancora diversi problemi corporei: in particolare insonnia e tabagismo. Carmen si sofferma, inoltre, su alcune sensazioni corporee sgradevoli: per esempio, dichiara di "essere quasi morta dal freddo", "di sentirsi stanca ma non riuscire a dormire" ecc.). Continua a fumare molto, non riesce a smettere, e inoltre non è costante nella cura dei suoi problemi fisici (per esempio, ha smesso di andare in piscina).

AREA REALIZZATIVA. Si ripresentano molti temi evidenziati nelle sedute precedenti. Carmen si sente "agitata", "carica" di responsabilità, in particolare rispetto alla madre, ma anche verso un'amica. È un periodo di esami, per lei molto stressante, e si sente "stanca". Poi scoppia a piangere, perché "non riesce a capire perché sta così male". Si sente "scoppiare". Si sente mortificata e "scavalcata" perché un'amica le anticipa dei soldi. Si sente assai "confusa", "come se stesse facendo dei passi indietro tante volte". A suo modo di vedere, il problema principale è che "non riesce ad affrontare le situazioni".

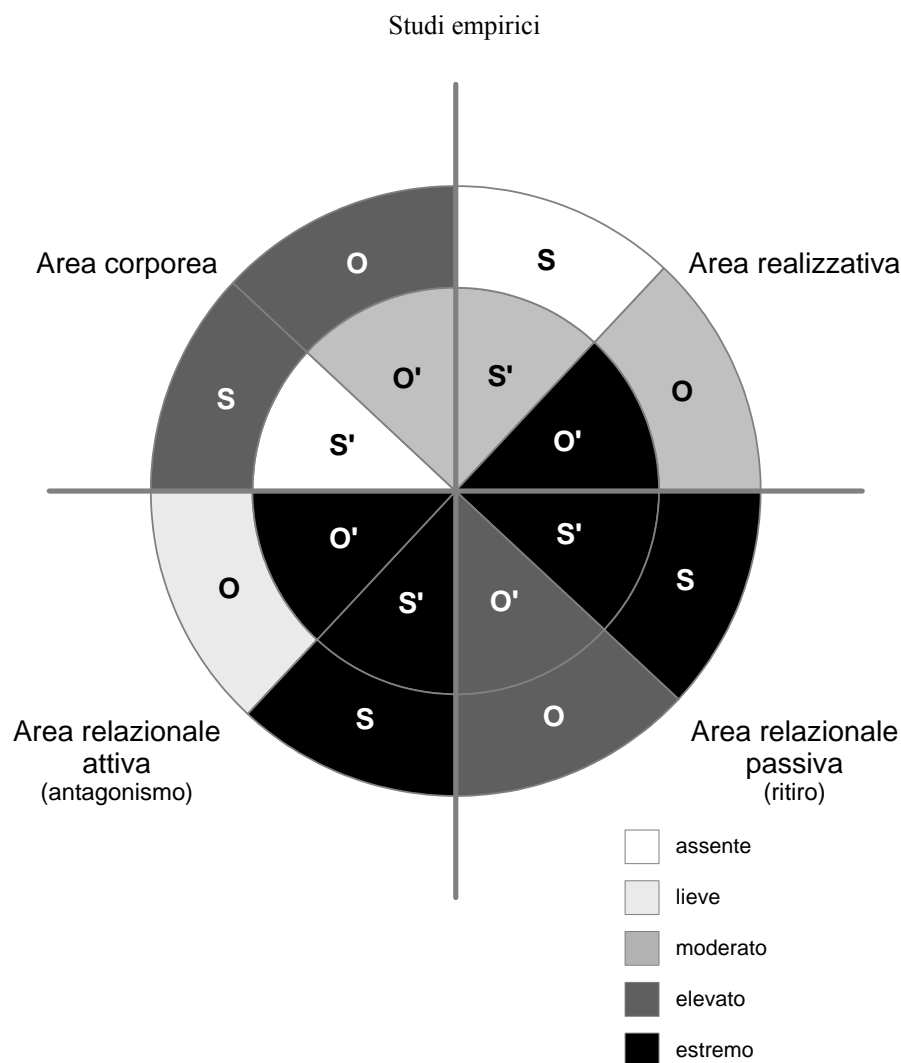


Figura 16. Carmen (sedute 80 e 82): rappresentazione grafica della MARS.

• *Discussione*

Protagonista di queste due sedute è l'area relazionale, nella sua forma attiva (8) e passiva (9). Emergono in particolare problemi relazionali nel rapporto con l'altro sesso, che al momento sembrano assorbire tutti i pensieri e le preoccupazioni della paziente. Riguardo alla sotto-area attiva, è evidenziata ancora una volta la tendenza della paziente a provare rabbia e intensa irritazione ($O'_{rel/a}$) per il comportamento altrui in genere sproporzionata all'ostilità reale dell'oggetto, pur presente ($O_{rel/a}$). Rispetto alle prime sedute, ora la paziente risponde aggressivamente anche da un punto di vista comportamentale (in particolare verbale) ($S_{rel/a}$) e poi, immancabilmente, si sente in colpa ($S'_{rel/a}$). Si evidenziano anche pattern di ritiro: la paziente si sente sola ($O'_{rel/p}$), riceve rifiuti ($O_{rel/p}$), si chiude in se stessa

Studi empirici











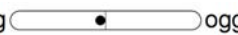
Globale	Global Imbalance Index	7	
Parziali (aree)	Relazionale passiva	9	
	Relazionale attiva	8	
	Corporea	5	
	Realizzativa	5	
Parziali (modi)	O' globale	8	
	S globale	7	
	O globale	6	
	S' globale	6	
Tendenze	Indice di oggettività	+ 0.02	sé  oggi
	Indice di oggettività	- 0.07	sog  oggi

Tabella 17. Carmen (sedute 80 e 82): indici MARS.

($S_{rel/p}$) e si sente insicura e a disagio ($S'_{rel/p}$) (per quanto l'ordine non sia necessariamente questo).

Nell'area realizzativa emergono ancora una volta problemi economici e scolastici (O_{rea}) e, soprattutto, una sensazione di estremo disagio, angoscia e insoddisfazione (O'_{rea}). L'alto punteggio di S'_{rea} registra, infine, l'insicurezza e l'indecisione della paziente sul da farsi.

Il punteggio relativamente moderato dell'area corporea è legato probabilmente all'assenza di un approfondimento adeguato più che a un reale miglioramento. Ad ogni modo, è confermata la presenza di problemi corporei (insonnia, dipendenza da tabacco, O_{cor}), di sensazioni corporee sgradevoli (O'_{cor}) e di uno stile di vita trascurato (S_{cor}).

4.5.6. Considerazioni sull'andamento delle aree motivazionali nel corso delle sedute

Dal confronto delle quattro fasi della psicoterapia di Carmen analizzate in dettaglio in questo paragrafo, è possibile avanzare alcune considerazioni estremamente interessanti sull'andamento della psicoterapia. Probabilmente, la possibilità di verificare i cambiamenti nelle aree motivazionali, a diversi livelli (soggettivo e oggettivo, sé e oggetto), rappresenta una delle applicazioni più promettenti della MARS. Possiamo innanzitutto prendere in

esame l'andamento dei punteggi di disequilibrio globale (Figura 17). Notiamo che in tutte le fasi della psicoterapia questo indice tende ad attestarsi a livelli piuttosto elevati (7), e a restare costante. Si tratta senz'altro di un dato significativo; tuttavia, un'analisi superficiale dei dati, che si limitasse solo a questo grafico, potrebbe concludere che non si è verificato alcun cambiamento nella paziente. In realtà, per avere informazioni più precise, dobbiamo rivolgerci all'analisi dell'andamento degli indici parziali. Dall'analisi di questi grafici (Figura 18), emerge chiaramente la tendenza delle aree motivazionali della paziente ad *alternarsi* tra loro, in modo mutualmente esclusivo. L'area relazionale, nella forma sia attiva che passiva, è presente soprattutto nella prima e nell'ultima fase del periodo di psicoterapia considerato, mentre quelle realizzativa e corporea compaiono soprattutto nelle fasi centrali. Una possibile interpretazione è rappresentata dal condizionamento degli eventi esterni, che possono favorire l'insorgere di problemi in determinate aree: la morte del fratello nel primo blocco di sedute (area relazionale), i problemi lavorativi e di salute nei due blocchi centrali (area realizzativa e corporea) e, infine, i problemi sentimentali (area relazionale). A livelli di disequilibrio così alti, non si riesce ad affrontare tutti i problemi, e ci si deve limitare a quelli più pressanti e stimolati da evenienze esterne.

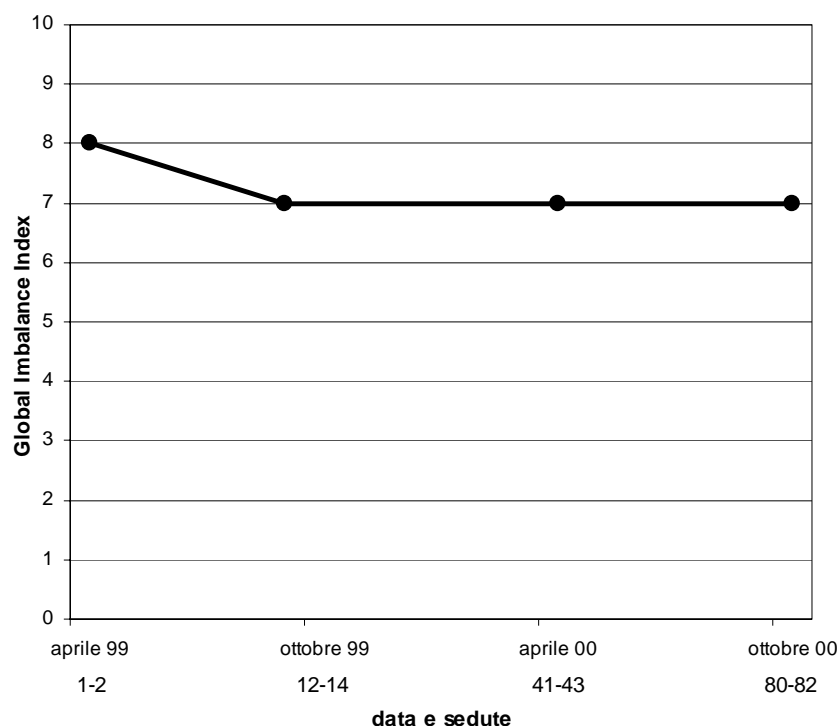


Figura 17. Carmen: andamento del Global Imbalance Index.

Studi empirici

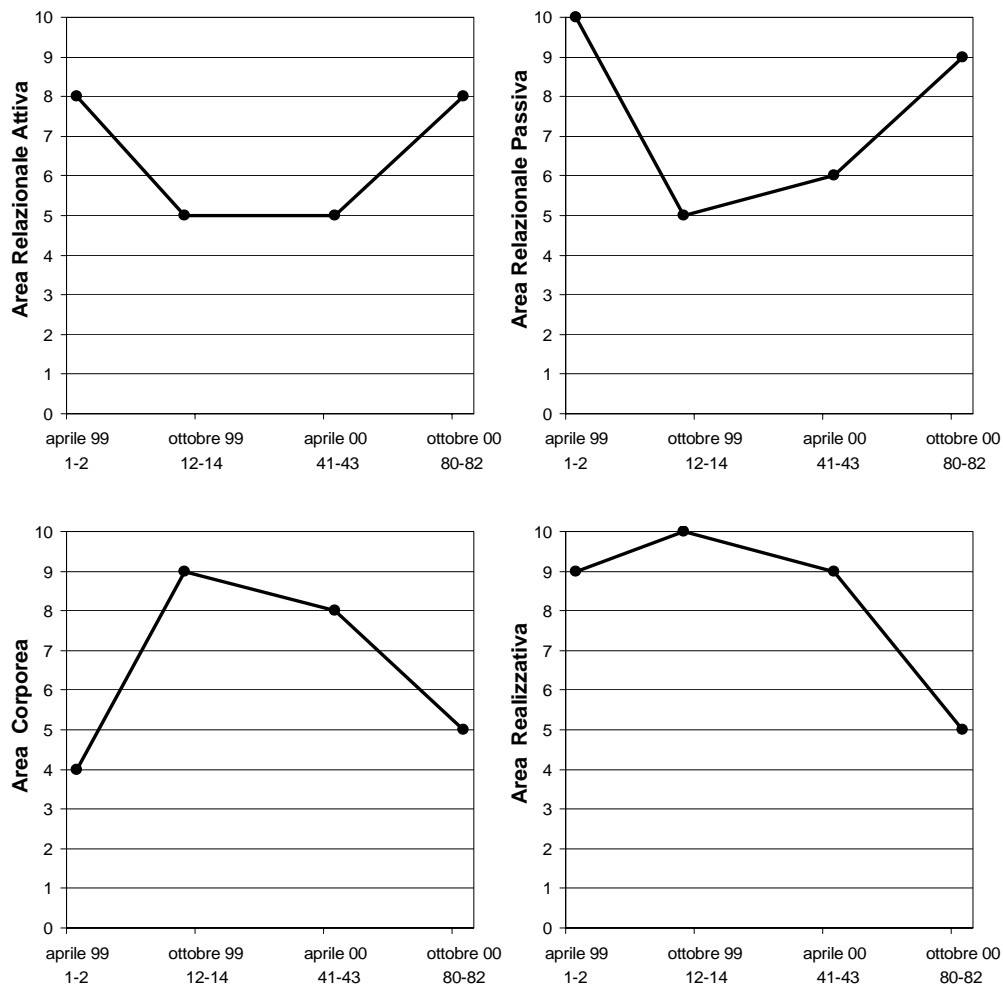


Figura 18. Carmen: andamento degli indici parziali (aree).

Possiamo, inoltre, considerare l'andamento degli indici relativi ai modi (Figura 19). Particolarmente eloquente è l'andamento di O globale: all'inizio, altissimo (10), poi si attesta intorno al punteggio di 5. In altri termini, gli eventi problematici e traumatizzanti che hanno influenzato il passato di Carmen, registrati in fase diagnostica, tendono a divenire meno salienti. D'altra parte, a questo andamento non corrisponde una diminuzione in O', che anzi tende ad essere costante, attestandosi su valori molto alti; vale a dire, la paziente ha "appreso" a vivere le situazioni in un certo modo, e continua a manifestare vissuti negativi di ansia, dolore e rabbia, anche in assenza di eventi reali negativi. Interessante è anche l'andamento di S, che si innalza dopo la fase diagnostica e tende a restare costante, a livelli piuttosto alti: in ogni area, la paziente contribuisce, con il suo comportamento, a peggiorare il suo stato e i suoi problemi. Infine, S', che rappresenta i vissuti

Studi empirici

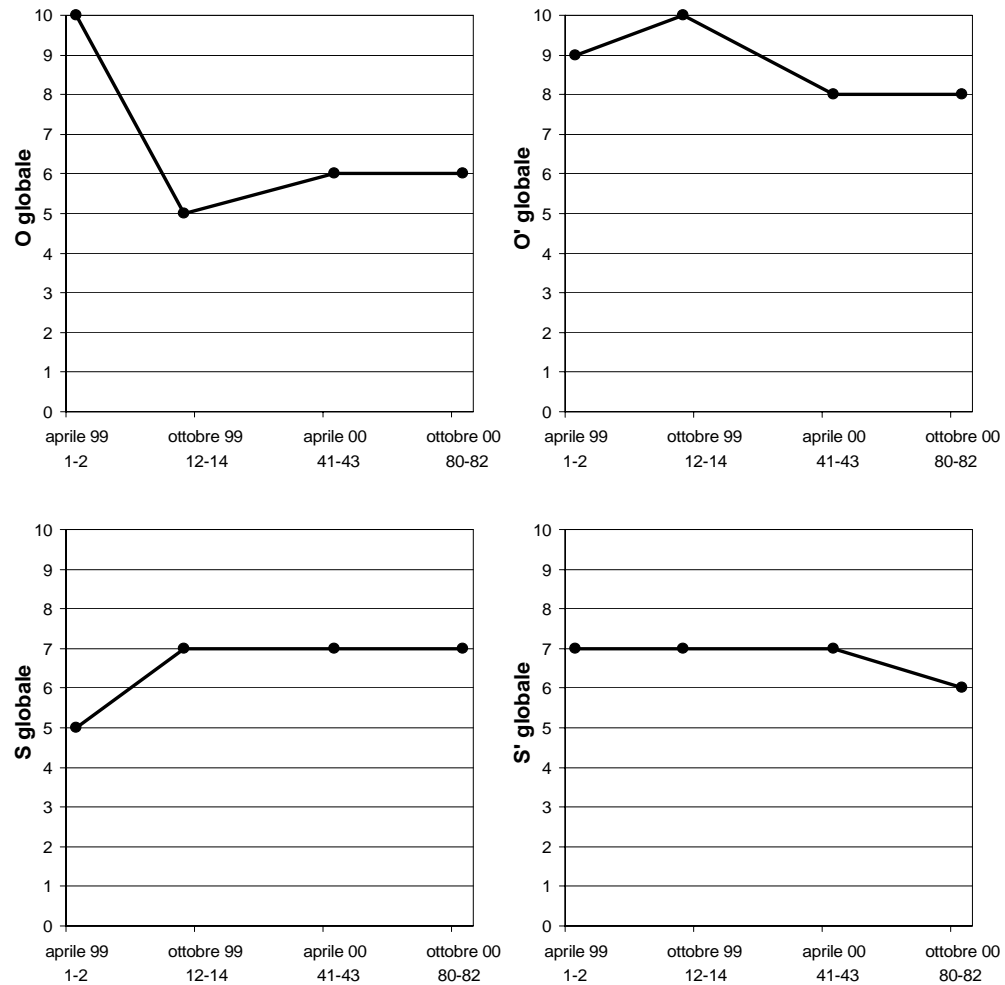


Figura 19. Carmen: andamento degli indici parziali (modi).

di insicurezza e di colpa, tende ad accompagnare, in modo costante, le diverse fasi della psicoterapia.

Dall'esame degli indici di oggettualità e di oggettività (Figura 20 e 21) emergono altre considerazioni. L'indice di oggettualità è positivo inizialmente, poi tende allo 0 (equilibrio tra sé e oggetto). In effetti, questo dato conferma l'impressione che, se inizialmente la fonte dei problemi di Carmen è rappresentata soprattutto dall'ambiente esterno, in seguito il comportamento e l'atteggiamento della paziente tende ad avere un ruolo sempre più saliente nella genesi dei suoi problemi e della sua sofferenza. L'indice oggettivo, costantemente negativo, conferma una certa ipersensibilità della paziente, e la tendenza a sperimentare vissuti soggettivi negativi anche in assenza di eventi o comportamenti reali concomitanti.

Può essere infine interessante analizzare in dettaglio l'andamento dei

Studi empirici

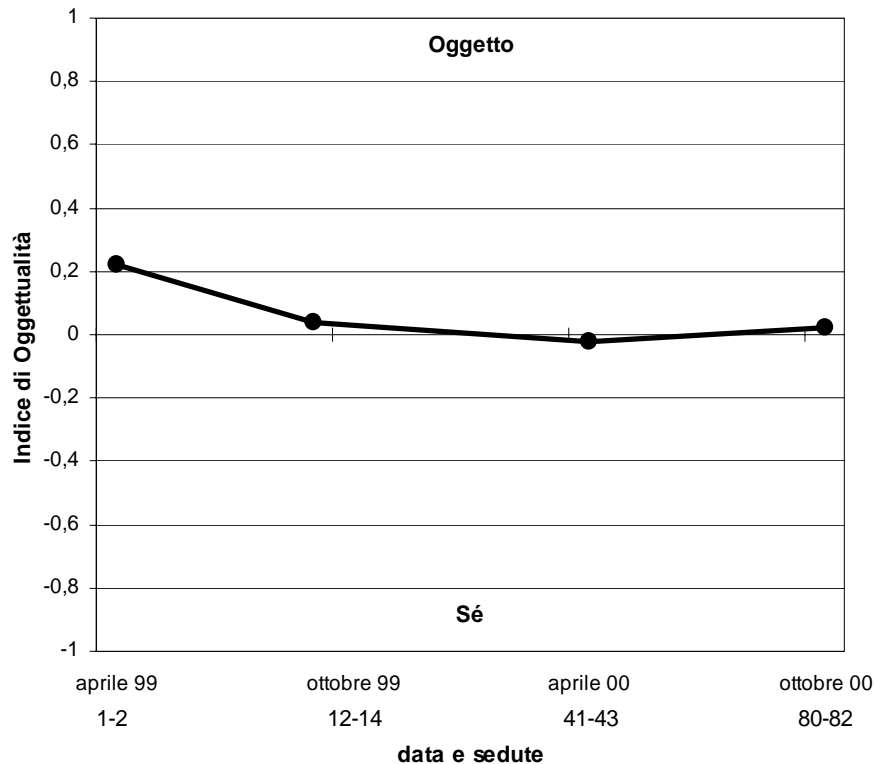


Figura 20. Carmen: andamento dell'indice di oggettualità.

singoli item nel corso delle sedute. Nella figura 22 si è cercato di rappresentare visivamente le oscillazioni presenti nelle varie aree e nei vari modi. In particolare, possiamo registrare alcune tendenze più rilevanti.

Innanzitutto, possiamo notare che vi è una diminuzione di $O_{rel/a}$: nel presente, la paziente non è più soggetta alle violenze e agli abusi (psichici e fisici) che ha subito nell'infanzia e in adolescenza. Nell'immediato presente, ciò non si è tradotto in una effettiva diminuzione dei vissuti soggettivi di ostilità e ritiro, ma è ragionevole presumere che, con il sostegno del terapeuta, l'assenza di comportamenti reali ostili possa contribuire a un miglioramento di questi vissuti. Parallelamente alla diminuzione di $O_{rel/a}$, osserviamo un andamento crescente di $S_{rel/a}$: la paziente inizia ad agire nelle sue relazioni i suoi sentimenti di rabbia. Questa tendenza andrà seguita attentamente, soprattutto in relazione agli effetti che potrà avere su $O'_{rel/a}$ (rabbia) e $S'_{rel/a}$ (senso di colpa). Nell'area relazionale, infine, assistiamo a una lieve diminuzione di $O'_{rel/p}$, per quanto la paziente sia ancora estremamente reattiva a ogni ritiro da parte di oggetti esterni ($O_{rel/p}$).

Nell'area corporea, non si registrano particolari cambiamenti. Potrebbe essere utile, a riguardo, sostenere maggiormente il senso di consapevolezza, da parte della paziente, di essere in qualche modo co-responsabile dei propri problemi fisici (S'_{cor}), e incoraggiare l'adozione di uno stile di vita più sano (S_{cor}).

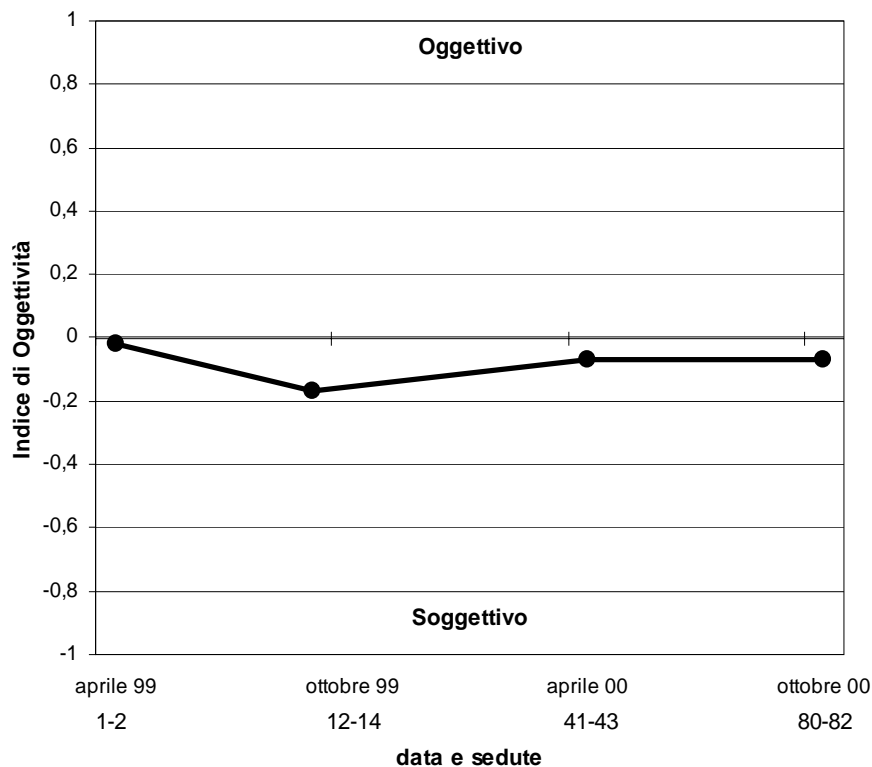


Figura 21. Carmen: andamento dell'indice di oggettività.

Infine, nell'area realizzativa, permangono in modo costante problemi obiettivi che ostacolano l'adattamento della paziente alla realtà esterna (O_{rea}). Qualche segnale positivo di cambiamento è osservabile nel modo in cui la paziente si assume le proprie responsabilità (S_{rea}) e nel suo senso di sicurezza (S'_{rea}), ma questa tendenza andrebbe confermata.

4.5.7. *Discussione*

Questo studio ha cercato di indagare la sensibilità della MARS nel registrare i cambiamenti che si verificano nel corso del processo terapeutico. Il caso di Carmen, particolarmente complesso, ha dimostrato, in via preliminare, che questo strumento è in grado di tener conto sia di quegli aspetti comportamentali e ambientali particolarmente sensibili al cambiamento, sia dei pattern e dei tratti psichici che tendono invece ad essere costanti e più lenti a modifiche. La suddivisione in tre aree motivazionali e in quattro modi fondamentali si è mostrata sufficientemente adeguata a rappresentare i principali aspetti problematici riportati nelle sedute. Inoltre, è emersa in modo particolarmente evidente una certa sensibilità della scala alla pervasività con cui un certo problema è riportato nel corso delle sedute (come avviene

Studi empirici

area	modo	04/99 1-2	09/99 12-14	04/00 41-43	10/00 80-82	tenden- denza	commento
Area Relazionale Attiva	O	■	□	■	■	>	In fase diagnostica sono riportate violenze e abusi subiti in passato. Nel presente non emergono problemi particolari.
	O'	■	■	■	■	=	Intensi vissuti di odio, rabbia e fastidio rivolti verso gli altri, che si presentano in modo costante e pervasivo.
	S	■	□	■	■	<	Inizialmente, la p. tende a tenersi dentro la propria rabbia; poi inizia ad agire comportamenti ostili (verbali).
	S'	■	■	■	■	=	Intensi vissuti di colpa, che permangono in modo costante nel corso delle sedute.
Area Relazionale Passiva	O	■	□	□	■	>	Nella prima fase è riportata la morte del fratello e l'ambiente familiare carente, poi soprattutto rifiuti sentimentali.
	O'	■	■	■	■	>	Vissuti di solitudine, all'inizio molto intensi (in relazione alla morte del fratello), poi qualche miglioramento.
	S	■	■	■	■	=	Marcata tendenza a ritirarsi e distaccarsi dai rapporti con gli altri, costante nel corso del trattamento.
	S'	■	■	■	■	=	Vissuti di insicurezza e disagio nel gestire le relazioni sociali, costanti nel corso del trattamento.
Area Corporea	O	■	■	■	■	=	Problemi corporei intensi e numerosi, che si manifestano in modo pervasivo nel corso del trattamento.
	O'	■	■	■	■	>	Sensazioni di dolore e malessere corporeo, più evidenti nelle sedute centrali.
	S	□	■	■	■	=	Stile di vita che tende ad acuire i problemi corporei della p. nel corso del trattamento.
	S'	□	■	■	□	=	Consapevolezza del proprio ruolo nella genesi dei problemi corporei, che si manifesta sporadicamente.
Area Realizzativa	O	■	■	■	■	=	Numerosi problemi lavorativi, scolastici, economici e psichici che si presentano in modo costante.
	O'	■	■	■	■	=	Vissuti di ansia, insoddisfazione e profonda infelicità che si manifestano in modo costante.
	S	■	■	■	□	>	Atteggiamento poco "responsabile" nel corso delle prime sedute, poi qualche lieve miglioramento.
	S'	■	■	■	■	>	Intensi vissuti di insicurezza e auto-commiserazione nel lavoro e nella vita, con qualche lieve miglioramento.

Figura 22. Carmen: confronto tra punteggi ai singoli item nelle varie sedute.

in altri strumenti che studiano il processo terapeutico, come ad esempio il CCRT). Per quanto non sia possibile trarre conclusioni definitive sulle qualità psicometriche dello strumento a partire dall'analisi di un singolo caso clinico, è possibile comunque apprezzare alcune sue qualità: in particolare, la sensibilità al cambiamento, la relativa semplicità di impiego (se rapportata alla complessità e alla quantità di dati che è possibile ricavare), la possibilità di rappresentare quantitativamente e confrontare variabili di diverso tipo (comportamenti, eventi, vissuti soggettivi ecc.). Per quanto riguarda il caso di Carmen, è in corso uno studio più approfondito, su un numero maggiore di sedute, teso a confrontare l'andamento degli indici MARS con quello di altri strumenti di misurazione e di codifica del processo terapeutico, al fine di ottenere ulteriori dati sulla validità convergente dello strumento.

Conclusioni

La MARS è il risultato di un percorso di ricerca durato tre anni, aperto a continue revisioni e ridefinizioni, e dunque è uno strumento complesso e dinamico, quanto i suoi oggetti di studio – la persona e il suo disagio. Nel corso del dottorato, la scala è stata perfezionata da un punto di vista teorico, clinico e psicometrico, ed è stata progressivamente “modellata” per adattarsi a diverse finalità di ricerca e applicative, in particolare alla definizione della diagnosi, alla valutazione del risultato e allo studio del processo in psicoterapia. Non è semplice integrare la complessità dell’approccio clinico con il rigore della ricerca empirica, la diagnosi descrittiva con la formulazione del caso clinico a orientamento psicodinamico, i vantaggi delle scale di autovalutazione con quelli delle scale di eterovalutazione, l’esigenza della validità con quella dell’attendibilità e della praticità d’impiego. Questo strumento rappresenta un contributo in tali direzioni, per quanto non sia possibile, in questa fase preliminare, avanzare considerazioni conclusive circa le sue qualità cliniche e psicometriche.

Sono stati condotti alcuni studi empirici a riguardo, riportati in questa dissertazione, che hanno fornito dati preliminari sull’applicabilità dello strumento a fini sia diagnostici – quale metodo di valutazione degli aspetti strutturali e dinamici del funzionamento psichico del paziente – che terapeutici – come mezzo di rilevazione dei cambiamenti nel corso del processo terapeutico. In particolare, pur nei limiti metodologici legati al ristretto numero di casi clinici e sedute analizzati, sono emerse alcune indicazioni su a) le proprietà psicometriche della MARS (attendibilità, sensibilità, validità e praticità di impiego); b) gli aspetti statistici; c) le implicazioni teorico-cliniche.

Passerò brevemente in rassegna questi punti, soffermandomi su ciò che è stato fatto e ciò che resta da fare.

a) *Proprietà psicometriche*

- *Affidabilità degli item.* La MARS è poggiata su una serie di costrutti teorici fortemente caratterizzati dal punto di vista clinico, ma anche su pro-

Conclusioni

cedure empiriche rigorose. Il processo di costruzione di tali item ha fatto costante riferimento a specifiche ricerche empiriche e procedure statistiche, che, coerentemente con le scelte teoriche, hanno cercato di affinare i “descrittori” relativi alle singole aree motivazionali e ai “modi fondamentali” che le caratterizzano. Nel I studio è stata condotta un’analisi preliminare di questo tipo su un campione di potenziali descrittori, che sono stati applicati ad alcuni trascritti clinici da parte di 57 giudici indipendenti. L’*inter-rater reliability* nella codifica attraverso questo elenco preliminare di item si è mostrato nel complesso più che soddisfacente, oscillando, in termini di coefficiente di accordo kappa, tra 0.52 e 0.75. Soprattutto, questo studio ha permesso di evidenziare i descrittori su cui vi era maggior accordo e che risultavano ai giudici più comprensibili, da cui si è partiti per la costruzione della versione definitiva della scala, costituita dagli attuali 16 item.

- *Affidabilità della scala.* La scala, nella sua versione attuale, è stata quindi applicata a 10 trascritti di sedute psicoterapeutiche da parte di 4 giudici indipendenti (II Studio). L’accordo tra i giudici, espresso nei termini del coefficiente alfa di Cronbach, si è mostrato eccellente per una scala di eterovalutazione (considerando la relativa “inesperienza” dei giudici), oscillando da $\alpha=0.85$ a $\alpha=0.94$. Si è evidenziato, in questa ricerca, che non è indispensabile sottoporsi a un lungo training né possedere una lunga esperienza clinica per poter usare la MARS; tuttavia, si è rilevato utile, ai fini dell’implementazione dell’accordo tra i giudici, un confronto tra i giudici al termine delle sedute.

- *Sensibilità diagnostica.* Questo tipo di sensibilità si riferisce alla capacità dello strumento di discriminare i pazienti dai non pazienti, e diverse categorie di pazienti tra loro. Pur nei limiti metodologici rappresentati dal ristretto numero di casi considerati, il III Studio ha fornito interessanti indicazioni preliminari sulla capacità della MARS di discriminare tra pazienti con diverse psicopatologie. Pazienti con un diversa diagnosi al DSM, e con un diverso CCRT, mostrano in fase diagnostica profili MARS sostanzialmente differenti. Occorreranno studi più approfonditi, condotti su un campione più vasto di pazienti, per stabilire a quali fattori sono legate queste differenze (si tratta evidentemente di un problema che riguarda anche la validità convergente dello strumento).

Non si possiedono ancora, invece, dati sull’attitudine dello strumento a discriminare tra presenza e assenza di patologia, e sui punteggi di *cut-off* da prendere in considerazione nel profilo diagnostico: si tratta di un aspetto che, evidentemente, andrà al più presto affrontato in studi specifici (tesi al confronto tra un campione di soggetti “normali” e uno di pazienti cui sono stati diagnosticate diverse psicopatologie, e alla rilevazione di differenze significative nei vari indici MARS tra i due gruppi).

Conclusioni

- *Sensibilità al cambiamento nel corso delle sedute.* In questa seconda accezione, per “sensibilità” si intende la reattività dello strumento ai cambiamenti nel corso del processo terapeutico. Non è sempre auspicabile che uno strumento mostri un'estrema sensibilità (Conti, 2002): è evidente, per esempio, che una scala che misura “tratti” psichici non dovrà necessariamente essere sensibile a ogni minima variazione, rispetto a una che invece misuri le oscillazioni tra diversi “stati” psichici. Il campo di azione della MARS spazia da variabili estremamente mutevoli a fattori più costanti nel tempo. Questo aspetto è stato indagato nel IV Studio. Il caso di Carmen, particolarmente complesso, ha dimostrato, in via preliminare, che questo strumento è in grado di tener conto sia di quegli aspetti comportamentali e ambientali particolarmente sensibili al cambiamento, sia dei pattern e dei tratti psichici che tendono invece ad essere costanti e più lenti a modifiche. Nell'analisi di questo caso clinico, alcuni item si sono mostrati stabili a distanza di mesi; altri hanno registrato sensibili cambiamenti (soprattutto gli item “oggettivi”, meno quelli “soggettivi”). Questa tendenza, per inciso, confermerebbe l'ipotesi della “pervasività” del tema relazionale evidenziata da Luborsky e coll. (Luborsky, Crits-Christoph, 1990, p. 180; vedi anche capitolo I), secondo cui i vissuti soggettivi (in particolare i desideri) del soggetto tendono a restare costanti, mentre a cambiare sarebbero le modalità comportamentali di risposta del sé e dell'oggetto, che da negative tenderebbero a divenire positive. Anche in questo caso, sono necessari ulteriori studi a conferma di questa ipotesi.

- *Validità concorrente.* Questa proprietà psicometrica presuppone una valutazione comparativa dello strumento con altre misure riconosciute come efficaci e con le quali ci si aspetta vi sia una correlazione (per quanto, nel nostro ambito, siano tutt'altro che comuni misure di confronto pienamente affidabili). Quest'aspetto è indagato in uno studio ancora in corso (non presentato in questa tesi), in cui i punteggi della MARS sono confrontati con quelli di altri strumenti (in particolare il CCRT, l'OPD e la SWAP-200) e con giudizi clinici, sia per trascritti relativi alla fase diagnostica che per il decorso terapeutico. Un altro aspetto fondamentale che sarà preso in considerazione in questo e nei prossimi studi sarà il ruolo della relazione tra *terapeuta* e paziente nell'evoluzione delle aree motivazionali, valutato con strumenti specifici (in particolare, l'IVAT, l'*Indice di Valutazione dell'Alleanza Terapeutica*; Colli, Lingiardi, 2002).

- *Praticità ed economicità di impiego.* Quest'aspetto, talvolta sottovalutato nel campo della ricerca in psicoterapia, è invece stato tenuto in gran conto nello sviluppo della MARS. Proprio per rispondere a questa esigenza, si è passati dalla prima versione dello strumento, basata sulla codifica di centinaia di unità narrative, all'attuale versione, che richiede una valutazione globale delle sedute psicoterapeutiche. Si è cercato in ogni modo di ot-

Conclusioni

timizzare la necessità di uno strumento facile da usare e da interpretare con la complessità del suo campo di indagine, in modo da renderlo adatto a concrete applicazioni cliniche, e non una costruzione astratta e incomprensibile. In effetti, in rapporto alla complessità e alla quantità di dati che è possibile ricavare dalla MARS, essa si è mostrata, nei primi studi, molto semplice da apprendere e da utilizzare (non solo da esperti clinici, ma anche da studenti universitari e altri operatori nel campo della salute mentale). Non richiede un lungo training come altri strumenti, ma solo pochi incontri di verifica dopo le varie applicazioni. I tempi di codifica sono relativamente brevi: se si esclude la lettura preliminare del caso – che ovviamente, come in ogni altro strumento di eterovalutazione, può richiedere anche alcune ore – l'assegnazione dei punteggi agli item necessita di pochi minuti. Il foglio-guida allegato, infine, nella sua sinteticità, si è in genere mostrato esaustivo a chiarire eventuali dubbi interpretativi.

b) *Aspetti statistici*

La MARS fornisce punteggi a livello parametrico, consentendo un agevole confronto tra i pazienti (e tra i diversi momenti di una stessa analisi) attraverso le tecniche statistiche più comuni. A differenza di altri metodi utilizzati nella diagnosi e nello studio del processo terapeutico (per esempio l'asse I e II del DSM-IV, il CCRT e alcuni assi dell'OPD), la MARS consente di rappresentare numericamente il grado di disequilibrio delle aree motivazionali del paziente, consentendo di ottenere dati comparabili e valutare l'andamento di questi parametri nel corso delle sedute. I diversi indici permettono di osservare da diverse prospettive e quantificare il livello di funzionamento del paziente. Naturalmente, quest'approccio quantitativo non esclude valutazioni e interpretazioni di tipo clinico, promosse anche dalle numerose rappresentazioni grafiche in grado di fornire un quadro immediato e visivamente efficace delle aree motivazionali più problematiche e, al loro interno, delle modalità più salienti. In tal modo è possibile ottenere un quadro immediato dell'organizzazione del sé in rapporto al mondo esterno, e dal modo in cui si pone secondo configurazioni tipiche ed evolve nel tempo.

c) *Implicazioni teoriche e cliniche*

Una delle caratteristiche principali della MARS è legata al costante riferimento a una serie di costrutti teorici che si offrono come misure operative di importanti aspetti del processo terapeutico: le aree motivazionali, i modi fondamentali, il concetto di disequilibrio sistemico ecc. L'interscambio tra teoria, clinica e ricerca empirica ha caratterizzato l'intero processo di costruzione dello strumento. Nella definizione degli item, ad esempio, si è

Conclusioni

cercato di conciliare i principi *teorici* sottostanti lo strumento con i dati *empirici* provenienti da studi condotti su casi *clinici*. A questo sforzo, probabilmente, si deve la particolare conformazione simmetrica della scala, ma anche il ricorso ad un impianto teorico che può trovare concrete applicazioni in campo clinico. La suddivisione in tre aree motivazionali si è mostrata non solo più adeguata ad essere operazionalizzata negli studi preliminari condotti sulla scala, ma anche più aderente ai temi concreti discussi nella stanza d'analisi, rispetto ad altre classificazioni più astratte e "distanti". Anche l'analisi dei quattro "modi" fondamentali, elaborati a partire dai diversi significati che gli "oggetti" possono assumere nelle nostre vite, offre all'analista una serie di coordinate che possono guidarlo nel suo lavoro, in particolare nell'analisi delle configurazioni tipiche e ricorrenti e nella loro evoluzione nel corso delle sedute.

La MARS è una scala di valutazione del quadro psicopatologico globale del paziente, che prende in considerazione una vasta gamma di problemi (relazionali, sociali, personali, sessuali, lavorativi, corporei ecc.), offrendo un quadro schematico ma sufficientemente completo delle esperienze, degli stati mentali e dei comportamenti significativi del paziente, nei termini della dinamica tra sé e oggetto, e da un punto di vista sia soggettivo che oggettivo. Rispetto ad altri strumenti diagnostici e di valutazione – in particolare il DSM-IV e il CCRT – la MARS offre un quadro più vasto e variegato, pur mantenendosi nei limiti della praticità di impiego. Negli studi preliminari, la MARS ha mostrato, rispetto al DSM, una maggiore tendenza ad approfondire gli aspetti relazionali e i vissuti esperienziali; diverso è poi l'approccio alla diagnosi, non inquadrata secondo i criteri canonici dei sistemi descrittivi, ma volta a delineare, in senso più psicodinamico, un quadro degli aspetti problematici presenti nelle aree motivazionali del paziente. Rispetto al CCRT (orientato soprattutto verso l'area relazionale, come si è visto), la MARS prende in considerazione altri campi di esperienza, come quello realizzativo e corporeo; inoltre, il numero esiguo di item (16) la rende poco soggetta a sovrapposizioni semantiche, che invece caratterizzano, in fase di codifica e interpretazione, le categorie standard del CCRT.

In generale, la MARS si differenzia dalla maggior parte delle scale di eterovalutazione psichiatriche in quanto non prende in considerazione solo i sintomi manifesti del paziente, o le condizioni in cui vive, ma anche il modo in cui egli sperimenta, da un punto di vista cognitivo-affettivo, questi comportamenti e questi eventi. In tal senso, la peculiarità dello strumento (codifica da parte un giudice del trascritto di un colloquio in cui il paziente parla di se stesso) consente di integrare la valutazione della gravità dei sintomi e dell'adattamento all'ambiente (in genere indagate dalle scale di eterovalutazione) con la rilevazione dei vissuti soggettivi e dello stato di disagio del paziente (in genere espresso nelle scale di autovalutazione). L'ampiezza del campo di analisi della MARS richiede tuttavia una quantità di "materiale" clinico adeguato: i primi studi hanno evidenziato la necessità

Conclusioni

di due-tre sedute consecutive per poter disporre di un quadro abbastanza completo delle aree motivazionali del paziente.

È stato osservato, negli studi preliminari, che l'approccio "ad ampio spettro" della MARS la rende particolarmente adatta alla valutazione di quadri clinici complessi, in cui i pazienti presentano condizioni di comorbidità, per i quali risulta in genere problematico e/o limitativo l'impiego di strumenti settoriali. La MARS può essere utilizzata sia come strumento di screening che come metodo di rilevazione dei cambiamenti nel tempo. Ulteriori possibilità applicative potranno venire, in futuro, dallo sviluppo di versioni specifiche dello strumento (in particolare la MARS-T, un'intervista semistrutturata condotta dal terapeuta, e la MARS-A, un questionario di autovalutazione compilato dal paziente), che potranno accompagnarsi all'attuale scala di eterovalutazione.

Riferimenti bibliografici

- Abbagnano N. (1998), *Dizionario di filosofia*, 3^a ed. riveduta e ampliata da G. Fornero, UTET, Torino.
- Agresti A. (1992), Modelling patterns of agreement and disagreement, *Statistical Methods in Medical Research*, 1, 201-218.
- American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed., Author, Washington, DC. Trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi psichiatrici*, Masson, Milano, 1983.
- American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed. revised, Author, Washington, DC. Trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi psichiatrici*, Masson, Milano, 1988).
- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., Author, Washington, DC. Trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi psichiatrici*, Masson, Milano, 1996.
- American Psychiatric Association, Commission on Psychotherapies (1982), *Psychotherapy research. Methodological and efficacy issues*, Author, Washington, DC.
- Ammaniti M. (1989) (a cura di), *La nascita del sé*, Laterza, Roma-Bari.
- Andrews G. (1993), The benefits of psychotherapy, in N. Sartorius, G. de Girolamo, G. Andrews, G. A. German, L. Eisenberg (a cura di), *Treatment of mental disorders. A review of effectiveness*, American Psychiatric Press, Washington, DC, 235-247.
- Arlow J. (1982), Psychoanalytic education. A psychoanalytic perspective, *Annals of Psychoanalysis*, 10, 5-20.
- Arlow J. (1995), A clinician's comments on empirical studies of psychoanalysis, in T. Shapiro, R. N. Emde (a cura di), *Research in psychoanalysis*, International Universities Press, Madison, CT, 143-152.
- Asberg M., Montgomery S. A., Perris C., Schalling D., Sedvall G. (1978), A Comprehensive Psychopathological Rating Scale, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 271 (suppl.), 5-27.

Riferimenti bibliografici

- Bateson G. (1972), *Steps to an ecology of mind*, Ballantine Books, New York. Trad. it. *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1977.
- Beebe B., Lachmann F. M. (2002), *Infant research and adult treatment. Co-constructing interactions*, The Analytic Press, Hillsdale, NJ. Trad. it. *Infant research e trattamento degli adulti*, Raffaello Cortina, Milano, 2003.
- Benjamin L. S. (1974), Structural analysis of social behavior, *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Berlyne D. E. (1978), Curiosity and learning. *Motivation and Emotion*, 2, 97-175.
- Bucci W. (1997), *Psychoanalysis and Cognitive Science: A Multiple Code Theory*, Guilford Press, New York. Trad. it. *Psicoanalisi e scienza cognitiva*, Fioriti, Roma, 1999.
- Bucci W., McKay R. K. et al. (1992), *Scoring Referential Activity*, Ulmer Textbank, Ulm. Trad. it. *La valutazione dell'attività referenziale* [a cura di A. De Coro e G. Caviglia], Kappa, Roma, 2000.
- Casonato M. (1992) (a cura di), *Psicologia dinamica. Vol. 1: Freud*, Boringhieri, Torino.
- Clarkin J. F., Lenzenweger M. F. (1996) (a cura di), *Theories of personality disorders*, Guilford Press, New York. Trad. it. *I disturbi di personalità. Le cinque principali teorie*, Raffaello Cortina, Milano, 1997.
- Colli A., Lingiardi V. (2002), Indice di Valutazione dell'Alleanza Terapeutica (I-VAT). Una proposta di valutazione dell'alleanza terapeutica a partire dai trascritti delle sedute, in V. Lingiardi (a cura di), *L'alleanza terapeutica*, Raffaello Cortina, Milano, 211-222.
- Conte M., Dazzi N. (1988) (a cura di), *La verifica empirica in psicoanalisi. Itinerari storici e paradigmi di ricerca*, Il Mulino, Bologna.
- Conti L. (2002), *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*, vol. 1, SEE, Firenze.
- Conti L., Ruggeri M., Faravelli C. (1993), Strumenti di valutazione e di misura, in G. B. Cassano et al. (a cura di), *Trattato italiano di psichiatria*, Masson, Milano.
- Corcoran K., Fischer J. (2000), *Measures for Clinical Practice. A Sourcebook*, 3rd ed., vol. 1, Free Press, New York.
- Dahl H. A. (1974), The measurement of meaning in psychoanalysis by computer analysis of verbal context, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 22, 37-57. Trad. it. La misurazione del significato in psicoanalisi attraverso l'analisi del calcolatore di contesti verbali, in M. Conte, N. Dazzi (a cura di), *La verifica empirica in psicoanalisi. Itinerari storici e paradigmi di ricerca*, Il Mulino, Bologna, 1988, 267-288.
- Dahl H. A. (1988). Frames of mind, in H. A. Dahl, H. Kächele, H. Thomä (a cura di), *Psychoanalytic process research strategies*, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg, 51-66.

Riferimenti bibliografici

- Dahl H. A., Kächele H., Thomä H. (1988) (a cura di), *Psychoanalytic process research strategies*, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg.
- Dazzi N. (1981), Introduzione al pensiero di William James, in W. James, *Antologia di scritti psicologici*, Il Mulino, Bologna.
- Dazzi N., De Coro A. (1998), L'indagine sul processo nella terapia psicoanalitica: per uno studio critico dei metodi di ricerca empirica, in S. Di Nuovo, G. Lo Verso, M. Di Blasi, F. Giannone (a cura di), *Valutare le psicoterapie. La ricerca italiana*, F. Angeli, Milano, 126-140.
- Dazzi N., De Coro A. (2001), *Psicologia dinamica. Le teorie cliniche*, Laterza, Roma-Bari.
- Dazzi N., De Coro A., Ortu F., Andreassi S., Cundari M., Ostuni V., Petruccelli I., Sergi G. (1998), Il CCRT in un campione italiano di psicoterapie: uno studio della relazione tra categorie su misura e categorie standard, *Ricerca in psicoterapia*, 2.
- De Coro A. (1972), Materialismo in Freud, in AA.VV., *Problemi filosofici della biologia* [Quaderni CNR di Filosofia della scienza], Cooperativa Libreria Universitaria, Bologna.
- de Girolamo G., Migone P. (1995), Il DSM-IV e i problemi della diagnosi in psichiatria [con una intervista a Robert L. Spitzer], *Psicoterapia e scienze umane*, 29, 1, 41-80.
- Derogatis L. R. (1983), *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual for revised edition*, Clinical Psychometric Research, Towson, MD.
- Di Blasi M., Lo Verso G. (1998), *Valutazione e clinica in psicoterapia*, in S. Di Nuovo, G. Lo Verso, M. Di Blasi, F. Giannone (a cura di), *Valutare le psicoterapie. La ricerca italiana*, F. Angeli, Milano, 40-51.
- Di Nuovo S., Lo Verso G., Di Blasi, M., Giannone, F. (1998) (a cura di), *Valutare le psicoterapie. La ricerca italiana*, F. Angeli, Milano.
- Eagle M. N. (1984), *Recent developments in psychoanalysis. A critical evaluation*, McGraw-Hill, New York. Trad. it. *La psicoanalisi contemporanea*, Laterza, Roma-Bari, 1988.
- Eisen S. V., Grob M. C., Klein A. A. (1986), BASIS: The development of a self-report measure for psychiatric inpatient evaluation, *The Psychiatric Hospital*, 17, 165-171.
- Endicott J., Spitzer R. L., Fleiss, J. L., Cohen J. (1976), The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance, *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- Eysenck H. J. (1952), The effects of psychotherapy. An evaluation, *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Fabozzi P., Ortu F. (a cura di) (1999), *Al di là della metapsicologia*, Il Pensiero Scientifico, Roma.

Riferimenti bibliografici

- Faravelli C. (1983), *Le scale di valutazione in psichiatria*, Quaderni Italiani di Psichiatria, 2, 97.
- Fava E. (2000), Psicoanalisi e ricerca empirica [editoriale], *Ricerca in Psicoterapia*, 3, 2/3.
- Feighner J. P., Robins E., Guze S. B., Woodruff R. A., Winokur G, Munoz R. (1972), Diagnostic criteria for use in psychiatric research, *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- Fliess J. L. (1981), *Statistical methods for rates and proportions*, 2nd ed., Wiley, New York.
- Fonagy P. (1996), Attaccamento, sviluppo del sé e sua patologia nei disturbi di personalità, *KOS*, 129, 26-32, consultato il 21 novembre 2003 su <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/fonagy-1.htm>
- Fonagy P. (1999), The implications of contemporary neuroscience, psychology and the “cognitive revolution” for psychoanalysis [intervista rilasciata a Paul Williams], *International Psychoanalysis*, 8, 2, consultato il 19 novembre 2003 su <http://eseries.ipa.org.uk/prev/newsletter/99-2/E1.htm>
- Fosshage J. L. (1995), An expansion of motivational theory. Lichtenberg’s motivational systems model, *Psychoanalytic Inquiry*, 15, 421-436.
- Freud S. (1915), Triebe und Tribschicksale, in *Gesammelte Werke*, vol. 10, 209-232. Trad. it. Pulsioni e loro destini, in *Opere*, vol. 8, 1915-1917, Boringhieri, Torino, 1978, 13-35.
- Freud S. (1930), Das Unbehagen in der Kultur, in *Gesammelte Werke*, vol. 14, 421-506. Trad. it. Il disagio della civiltà, in *Opere*, vol. 10, 1924-1929, Boringhieri, Torino, 1978, 489-491.
- Freud S. (1932), Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, in *Gesammelte Werke*, vol. 15, 3-197. Trad. it. Introduzione alla psicoanalisi. Nuova serie di lezioni, in *Opere*, vol. 11, 1930-1938, Boringhieri, Torino, 1977, 115-284.
- Friedman L. (1999), Why is reality a troubling concept?, *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 47, 2, 401-425.
- Gabbard G. O. (1998), Commentary to “Experience as a guide to psychoanalytic theory and practice” di J. Lichtenberg, *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 46, 36-38.
- Gabbard G. O. (1999), Psychoanalysis and research. Future or illusion? [intervista rilasciata a Irene Chiarandini], *International Psychoanalysis*, 8, 2, consultato il 19 novembre 2003 su <http://eseries.ipa.org.uk/prev/newsletter/99-2/E3.htm>
- Galton F. (1880), *Statistics of mental imagery*, *Mind*, 19, 21.
- Giannini A. M. (2002), *Introduzione allo studio dei processi affettivi*, Edizioni Universitarie Romane, Roma.

Riferimenti bibliografici

- Gill M. M. (1994), *Psychoanalysis in transition*, The Analytic Press, Hillsdale, New Jersey. Trad. it. *Psicoanalisi in transizione*, Raffaello Cortina, Milano, 1996.
- Gill M. M., Hoffman I. Z. (1982), A method of studying the analysis of aspects of the patient's experience of the relationship in psychoanalysis and psychotherapy, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30, 137-167.
- Greenberg J. R., Mitchell S. A. (1983), *Object relations in psychoanalytic theory*, Harvard University Press, Cambridge, Mass. Trad. it. *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*, Il Mulino, Bologna, 1986.
- Grünbaum A. (1984), *The foundations of psychoanalysis. A philosophical critique*, University of California Press, Berkeley, CA. Trad. it. *I fondamenti della psicoanalisi*, Il Saggiatore, Milano, 1988.
- Grünbaum A. (1986), The placebo concept in medicine and psychiatry, *Psychological medicine*, 16, 19-38.
- Grünbaum A. (1993), *Validation in the clinical theory of psychoanalysis. A study in the philosophy of psychoanalysis*, International Universities Press, Madison, CT.
- Grünbaum A. (1998), Un secolo di psicoanalisi. Bilancio e prospettive, *KOS*, 152, 26-31, consultato il 21 novembre 2003 su <http://www.publinet.it/pol/ital/9grunbau.htm>
- Gruppo di lavoro OPD (2002), *Diagnosi psicodinamica operazionalizzata. Presupposti teorici e applicazioni cliniche* [ed. italiana a cura di A. De Coro], Masson, Milano.
- Hacking I. (1999), *The social construction of what?*, Harvard University Press, Cambridge, MA. Trad. it. *La natura della scienza. Riflessioni sul costruttivismo*, McGraw-Hill, Milano, 2000.
- Hamilton M. (1981), Les échelles d'appréciation dans la depression: état actuel, in P. Pichot, C. Pull (a cura di), *La symptomatologie dépressive: enregistrement et évaluation*, Editions Spire, Paris.
- Hartmann H. (1950), Comments on the psychoanalytic theory of the Ego, *Psychoanalytic Study of the Child*, 5, 74-96. Trad. it. Considerazioni sulla teoria psicoanalitica dell'Io, in *Saggi sulla psicologia dell'Io*, Boringhieri, Torino, 1964.
- Helzer J. E., Robins L. N., Croughan J. L., Welner A. (1981), Renard diagnostic interview. Its reliability and procedural validity with physicians and lay interviewers, *Archives of General Psychiatry*, 38, 4.
- Henry W. P., Strupp H. H., Schacht T. E., Gaston L. (1994), Psychodynamic approaches, in A. E. Bergin, S. L. Garfield (a cura di), *Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis*, 4^a ed., Wiley, New York, 467-508.
- Hoffman I. Z., Gill M. M. (1988), A scheme for coding the Patient's Experience of the Relationship with the Therapist (PERT): some applications, extensions, and comparisons, in H. A. Dahl, H. Kächele, H. Thomä (a cura di), *Psychoanalytic process research strategies*, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg, 67-98.

Riferimenti bibliografici

- Holt R. R. (1962), Individuality and generalization in personality psychology, *Journal of Personality*, 30, 3, 405-422. Trad. it. Individualità e generalizzazione nella psicologia della personalità, *Bollettino di Psicologia Applicata*, 1963, 57/58, 3-24.
- Holt R. R. (1989), *Freud reappraised. A fresh look at psychoanalytic theory*, Guilford, New York. Trad. it. *Ripensare Freud*, Bollati Boringhieri, Torino, 1994.
- Hölzer M., Dahl H. A. (1996), How to find frames, *Psychotherapy Research*, 6, 3, 177-197.
- Horowitz M. (1979), *States of Mind. Configuration/analysis of individual personality*, Plenum Press, New York.
- Horowitz M. (1987), *States of Mind. Analysis of change in psychotherapy*, Plenum Press, New York.
- Jacobson E. (1964), *The Self and the object world*, International Universities Press, New York. Trad. it. *Il sé e il mondo oggettuale*, Martinelli, Firenze, 1974.
- Jacobson E. (1971), *Depression. Comparative studies of normal, nevrotic and psychotic conditions*, International Universities Press, New York. Trad. it. *La depressione*, Martinelli, Firenze, 1977.
- James W. (1890), *Principles of psychology*, 2 voll., rist. Dover, New York, 1950. Trad. it. *Principii di psicologia*, Società Editrice Libreria, Milano, 1901.
- Jervis G. (2001), *Psicologia dinamica*, Il Mulino, Bologna.
- Jones E. (1995), How will psychoanalysis study itself, in T. Shapiro, R. N. Emde, (a cura di) *Research in psychoanalysis*, International Universities Press, Madison, CT, 91-108.
- Kächele H. (1992), Psychoanalytische Therapieforschung, 1930-1990, *Psyche*, 46, 259-285. Trad. it. La ricerca sulla terapia psicoanalitica, 1930-1990, *Quaderni. Associazione di Studi Psicoanalitici*, 1993, 4, 7, 9-35.
- Kazdin A. E. (1986), Comparative outcome studies of psychotherapy. Methodological issues and strategies, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 95-105.
- Kerlinger F. N., Lee H. N. (2000), *Foundations of behavioural research*, 4th ed., Wadsworth, USA.
- Kernberg O. F. (1976), *Object relations theory and clinical psychoanalysis*, Aronson, New York. Trad. it. *Teoria della relazione oggettuale e clinica psicoanalitica*, Boringhieri, Torino, 1980.
- Kernberg O. F. (1981), Structural interviewing, *Psychiatric Clinics of North America*, 4, 1, 169-195. Trad. it. La intervista strutturale, *Psicoterapia e scienze umane*, 1983, 17, 4, 22-55.
- Klein M. (1952), The origins of transference, *International Journal of Psychoanalysis*, 33. Trad. it. Le origini della traslazione, in *Scritti, 1921-1958*, Boringhieri, Torino, 1978, 526-535.

Riferimenti bibliografici

- Kohut H. (1977), *The restoration of the self*, International Universities Press, New York. Trad. it. *La guarigione del sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1980.
- Kuhn T. (1962), *The structure of scientific revolution*. University of Chicago Press, Chicago. Trad. it. *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino, 1969.
- Lambert M. J., Bergin A. E. (1994), The effectiveness of psychotherapy, in A. E. Bergin, S. L. Garfield (a cura di), *Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis*, 4^a ed., Wiley, New York, 143-189.
- Laplanche J., Pontalis J.-B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, Paris. Trad. it. *Enciclopedia della psicoanalisi* [edizione riveduta a cura di L. Maccacchi e C. Puca], Laterza, Roma-Bari, 1993.
- Lichtenberg J. D. (1983), *Psychoanalysis and Infant research*, The Analytic Press, Hillsdale, NJ. Trad. it. *La psicoanalisi e l'osservazione del bambino*, Astrolabio, Roma, 1988.
- Lichtenberg, J. D. (1989), *Psychoanalysis and motivation*, The Analytic Press, Hillsdale, NJ. Trad. it. *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*, Raffaello Cortina, Milano, 1995.
- Lichtenberg J. D. (1995), Can empirical studies of development impact on psychoanalytic theory and technique?, in T. Shapiro, R. N. Emde (a cura di) *Research in psychoanalysis*, International Universities Press, Madison, CT, 261-278.
- Lichtenberg J. D. (1998), Experience as a guide to psychoanalytic theory and practice, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 46, 17-36.
- Lichtenberg J. D., Lachmann F. M., Fosshage J. L. (1992), *Self and motivational systems. Towards a theory of psychoanalytic technique*, The Analytic Press, Hillsdale, NJ. Trad. it. *Il sé e i sistemi motivazionali. Verso una teoria della tecnica psicoanalitica*, Astrolabio, Roma, 2000.
- Lichtenberg J. D., Lachmann F. M., Fosshage J. L. (1996), *The clinical exchange*, The Analytic Press, Hillsdale, NJ. Trad. it. *Lo scambio clinico*, Raffaello Cortina, Milano, 2000.
- Lingiardi V., Gazzillo F. (2001), L'organizzazione della motivazione e delle difese nei modelli di Drew Westen e Joseph Lichtenberg, *Ricerca in Psicoterapia*, 4, 2/3, 85-106.
- Lombardo G. P., Foschi R. (2002), *La costruzione scientifica della personalità*, Boringhieri, Torino.
- Luborsky L. (1962), Clinicians' judgments of mental health, *Archives of General Psychiatry*, 7, 407-417.
- Luborsky L. (1984), *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment*, Basic Books, New York. Trad. it. *Principi di psicoterapia psicoanalitica. Manuale per il trattamento supportivo-espressivo*, Bollati Boringhieri, Torino, 1989.

Riferimenti bibliografici

- Luborsky L. et al. (2000), Una guida ai metodi, alle scoperte e al futuro del CCRT, *Ricerca in Psicoterapia*, 3, 7-37.
- Luborsky L., Crits-Christoph P. (1990), *Understanding transference*, American Psychological Association, Washington, DC. Trad. it. *Capire il transfert*, Raffaello Cortina, Milano, 1992).
- Luborsky L., Crits-Christoph P. (1998), *Understanding transference*, 2nd ed., American Psychological Association, Washington, DC.
- Luborsky L., Singer B., Luborsky L. (1975), Comparative studies of psychotherapies. Is it true that everyone has won and all must have prizes?, *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- MacKinnon D. W., Dukes W. F. (1964), Repression, in L. Postman (a cura di), *Psychology in the Making*, Knopf, New York.
- Marchese A. (1989), *L'officina del racconto. Semiotica della narratività*, Mondadori, Milano.
- McClelland D. C. (1985), *Human motivation*, Foresman, Glenview.
- McWilliams N. (1999), *Psychoanalytic case formulation*, Guilford; New York. Trad. it. *Il caso clinico, Dal colloquio alla diagnosi*, Raffaello Cortina, Milano, 2002.
- Migone P. (1989), La psicoanalisi è una scienza? Panorama storico del problema e dibattito attuale sollevato da Grünbaum, *Il Ruolo Terapeutico*, 50, 69-75.
- Migone P. (1995), Alcuni problemi della diagnosi in psichiatria, *Il Ruolo Terapeutico*, 70, 28-31.
- Migone P. (1996a), Brevi note sulla storia della psichiatria in Italia, *Il Ruolo Terapeutico*, 71, 32-36.
- Migone P. (1996b), La ricerca in psicoterapia. Storia, principali gruppi di lavoro, stato attuale degli studi sul risultato e sul processo, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 120, 182-238. Edizione aggiornata su <http://www.psychomedia.it/spr-it/artdoc/migone96.htm>
- Migone P. (1998), Quale modello di scienza per la ricerca in psicoterapia? [editoriale], *Psichiatria e Psicoterapia Analitica*, 17, 2, 113-119.
- Migone P. (2001), La dicotomia tra clinica e ricerca in psicoterapia. Due scienze separate?, *Il Ruolo Terapeutico*, 88, 57-64.
- Minsky M. (1986), *The society of mind*, Simon & Schuster, New York. Trad. it. *La società della mente*, Milano, Adelphi, 1989.
- Mitchell S. A. (1993), *Hope and dread in psychoanalysis*, Basic Books, New York. Trad. it. *Speranza e timore in psicoanalisi*, Bollati Boringhieri, 1995.
- Modell A. H. (1985), On the object relations theory, in A. Rothstein (a cura di) (1985), *Models of the Mind. Their Relationship to Clinical Work*, International Universities Press, New York. Trad. it. *Modelli della mente. Tendenze attuali della psicoanalisi*, Boringhieri, Torino, 1990, 90-105).

Riferimenti bibliografici

- Murray H. A. (1938), *Explorations in personality*, Oxford University Press, NY.
- Orange D. M., Atwood G. E., Stolorow R. D. (1997), *Working intersubjectively: Contextualism in psychoanalytic practice*, The Analytic Press, Hillsdale, NJ. Trad. it. *Intersoggettività e lavoro clinico: il contestualismo nella pratica psicoanalitica*, Raffaello Cortina, Milano, 1999.
- Orlinsky D. E., Grawe K., Parks B. K. (1994), Process and outcome in psychotherapy - *noch Einmal*, in A. E. Bergin, S. L. Garfield (a cura di), *Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis*, 4^a ed., Wiley, New York, 270-376.
- Parloff M. B. (1985), Psychotherapy outcome research, in R. Michels, J. O. Cavenar (a cura di), *Psychiatry*, vol. 1, Lippincott, Philadelphia. Trad. it. Stato attuale della ricerca sui risultati della psicoterapia, *Psicoterapia e scienze umane*, 1988, 22, 3, 9-39.
- Piaget J. (1937), *La costruzione del reale nel bambino*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel. Trad. it. *La costruzione del reale nel bambino*, La Nuova Italia, Firenze, 1973.
- Pichot P. (1983), *Prefazione* alle edizioni francese, italiana e spagnola del DSM-III, Masson, Milano-Parigi-Barcellona, VII-IX.
- Pincus H. A., Rush A. J., First M. B., McQueen L. E. (2000), *Handbook of psychiatric measures*, American Psychiatric Association.
- Rangell L. (1989), The significance of infant observation for psychoanalysis in later stages of life, in S. Dowling, A. Rothstein (a cura di), *The significance of infant observational research for clinical work with children, adolescent and adults*, International Universities Press, Madison, CT.
- Rapaport D. (1944), The scientific methodology of psychoanalysis, in *Collected papers of David Rapaport*, Basic Books, New York, 1967, 165-220. Trad. it. La metodologia scientifica della psicoanalisi, in *Il modello concettuale della psicoanalisi. Scritti 1942-1960*, Feltrinelli, Milano, 1977, 80-138.
- Rycroft C. (1968), *A critical dictionary of Psychoanalysis*, Penguin, Harmondsworth, USA. Trad. it. *Dizionario critico di psicoanalisi*, Astrolabio, Roma, 1970.
- Rogoff B. (2003), *The cultural nature of human development*, Oxford University Press, New York. Trad. it. *La natura culturale dello sviluppo*, Raffaello Cortina, Milano, 2004.
- Sandler J. (1988), Psychoanalytic technique and "Analysis terminable and interminable", *International Journal of Psychoanalysis*, 69, 335-345.
- Segal H. (1979), *Klein*, Harvester Press, Briton. Trad. it. *Melanie Klein*, Boringhieri, Torino, 1981.
- Seligman M. E. P. (1995), The effectiveness of psychotherapy. The *Consumer Reports* Study, *American Psychologist*, 50, 12, 965-974.

Riferimenti bibliografici

- Shapiro D. (1990), *Lessons in history. Three generations of therapy research*, presentato al meeting della Society for Psychotherapy Research, Wintergreen, USA.
- Shapiro D. A., Shapiro D. (1982), Meta-analysis of comparative therapy outcome studies. A replication and refinement, *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Shapiro T., Emde R. N. (a cura di) (1985), *Research in psychoanalysis, International Universities Press*, Madison, CT.
- Spitzer R. L., Endicott J., Robins E. (1975), Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM-III, *The American Journal of Psychiatry*, 132, 1187-1192.
- Stern D. N. (1983), The early development of schemas of self, of other, and of various experiences of "self with other", in J. Lichtenberg, S. Kaplan (a cura di), *Reflections on Self psychology*, The Analytic Press, Hillsdale, NJ, 49-84. Trad. it. Lo sviluppo precoce degli schemi del Sé, dell'altro e del "Sé-conl'altro", in *Le interazioni madre-bambino*, Raffaello Cortina, Milano, 1998, 210-238.
- Stern D. N. (1985), *The interpersonal world of the infant*, Basic Books, New York. Trad. it. *Il mondo interpersonale del bambino*, Boringhieri, Torino, 1987.
- Stern D. N. (1989), La nascita del sé, in M. Ammaniti (a cura di), *La nascita del sé*, Laterza, Roma-Bari, 117-128.
- Stern D. N. (1991), One way to build a clinically relevant baby, *Infant Mental Health Journal*, 15, 1, 9-25. Trad. it. Il percorso dello sviluppo infantile fra osservazione e clinica, in *Le interazioni madre-bambino*, Raffaello Cortina, Milano, 1998, 357-378.
- Stern D. N. (1993), The role of feelings for an interpersonal self, in U. Neisser (a cura di), *The perceived Self. Ecological and interpersonal sources of Self-knowledge*, Cambridge University Press, New York, 1993, 204-215. Trad. it. Il ruolo dei sentimenti per un sé interpersonale, in *Le interazioni madre-bambino*, Raffaello Cortina, Milano, 1998, 343-355.
- Stern-Bruschweiler N., Stern D. N. (1989), A model for conceptualizing the role of the mother's representational world in various mother-infant therapies, *Infant Mental Health Journal*, 10, 3, 142-156. Trad. it. Un modello per concettualizzare il ruolo del mondo rappresentazionale della madre nelle varie terapie madre-bambino, in *Le interazioni madre-bambino*, Raffaello Cortina, Milano, 1998, 273-290.
- Stiles W. B. (1992), *Describing talk. A taxonomy of verbal response modes*, Sage, Newbury Park, CA.
- Sullivan H. S. (1927), The common field of research and clinical psychiatry, *Psychiatric Quarterly*, 1, 276-91. Trad. it. Il terreno comune fra lavoro clinico e attività di ricerca, in *Scritti sulla schizofrenia*, Feltrinelli, Milano, 1993, 169-187.
- Thomä H., Kächele H. (1985), *Lehrbuch der psychoanalytische therapie, vol. 1.*

Riferimenti bibliografici

- Grundlagen*, Springer, Berlin-Heidelberg. Trad. it. *Trattato di psicoterapia psicoanalitica, vol. 1. Fondamenti teorici*, Bollati Boringhieri, Torino, 1993.
- Wallerstein R. S. (1986), *Forty-two lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy*, New York, Guilford.
- Wallerstein R. S. (2002), Psychoanalytic therapy research. An overview, *The American Psychoanalyst (Quarterly Newsletter of the American Psychoanalytic Association)*, 36, 1, 10-13.
- Weiss J., Sampson H. (1986). *The psychoanalytic process. Theory, clinical observation, and empirical research*, cap. 1, Guilford, New York. Trad. it. Introduzione al lavoro del "San Francisco Psychotherapy Research Group", *Psicoterapia e scienze umane*, 1993, 27, 2, 47-65.
- Westen D. (1997), Towards a clinically and empirically sound theory of motivation, *International Journal of Psycho-Analysis*, 78, 3, 521-548.
- Westen D., Gabbard G. O. (1999), Psychoanalytic approaches to personality, in L. A. Pervin, O. P. John (a cura di), *Handbook of personality. Theory and research*, 2nd ed., The Guilford Press, New York, 57-101.
- Westen D., Shedler J. (1999), Revising and assessing Axis II, Part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method, *American Journal of Psychiatry*, 156, 258-272.
- Westen D., Shedler J. (2000), A prototype matching approach to diagnosing personality disorders. Toward DSM-V, *Journal of Personality Disorders*, 14, 2, 109-126.
- Westen D., Shedler J., Lingardi V. (2003), *La valutazione della personalità con la swap-200*, Raffaello Cortina, Milano.
- Wing J. K., Curtis R. H., Beevor A. S. (1996), *HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales. Report on research and development*. Bell & Bain, Glasgow.
- Winnicott D. W. (1953), Transitional object and transitional phenomena, in *Playing and Reality*, Tavistock, London. Trad. it. Oggetti transizionali e fenomeni transizionali, in *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1974, 23-44.
- World Health Organization (1992), *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, Royal College of Psychiatrists*. Trad. it. *ICD-10. Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche*, Masson, Milano, 1992.

Appendice
Motivational Areas Rating Scale

Motivational Areas Rating Scale

Paziente	Età	Sesso	Seduta/e n.	Codificatore	Tempo codifica

Riferendosi e attenendosi strettamente a tutto quanto riporta il paziente nel corso delle sedute, attribuire il punteggio che si ritiene più appropriato per i vari item



Area relazionale

assente
lieve
moderato
elevato
estremo

• Attiva (antagonismo)

1. O - È oggetto di comportamenti ostili (fisici o verbali, diretti o indiretti, volontari o involontari). Riceve aggressioni e violenze fisiche, abusi sessuali, offese, insulti, minacce, umiliazioni, molestie, traumi. Gli altri sono scortesi, ipocriti, parlano male di lui, lo ostacolano, agiscono per il suo male, non lo aiutano in una situazione di bisogno, lo usano per altri fini. Viene tradito (in amore o in amicizia). Subisce torti, è vittima di reati. Anche violenze e sofferenze arrecate a persone care (ad es. il padre fa soffrire la madre), litigi tra i genitori. [Comportamenti *manifesti* di cui è responsabile un'altra persona]..... ① ② ③ ④

2. O' - Prova rabbia, odio o sospetto verso gli altri. Si sente arrabbiato (irritato, innervosito), ferito, addolorato, deluso per causa di altri. Odis, invidia, svaluta, disprezza, trova antipatici, cattivi, non degni di fiducia gli altri. Esprime giudizi intolleranti o cinici (ad es. sull'amore o l'amicizia). Ha "idee paranoiche" riguardo agli altri (ha paura che possano fargli del male, che ce l'abbiano con lui, che lo odino) ① ② ③ ④

3. S - Attua comportamenti ostili (fisici o verbali, diretti o indiretti, volontari o involontari, antisociali). È fisicamente aggressivo e violento, abusa sessualmente di qualcuno, offende, insulta, minaccia, umilia, impertuna, molesta. È scortese, ineducato, tratta con freddezza, è ipocrita, agisce per il male altrui, è insensibile, non offre il suo aiuto in caso di bisogno, usa gli altri per altri fini (carriera, sesso ecc.). Tradisce (in amore o amicizia). Attua comportamenti devianti e antisociali (furti, atti vandalici ecc.). Reca danno involontariamente ad altri. [Comportamenti *manifesti* di cui è responsabile il soggetto] ① ② ③ ④

4. S' - Si sente in colpa, in relazione al suo comportamento rispetto agli altri. Sta male per aver fatto del male a qualcuno, per averlo tradito, aggredito ecc., o per aver "peccato" e infranto leggi e tabù (ad es. per aver fatto sesso). Non si sente un buon padre, un buon marito, un buon figlio ecc. Anche sentimenti di ansia o preoccupazione di poter far del male direttamente o indirettamente a una persona amata ① ② ③ ④

• Passiva (ritiro)

5. O - Si separano o rifiutano un rapporto con lui; è costretto a separarsi dagli altri. Lo abbandonano, partono, sono lontani per lavoro, muoiono, sono poco presenti, lo trascurano, lo emarginano. Rifiutano o interrompono un rapporto affettivo o sentimentale con lui (in amore o amicizia). È costretto dalle circostanze a partire o separarsi da persone care. [Comportamenti o eventi *manifesti* non dipendenti dalla volontà del soggetto] ① ② ③ ④

6. O' - Si sente solo o non amato (o teme di diventarlo). Si sente solo, è triste e depresso per un lutto o una partenza, prova nostalgia per una persona o un luogo, ha paura che una persona cara possa lasciarlo o morire. Non si sente amato o considerato abbastanza, è geloso..... ① ② ③ ④

7. S - Si separa o rifiuta un rapporto con gli altri. È solitario, si emargina, non fa nuove amicizie, non approfondisce i legami, preferisce amicizie occasionali, fugge dai rapporti impegnativi. Si separa volontariamente dalla famiglia o da persone care, abbandona il partner o i figli, pone termine a un rapporto, rifiuta proposte sentimentali o di amicizia. Usa il sesso in opposizione all'instaurazione di un rapporto affettivo (ad es. si masturba esclusivamente, va con prostitute). [Comportamenti *manifesti* di cui è responsabile il soggetto] ① ② ③ ④

8. S' - Si sente timido, insicuro e a disagio nel rapporto con gli altri. Si sente a disagio quando è in mezzo agli altri, si sente intimidito e impacciato a fare nuove amicizie, ad avvicinarsi all'altro sesso. Ha paura di aprirsi, confidarsi, parlare con gli altri. Ha difficoltà a dichiarare il suo affetto a una persona cara, ha paura dei giudizi altrui, di apparire ridicolo, di ricevere delusioni, si vergogna davanti agli altri per un suo problema (ad es. corporeo). Si sente brutto e poco attraente, o teme di diventarlo (ad es. di invecchiare)..... ① ② ③ ④

Motivational Areas Rating Scale



Area corporea

assente
lieve
moderato
elevato
estremo

9. O - Si presentano problemi corporei (legati a fattori psichici, organici, incidenti o assunzione di sostanze). Disturbi dell'alimentazione, del sonno, neurologici-psicotici (allucinazioni, stati confusionali, deliri, emicranie ecc.). Disturbi sessuali (impotenza, eiaculazione precoce, frigidità, calo desiderio). Disturbi cardiocircolatori, respiratori, dermatologici. Handicap fisici, postumi di interventi chirurgici, aborti, gravidanze. Sintomi corporei legati a disturbi psichici (sudorazione, tachicardia ecc.). Altri problemi fisici. [Problemi *manifesti* non direttamente controllabili dal soggetto]..... ① ② ③ ④

10. O' - Sta male ed è in ansia a causa di un problema corporeo reale o immaginario. Prova dolore e malessere corporeo, non si sente in forma, prova sensazioni corporee sgradevoli, non prova piacere durante i rapporti sessuali (o prova un piacere parziale). È triste, sta male, è preoccupato o ansioso per il suo problema (corporeo o sessuale). È pessimista, ha paura di aggravarsi o di morire (nel qual caso può anche negare la presenza o la gravità del disturbo).. ① ② ③ ④

11. S - Non cura il suo corpo (attua comportamenti che peggiorano il suo problema corporeo o ostacolano il conseguimento di un piacere sensoriale). Non rispetta le norme igieniche. Fuma, fa abuso di alcol o droghe, segue diete improvvisate, attua comportamenti sessuali a rischio. Si trascura, non assume farmaci prescritti, non riposa. Si nega piaceri senza motivo. Compie atti di autolesionismo, pratiche masochistiche. [Comportamenti *manifesti* di cui è responsabile il soggetto]..... ① ② ③ ④

12. S' - Si sente impotente, insicuro e/o in colpa per un suo problema corporeo. Sente di essere responsabile del suo problema, ritiene che se ha contratto una malattia sia colpa sua, ha paura di perdere il controllo del suo corpo, si sente in ansia prima o durante un rapporto sessuale, ha scarsa autostima riguardo le proprie prestazioni sessuali ① ② ③ ④



Area realizzativa

13. O - Condizioni esterne che ostacolano il suo adattamento alla realtà esterna o il senso di realizzazione e responsabilità (nel lavoro, nella scuola, nel tempo libero, nella terapia, nella vita in genere). È licenziato, disoccupato, bocciato, ha un brutto voto, un richiamo, trasferimenti problematici, problemi economici. È soggetto a condizioni che limitano la sua autonomia e libertà, ha malattie invalidanti, è in prigione, ha problemi psichici che riducono l'adattamento all'ambiente esterno e il controllo delle situazioni (ad es. sintomi ossessivo-compulsivi, tossicodipendenza, alcolismo ecc.). Problemi nell'andamento della terapia, fallimento di terapie precedenti. Si presentano frustrazioni, minacce, disavventure e disgrazie legate a oggetti inanimati (anche a persone care). [Eventi *manifesti* di cui il soggetto non è responsabile]..... ① ② ③ ④

14. O' - Si sente infelice, insoddisfatto e ansioso nel lavoro o nella vita in genere (esclusi problemi relazionali o corporei). Considera ciò che fa nella vita e il suo lavoro poco gratificante e insoddisfacente, perde interesse e entusiasmo nelle cose. Si sente incompreso, poco stimato per le sue abilità e il suo lavoro, soffocato, ritiene che gli altri (ad es. i genitori) non gli diano libertà, lo trattino come un bambino, non lo considerino indipendente. Si sente infelice, triste, depresso, demoralizzato, sconfitto, disperato a causa di eventi esterni (non legati a persone o malattie), vorrebbe morire o suicidarsi. È pessimista circa il suo futuro, si considera sfortunato. È arrabbiato per i suoi problemi lavorativi, psichici e realizzativi. Paura, ansia, angoscia, fobie, crisi di panico, non legate a persone o alla paura di malattie o di cui non conosce il motivo..... ① ② ③ ④

15. S - Si comporta in modo irresponsabile e improduttivo. Attua comportamenti che riducono il suo adattamento alla realtà esterna o il senso di responsabilità e realizzazione, si licenzia o interrompe gli studi (in assenza di altri interessi), non si impegna, non porta avanti i suoi progetti lavorativi e di vita, non coltiva interessi o hobby (musica, arte, teatro, letteratura ecc.), lavora troppo a scapito di altro. Si comporta in modo irresponsabile (ad es. gioca d'azzardo), è incapace di badare a sé e agli altri. Fa' "sciocchezze", tenta il suicidio. Interrompe senza motivo o ostacola in altro modo la terapia [Comportamenti *manifesti* di cui il soggetto è responsabile; non vanno considerate le *opinioni* che il soggetto ha di sé] ① ② ③ ④

16. S' - Si sente impotente, insicuro e/o in colpa nel lavoro o nella vita in genere (esclusi problemi relazionali o corporei). Si sente impotente, in balia degli eventi, ha la sensazione di non controllarli. Si rimprovera, si sente un fallito, si odia come persona, si commiseria. Si sente insicuro, indeciso, incompetente, sente di avere troppe responsabilità, si sente in colpa davanti alla famiglia per i suoi fallimenti. Ha paura di fallire, di sbagliare. Si sente in colpa per i suoi problemi di vita (non relazionali o corporei) ① ② ③ ④

Motivational Areas Rating Scale

Indicazioni per la codifica

Discriminazione tra le aree motivazionali

Area relazionale. Problemi nel rapporto con gli altri (genitori, figli, amici, partner sentimentali, conoscenti, figure sostitutive quali animali domestici, fotografie, bambole) e alla vita sociale (rapporto con gruppi, istituzioni, tradizioni, legge). Problemi relazionali in genere (aggressività, violenze, conflitti, invidia, gelosia, antipatia, tradimenti, timidezza, ansia sociale, separazioni, solitudine, lutti).

Area corporea. Problemi nel rapporto con il proprio corpo, disturbi corporei legati a fattori psichici, organici, incidenti o assunzione di sostanze, disturbi sessuali, dolore, malattie, handicap fisici.

Area realizzativa. Problemi a scuola, nel lavoro, nel tempo libero, nella terapia, nella vita in genere. Problemi nel senso di responsabilità e di realizzazione. Limitazioni dell'autonomia e della libertà (inclusi problemi cognitivi). Tutti i vissuti negativi (ansia, depressione, pessimismo, sfiducia, scarsa autostima ecc.) legati al lavoro, ai propri disturbi psichici, alla propria vita in genere (non legati a problemi relazionali e corporei).

Discriminazione tra i modi

O (oggetto oggettivo). Si fa riferimento a comportamenti, stati o eventi manifesti, visibili a tutti, che chiunque, e non solo il soggetto, posto al momento e nel punto giusto, potrebbe registrare, e in cui il soggetto non ha iniziativa né si sente responsabile. Eventi esterni (*Ho problemi economici; È morto mio padre; Sono malato*) e comportamenti degli altri (*Se ne è andato di casa; Mi hanno licenziato; Mi ha detto che sono un incapace*). N.B.: in questa categoria vanno riportati solo gli eventi o i comportamenti di cui il soggetto porta qualche riscontro; le credenze, valutazioni, previsioni ecc. vanno codificate O'.

O' (oggetto soggettivo). Comportamento altrui o evento esterno vissuto soggettivamente. Il soggetto "prova" o "sente" qualcosa che può essere definito spiacevole, o valuta negativamente un oggetto sull'asse vero/falso o piacere/dispiacere. L'enfasi, in tal caso, non è sui comportamenti manifesti, ma soprattutto su emozioni, credenze, valutazioni, giudizi, supposizioni, previsioni, opinioni, desideri o intenzioni in relazione a un certo oggetto. *È un brutto guaio!; È proprio uno stupido; Mi fa arrabbiare; Mi ha spezzato il cuore; In questi giorni ho un fortissimo mal di testa; Sono angosciato da questa situazione; Morirò certamente!* N.B. In caso di disturbi corporei che comportano per definizione un'assenza di piacere fisico (ad es. frigidità) o dolore fisico (ad es. mal di testa) vanno codificati sia O che O'. Il grado di O sarà determinato soprattutto dalla durata e persistenza del problema (variabili oggettive), mentre quello di O' risentirà soprattutto dell'intensità percepita soggettivamente dal paziente.

S (sé oggettivo). Si fa riferimento a comportamenti manifesti del soggetto, in cui il soggetto ha diretta iniziativa o si sente in qualche modo responsabile. *Ho cominciato a fumare; L'ho tradita; Gli ho detto che è un bastardo; Mi sono licenziato.*

S' (sé soggettivo). Valutazioni e vissuti relativi a tratti psichici, comportamenti o condizioni che il soggetto sente come "propri" o di cui si ritiene responsabile. *Sono un fallito!; Se le cose stanno così, non posso farci nulla; Mi sento a disagio in mezzo agli altri; Non ce la farò mai.*

N.B.: Attenzione all'*effetto alone* (se si giudica un item negativo, si tende a giudicare anche gli altri negativi, anche quando il paziente non si pronuncia a riguardo). Per es., ad un O estremo (ad es. licenziamenti, malattie, insulti ecc.), non necessariamente corrisponde un O' altrettanto negativo (insoddisfazione, dolore, rabbia ecc.), e viceversa.

Discriminazione tra i gradi della scala

0 - Assente. Problema o stato non presente o non rilevabile.

1 - Lieve. Problema o stato minore, si presenta occasionalmente e con bassa intensità. *Ogni tanto fumo una sigaretta; A volte non vado tanto d'accordo con lui; Oggi il direttore è stato un po' scontroso con me; Sono un po' timido, ho difficoltà ad aprirmi; Mio padre non parla molto con me, però mi vuole bene; Ho trascurato mio marito ultimamente; Ho qualche dubbio per il futuro; È difficile parlare con un estraneo di questi problemi.*

2 - Moderato. Problema o stato ricorrente ma non intenso, oppure intenso ma non ricorrente. *Nell'ultimo mese ho avuto un forte mal di testa, ma non si è ripetuto; Sto un po' giù di morale ultimamente; Mio padre mi fa arrabbiare, ma poi mi passa; Mi sono sentito in colpa per averla tradita; Prima ero preoccupato per quel problema, ora no; Sono stanco fisicamente; Non sono tanto in forma ultimamente; Ho poca costanza negli studi.*

3 - Elevato. Problema o stato molto intenso, o intenso e ricorrente. *Sono in ansia per mio figlio; Questa gamba mi sta facendo soffrire parecchio; Se sarò licenziato, non so cosa farò!; Ho odiato mio padre; Mio marito è freddo e non ricambia il mio amore; Ho tradito più volte la mia ragazza; Soffro di impotenza, con diverse donne; Sono in ansia per il mio problema; Prima di un rapporto, sono ansioso; Fumo tanto, prendo molti caffè; I miei amici non valgono niente; La mia ragazza mi fa arrabbiare; Non lego molto con i colleghi di lavoro; Le donne mi intimidiscono; A cinque anni ho assistito a un rapporto sessuale; Non mi sento una buona madre.*

4 - Estremo. Problema o stato grave e persistente che domina i pensieri e il comportamento del paziente, oppure diversi problemi intensi appartenenti a una stessa categoria. *Mi hanno detto che dovrò operarmi d'urgenza al cuore; Soffro di emicranie, disturbi sessuali, postumi da incidente, problemi di insonnia; È un bastardo, lo odio con tutto il cuore, mi sento così offesa da lui!; Ho perso tutto!; Il loro comportamento mi fa arrabbiare e mi ferisce profondamente, li prenderei a schiaffi!; Mi sento un verme, sto malissimo.*

N.B.: Gli esempi riportati indicano un livello *minimo*. Non è escluso che, in presenza di altri descrittori di un item (ad es. tradimenti, minacce, insulti, abusi ecc.), i punteggi passano essere più elevati, e in alcuni casi estremi. Inoltre, per avere alti punteggi, non è indispensabile che siano presenti tutti i descrittori di un item (potrebbe bastarne uno molto intenso, ad es. una malattia gravissima, una crisi di panico ecc.).