

Diagnosi psicodinamica e valutazione dello stato della mente relativo all'attaccamento: un protocollo per l'assessment e la pianificazione dell'intervento psicoterapeutico nell'ambito del servizio pubblico

Di Elisabetta Ibernì*, Valeria Crisafulli**, Alessandra De Coro***.

1. La valutazione e lo studio empirico della psicoterapia nei servizi pubblici

A partire dall'ultimo quarto del XX secolo, anche tra i professionisti della salute mentale italiana nasce e cresce l'esigenza di affiancare al lavoro clinico dei lavori di ricerca empirica sull'efficacia delle psicoterapie. Questo cambiamento non è solo imposto da una serie di decreti legislativi emanati al fine di valutare e quantificare la qualità dell'offerta sanitaria pubblica, ma è anche risultato del graduale incontro ed integrazione tra pratica clinica e metodologia scientifica in senso stretto.

Dal punto di vista legislativo, dall'inizio degli anni '90 vengono emessi una serie di atti legislativi che mirano a mettere i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) in condizione di dimostrare la qualità, l'efficacia e l'efficienza degli interventi che erogano.

Il Decreto Legislativo 502 del 30.XII.1992, con le successive integrazioni presenti nel Decreto Legislativo 517 del 7.XII.1993, ha espresso il "riordino e la disciplina in materia sanitaria" introducendo criteri manageriali per la gestione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e dando particolare rilevanza alla costruzione di percorsi di valutazione attraverso "il metodo della verifica e della revisione della qualità e quantità" e l'uso "di indicatori di efficienza e qualità" (art.10).

E' proprio a livello legislativo che vengono introdotti esplicitamente termini quali *flusso informativo, controllo di qualità, strumenti e metodologie per la verifica dei risultati, sistemi di indicatori, destinazione di fondi per le ricerche e i programmi speciali attinenti agli aspetti gestionali, valutazione dei servizi, tematiche della comunicazione e rapporto con i cittadini*.

Nell'immediato, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), attiva diverse ricerche e lavori a carattere nazionale finanziati dai fondi del Ministero della Salute e grazie al sostegno di diverse società scientifiche e iniziative locali. Questo modo di valutare si è diffuso molto rapidamente ed è tuttora in espansione.

A sostegno della diffusione del lavoro di ricerca empirica nei servizi sanitari pubblici, è il successivo Decreto n. 229 del 18.VI.1999, "Norme per la Razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale", che, oltre a confermare la precedente impostazione, enfatizza l'importanza delle funzione di verifica della qualità e revisione dei risultati, soprattutto in relazione al concetto di Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Questi decreti si pongono non solo l'obiettivo di migliorare l'offerta sanitaria, ma anche quello di ridurre costi e, soprattutto, sprechi.

Per quanto riguarda la psicoterapia, questo discorso sollecita in modo particolare i ricercatori: le nuove scoperte in campo neuroscientifico e farmacologico impongono di rilevare prove *evidenti* degli effetti positivi delle psicoterapie, che altrimenti sarebbero da considerarsi prestazioni superflue al fine della cura.

A questo proposito, il Progetto Obiettivo della Salute Mentale 1998-2000 sottolinea l'importanza della "diffusione della cultura della valutazione, anche attraverso l'uso di indicatori, specie di processo e di risultato", che viene indicata come una delle attività che il Ministero della Sanità, le Regioni e le Province devono promuovere avvalendosi dei propri organi tecnico-scientifici, dell'Università e di altri enti di ricerca.

Il cambiamento e le trasformazioni di questi ultimi anni non sono però solo di carattere politico; infatti, parallelamente a queste iniziative legislative, al fine di diffondere l'inserimento della valutazione empirica nei servizi pubblici, la comunità scientifica ha affermato un nuovo paradigma epistemologico per l'analisi della qualità della pratica clinica: l'Evidence Based Mental Health. In questo ambiente si diffonde così la cultura per cui l'esperienza clinica, nel settore della salute

* Specialista in Psicologia Clinica, dottoranda presso il Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma "la Sapienza".

** Valeria Crisafulli: frequentatrice scientifica presso il Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma "La Sapienza".

*** :Direttrice del Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma "La Sapienza".

mentale, deve essere supportata da indicazioni e direttive che derivano da studi metodologicamente appropriati e dal confronto dei risultati di ricerche e sperimentazioni adeguatamente validate (Carli & Pintarelli, 2005).

Questi tentativi di cambiamento hanno avuto un impatto abbastanza forte nella realtà dei Dipartimenti di Salute Mentale, in quanto gli operatori si sono trovati a gestire una materia (la valutazione empirica) che non apparteneva loro e per cui si trovavano impreparati; fino ad allora, infatti, l'operatore era l'unico giudice delle prestazioni messe in atto da lui stesso. Questa rivoluzione, con i limiti e le difficoltà che comporta nella pratica, introduce un rinnovamento nello stile di lavoro che, anche se può apparire oneroso, garantisce più elevati livelli di qualità ed una proficua tensione culturale nella direzione del Miglioramento Continuo di Qualità (MCQ).

La ricerca in psicoterapia condotta nei servizi pubblici da una parte risponde ad esigenze normative, dall'altra è la testimonianza di un cambiamento culturale sia dei clinici, che da anni lavorano nel settore, sia dei ricercatori, che fino a questo momento avevano condotto i loro esperimenti quasi sempre nei loro laboratori.

La ricerca in psicoterapia condotta nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) deve riuscire a coniugare esigenze metodologiche, per garantire un certo rigore scientifico, ed attenzione al contesto, nel rispetto del lavoro di cura e comprensione della sofferenza psichiatrica e psicologica. Proprio a partire da queste considerazioni appare necessario che il modello di ricerca si adatti al contesto in cui viene applicato, tollerando i limiti metodologici che ciò comporta. L'obiettivo è quello di ottenere risultati replicabili senza che la ricerca diventi un agente intrusivo all'interno del servizio in generale, e nella relazione terapeutica più in particolare.

Gli obiettivi e la metodologia di un'indagine che si svolge in un DSM devono tenere conto di diversi aspetti, tra cui sono fondamentali: l'orientamento teorico dei ricercatori e i loro criteri di guarigione, che vanno opportunamente esplicitati, e i diversi obiettivi che il servizio stesso pone ai trattamenti che eroga.

Uno dei modelli più usati per la valutazione empirica della psicoterapia nei servizi pubblici è quello della verifica dell'*efficacia*: i progetti di questo tipo rispondono al paradigma epistemologico di "una medicina basata sull'evidenza". L'obiettivo di questo modello, proprio dei primi lavori di ricerca in psicoterapia degli anni '50, è quello di identificare la tecnica terapeutica più efficace. Il progetto di ricerca, dunque, viene pianificato controllando tutte le variabili di disturbo, dividendo campione sperimentale e campione di controllo e manipolando solo la variabile indipendente, che in questo caso è il trattamento nei servizi pubblici. I *trials clinici randomizzati*, pur essendo molto attendibili e garantendo una buona validità interna alla ricerca, secondo molti ricercatori contemporanei perdono molto in validità esterna e rischiano di offrire risultati poco aderenti alla realtà del contesto. Lo studio sperimentale randomizzato, infatti, non considera certi fattori propri dei luoghi di applicazione dei trattamenti, fattori rilevanti rispetto alla riuscita stessa dei trattamenti (Fava & Masserini, 2002). A questo proposito, è utile menzionare le cinque variabili principali che questi studi non colgono: 1) la psicoterapia ha una durata variabile; 2) i trattamenti possono auto-correggersi durante il loro svolgersi; 3) spesso sono i pazienti a scegliere il tipo di trattamento e il loro terapeuta; 4) i pazienti reali presentano spesso diagnosi multiple; 5) la psicoterapia si propone un miglioramento funzionale del paziente, non solo la remissione dei sintomi (Seligman, 1995).

Gli studi sull'efficacia, più in generale, nonostante siano replicabili, si avvalgono di un campione adeguatamente numeroso e nonostante abbiano costi poco elevati, non considerano fattori terapeutici specifici e non specifici, hanno difficoltà a confutare in modo uniforme l'ipotesi nulla e sono esposti a tutti i rischi connessi alla standardizzazione dei trattamenti (Wampold, 1997).

Nel campo della pianificazione e valutazione dell'offerta psicoterapeutica pubblica sono diversi i tentativi di ovviare a questi limiti: studi di *tipo osservazionale*, che hanno una maggiore validità interna (Rosemberg & Perring, 1996); i *long simple trial*, i *firm trial*, i *disegni a coorte selezionata*, che cercano di coniugare il modello del *trial clinico* con studi sull'efficacia reale o sui trattamenti realmente praticati sul territorio (Barbui, 2001; Grossi, 1997); l'*analisi fondata sul punto di vista o perspective analysis* (Danzin & Lincoln, 2000; McLeod, 2000; Seligman, 1995).

Questi modelli, però, vanno inseriti sempre tra gli *studi sull'esito* delle psicoterapie e, nonostante si propongano di limitare i *bias* dovuti alla standardizzazione, hanno sempre come obiettivo quello di valutare l'efficacia del trattamento (*effectiveness*).

Lo *studio del processo*, invece, pur essendo il modo più sicuro per avere informazioni che migliorino la qualità e la specificità dei trattamenti (Luborsky, 1985), è meno diffuso nel lavoro di

valutazione empirica della psicoterapia erogata dai DSM, per limiti di ordine etico e pratico che difficilmente riescono ad essere superati.

A livello metodologico, una decisione fondamentale e caratterizzante per il lavoro di ricerca è quella relativa alla scelta degli strumenti da adottare (Fava & Masserini, 2002). Un limite della ricerca nei servizi pubblici può essere costituito dall'orientamento teorico e ideologico dello sperimentatore; questo infatti è la base per decidere di adottare uno strumento piuttosto che un altro.

Inoltre, il costrutto teorico di riferimento dà significato specifico ai risultati di una ricerca che, proprio per questo, non sono estendibili a lavori svolti con presupposti differenti.

Le opzioni possibili per la scelta degli strumenti sono diverse: gli *autosomministrati* e gli *eterosomministrati*; quelli che analizzano la *variazione sintomatica* o che fanno una *valutazione funzionale*; gli strumenti *monodimensionali* o quelli *multidimensionali*; gli strumenti *uguali per qualsiasi tipo di trattamento* o quelli che valutano *obiettivi di uno specifico trattamento*; gli strumenti che colgono il *punto di vista del paziente* o quelli che si rifanno a *criteri standard di salute mentale*; gli strumenti più *semplici* o quelli più *complessi*; gli strumenti più *diffusi* o quelli più *particolari*; gli strumenti che valutano *esiti* o quelli orientati alla valutazione dei *processi*; gli strumenti ad *alto* o *basso* contenuto teorico (*theory relevant*).

Se l'obiettivo dell'indagine è valutare l'offerta complessiva dei DSM, è preferibile considerare strumenti più adatti a studi *multidimensionali*, che offrono una panoramica del cambiamento del paziente articolata su livelli differenti. Un servizio pubblico, infatti, non eroga un'unica prestazione e spesso ogni paziente usufruisce di trattamenti multipli che hanno sia obiettivi di miglioramento specifici sia obiettivi più generali, indirizzati al contesto ambientale e familiare del paziente stesso, che diventano variabili da non sottovalutare durante la pianificazione del progetto di ricerca. Uno studio *multidimensionale* può anche avvalersi di diversi strumenti *monodimensionali*, ne è un esempio il Progetto Outcome avviato da Mirella Ruggeri (2000) nel Servizio Psichiatrico di Verona sud, in cui venivano misurati: il funzionamento globale dei pazienti (GAF), la psicopatologia (BPRS), la disabilità sociale (DAS II), il bisogno di cura (Camberwell Assessment of Needs-CAN), la qualità della vita (LQL-Lancashire Quality Life Profile) e la soddisfazione dei pazienti (Verona Service Satisfaction Scale VSSS-54).

Un ulteriore esempio è quello dello studio messo a punto da Freni, Azzone, Bartocetti, Verga e Vigono (2000) con l'obiettivo di costruire un protocollo applicabile e somministrabile nelle specifiche condizioni operative del Servizio di Psicoterapia dell'Istituto di Clinica Psichiatrica dell'Università degli Studi di Milano. Questo studio aderisce all'ottica multidimensionale della valutazione degli esiti e dei processi dei trattamenti e analizza diverse aree per mezzo di una pluralità di strumenti *monodimensionali*. Per l'area della personalità del paziente: la Scala per la Valutazione dei Meccanismi di Difesa di Perry e Cooper (1986), la Trama Relazionale Conflittuale Centrale di Luborsky e Crits-Christoph (1990), l'Inventario dei Problemi Interpersonali di Horowitz (Horowitz, Rosenberg, Ureno, Kalehzan, & O'Halloran, 1988) e l'Inventario dell'Organizzazione di Personalità di Clarkin (non pubblicato). Per l'area del disturbo del paziente: Diagnosi Multiassiale secondo il DSM IV (American Psychiatric Association, 1994), la Symptom Check List Revised (Derogatis, 1977), la Brief Psychiatric Rating Scale (Overall & Gohram, 1962) e la Scala di Valutazione Salute Malattia (Luborsky, 1975).

Le ricerche sulle psicoterapie erogate nei DSM possono inoltre avvalersi del *doppio sistema di valutazione* (auto ed etero), per ovviare ai limiti degli strumenti *autosomministrati* ed *eterosomministrati*. I primi, pur limitando i *bias* relativi allo sperimentatore, non ovviano ai problemi relativi all'affidabilità delle risposte date dal paziente; i secondi, invece, possono risentire delle distorsioni del *rater* (sia esso il terapeuta o meno), che spesso non ha accesso ad una mole adeguata di dati relativi al paziente e potrebbe "auspicare" risultati di un certo tipo.

Uno studio ideale dovrebbe avere misure facilmente applicabili e standardizzate, che diano risultati realmente significativi da un punto di vista clinico e siano in grado di valutare variabili molteplici e complesse (Fava & Masserini, 2002).

2. Una proposta per l'assessment e la pianificazione dell'intervento nel contesto istituzionale: verso la valutazione del processo delle psicoterapie.

All'interno del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), il CSM (Centro di Salute Mentale) svolge l'attività di accoglienza, diagnosi, presa in carico e di intervento psicologico-psicoterapeutico nei confronti dell'utenza territoriale.

La possibilità di fornire, in ambito istituzionale, interventi terapeutici calibrati rispetto ai bisogni del paziente, risulta spesso ridotta, a causa dell'interazione di una molteplicità di fattori contestuali, tra cui la mancanza di protocolli strutturati di valutazione psicodiagnostica che non consente di chiarificare l'obiettivo degli interventi né di conseguire la valutazione degli esiti delle psicoterapie.

Appare importante sottolineare come questa condizione di carenza di strumenti possa essere collegata all'impiego, ampiamente diffuso nella prassi dei servizi pubblici del DSM IV e ICD X.

I sistemi di classificazione diagnostica internazionale presentano rilevanti limitazioni poiché non forniscono indicazioni utili al trattamento, essendo fondati su un modello categoriale e descrittivo.

Westen (1998) ha osservato come la semplicità e facilità nella classificazione e nel riconoscimento dei disturbi comportino spesso alcuni rischi, ad esempio il *labeling* e la *comorbidità* dei disturbi diagnosticati sia rispetto all'Asse I sia all'Asse II.

L'area dei disturbi di personalità, in particolare, viene frequentemente trascurata applicando il sistema descrittivo, che tende a scindere il processo della formulazione del caso da quello della diagnosi.

La necessità di "dare un senso alla diagnosi" è stata sottolineata da Barron (1998), affinché risulti una valutazione più accurata delle funzioni affettive, cognitive e comportamentali che interagiscono in presenza di determinate condizioni e che risultano importanti per l'adattamento psicologico e sociale.

Nella prassi di routine dei servizi pubblici, l'effetto dell'utilizzo del sistema descrittivo-categoriale è stato oggetto di alcune ricerche in cui è stato messo in luce come talvolta la psicoterapia venga considerata come trattamento elettivo in virtù di una consuetudine diagnostica rispetto all'uso o meno di taluni codici nosografici che non comportano in sé nessuna indicazione o linea guida utile al lavoro del clinico (Bittanti, Nazzani, & Gaddi, 1998).

Introdurre una metodologia per la valutazione diagnostica utile alla formulazione del caso clinico ed alla pianificazione degli interventi è alla base della successiva verifica dell'esito dell'intervento.

La ricerca empirica può essere fecondamente introdotta all'interno del servizio pubblico per corrispondere sia agli scopi dell'istituzione, intenzionata ad integrare indicatori e parametri di efficacia e di qualità del servizio offerto, sia verso il lavoro degli operatori rispetto alla chiarezza, alla coerenza e alla fondatezza delle procedure adottate.

Metodo

Il protocollo della ricerca è orientato all'integrazione di due metodi di osservazione, ispirandosi al disegno *single-case*, maggiormente adatto a cogliere la complessità dell'incontro clinico nel rispetto del rigore metodologico.

La formulazione del caso clinico, si avvale oltre che di uno strumento di valutazione delle dimensioni psicologiche psicodinamiche (OPD, Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata), dell'Adult Attachment Interview, al fine di integrare la raccolta di informazioni anamnestiche e di formulare ipotesi in chiave evolutiva. L'introduzione del protocollo dell'intervista sull'attaccamento risulta particolarmente fecondo per differenti motivi: 1) costituisce uno spazio di narrazione della propria storia che incoraggia e sostiene la riflessione, rivelando la predisposizione e l'indicazione all'eventuale intervento psicoterapeutico (Holmes, 1993); 2) "sorprendendo l'inconscio" (Hesse, 1996); offre una finestra per la comprensione delle strategie difensive rispetto alla propria consapevolezza e alla regolazione affettiva in relazioni ad eventi stressanti o dolorosi (Solomon & George, 1999); 3) permette di individuare particolari stati mentali disorganizzati o dissociati costituitesi in condizioni traumatiche che riguardano il sistema motivazionale dell'attaccamento (perdita e abuso), che determinano lo sviluppo dello stato psicopatologico (Liotti, 2006); 4) può costituire un riferimento per la valutazione del cambiamento e, dal momento che le dinamiche intersoggettive giocano un ruolo centrale nella connessione degli stati mentali dissociati, risulta utile per l'impostazione della strategia psicoterapeutica appropriata (Holmes, 2001).

Campione

I soggetti (attualmente 20), si sono rivolti presso un Centro di Salute Mentale pubblico per richiedere un intervento terapeutico. Dopo il colloquio iniziale di accoglienza, hanno acconsentito alla proposta di partecipare ad un ciclo di quattro colloqui di valutazione ed hanno dato il consenso al trattamento dei dati. I criteri di inclusione nel campione sono: età compresa tra i 21 e i 60 anni, livello socioculturale equamente rappresentato, genere femminile leggermente sovra rappresentato, esclusione di disturbi psicotici, diagnosi in asse II. Gli operatori sono psichiatri e psicologi e sono di orientamento teorico psico-dinamico o sistemico-familiare. Tutti hanno più di dieci anni di esperienza.

Strumenti

La diagnosi dei soggetti è stata valutata dai clinici secondo i criteri del DSM IV dopo due colloqui. E' stata utilizzata la SCID II per la valutazione dei disturbi dell'asse II.

La trascrizione dei colloqui è stata valutata attraverso la *Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata* (Gruppo OPD, 1992), per una descrizione accurata dello strumento rimandiamo al testo. L'organizzazione multiassiale si sviluppa su cinque dimensioni: 1) vissuto di malattia e presupposti per il trattamento; 2) relazioni; 3) conflitti; 4) struttura, che a sua volta riguarda sei sottodimensioni: percezione di sé, autoregolazione, difese, percezione dell'oggetto, comunicazione, legame); 5) disturbi mentali e psicosomatici, corrisponde alla Diagnosi DSM IV o ICD XI.

L'*Adult Attachment Interview* è stata siglata con il metodo di Main e Goldwyn (1998) da un giudice esperto. La siglatura dell'AAI si effettua sulla base dell'assegnazione di un punteggio su 5 scale relative alla probabile esperienza infantile con la madre e con il padre e da 9 scale della mente dalle quali perviene la classificazione finale sullo stato attuale della mente rispetto all'attaccamento a quattro o undici categorie (distanziante, sicuro, preoccupato, disorganizzato).

Procedura

Il ciclo di quattro colloqui di valutazione, successivo al colloquio di accoglienza, comprendeva due colloqui psicodiagnostici, la somministrazione dell'Adult Attachment Interview, un incontro di restituzione e di ri-formulazione del caso con l'eventuale indicazione terapeutica. I colloqui, audioregistrati, sono stati trascritti secondo le regole (Mergenthaler & Stinson, 1992). Due giudici addestrati hanno valutato i colloqui diagnostici (IIR= .91), l'intervista sull'attaccamento è stata valutata da un giudice esperto.

I giudici hanno inoltre valutato l'intervista sull'attaccamento con il sistema dell'Asse Relazioni dell'OPD.

I dati ottenuti con punteggi su scala sono stati analizzati qualitativamente al fine di formulare ipotesi sulla formulazione diagnostica e in chiave evolutiva.

Risultati

Michele, 45 anni, impiegato in una multinazionale, sposato con due figli adolescenti.

La diagnosi effettuata all'inizio della valutazione rileva a seconda degli strumenti e dei criteri utilizzati la seguente condizione clinica:

Diagnosi secondo DSM IV

Asse I: Disturbo Bipolare I, con episodio depressivo moderato

296.52

Asse II: Disturbo narcisistico di personalità con tratti ossessivi

301.81 (SCID asse II)

Asse III: Ipertensione arteriosa

Asse IV: nessun evento rilevante

Asse V: GAF 65

Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata

Vissuto di malattia

La **gravità del quadro organico e psichico** presentato appare elevata poiché il paziente afferma di gestire i momenti di ansia e depressione attraverso frequente induzione del vomito, questa pratica ha prodotto delle lesioni intestinali interne. Questa condizione comporta un livello di **sofferenza soggettiva** elevato, sia un'elevata **compromissione dell'esperienza di sé** sul piano fisico, psichico e delle relazioni sociali. Il **vantaggio secondario della malattia** risulta basso. Le capacità di **insight psicosomatico** del paziente appaiono assenti, **l'insight somatopsichico** è medio. La **valutazione del trattamento medico** come trattamento più idoneo è elevata e la motivazione del paziente è analoga. Il **trattamento psicoterapeutico** risulta poco adatto sia nella valutazione del clinico che rispetto alla motivazione del paziente. La compliance appare bassa, i **sintomi somatici** e i **sintomi psichici** sono entrambi altamente centrali. Il paziente appare mediamente integrato rispetto al contesto familiare, lavorativo e sociale in senso allargato, le **risorse personali** sono medie come il **sostegno sociale** ricevuto. Il **senso di limitazione soggettiva** rispetto all'entità del disturbo appare moderato.

Relazioni

Il **vissuto soggettivo del paziente** è improntato sull'abitudine di aiutare, accudire, proteggere **eccessivamente gli altri (3)**, sente di sottomettersi e adattarsi alle loro esigenze (22) e di rinunciare in modo rassegnato a se stesso (24), d'altro canto percepisce gli altri come sempre richiedenti pretenziosi nei suoi confronti (5), pronti ad accusarlo o incolparlo (8), qualora non li soddisfi, o ad ignorarlo (14).

Gli **altri, compreso il terapeuta**, sentono che il paziente, più che aiutare e accudire, cerca invece di dominare e comandare (6), accusando e incolpando gli altri se non seguono le sue indicazioni e predisposizioni (8), e che tende a mettersi eccessivamente al centro dell'attenzione (19). Nei confronti del paziente, gli altri, tendono a reagire secondo modalità differenti che possono contribuire ad alimentare taluni vissuti nel paziente: tendono a lasciar fare in modo rassegnato (15), in modo che il paziente li senta come richiestivi, si sottomettono e adattano (22), e il paziente si sente ignorato, oppure si oppongono e sfidano (16), e il paziente si sente accusato e incolpato.

La **valutazione dell'asse relazioni applicata all'intervista sull'attaccamento** ha conseguito le seguenti informazioni: **rispetto alla madre**: il paziente sente nella propria esperienza soggettiva che tendeva ripetutamente ad aiutare e accudire la madre (17), si metteva eccessivamente al centro dell'attenzione (19); il paziente sente che la madre lo controllava sospettosamente (7), lo accudiva e proteggeva eccessivamente (3), lo umiliava e svalutava (9); nei confronti della madre lui tendeva a sottomettersi e adattarsi (22), rinunciare rassegnatamente (24). Secondo la valutazione dell'osservatore esterno, la madre lo accudiva e proteggeva eccessivamente (3), pretendeva e faceva richieste (5), lo dominava e comandava (6). Rispetto alla relazione attuale la descrizione degli item viene confermata.

Rispetto al padre, riporta nella propria esperienza soggettiva la tendenza ad ammirarlo e idealizzarlo **eccessivamente (1)**, si affidava e appoggiava **eccessivamente (20)**, si svalutava e si faceva da parte di fronte a lui (23); il paziente sente anche che il padre gli impartiva istruzioni ed era condiscendente (4), pretendeva e faceva richieste (5), lo ignorava (14); il padre nei confronti del paziente tendeva a respingerlo (7), lo accusava e incolpava (8), gli impartiva ordini e istruzioni (4). Nella valutazione dell'osservatore esterno, nei confronti del padre, il paziente tende (sia nel passato che nel momento attuale) a idealizzarlo e ammirarlo **eccessivamente (1)**, cerca di ridimensionare e conciliare le contraddizioni e le esperienze negative (25), di sottomettersi e adattarsi (22) alle sue richieste.

Conflitti

Il paziente vive, mettendo in atto delle modalità di elaborazione sia attive sia passive, il **conflitto di controllo e sottomissione** relativamente alle sue relazioni familiari con la madre, la famiglia ed il contesto lavorativo. Su un piano di consapevolezza il paziente si percepisce come incapace di dire no, di imporsi sul punto di vista degli altri, seguendo le regole di vita apprese dal padre. Dalle

narrazioni degli episodi relazionali in diversi contesti, emerge che l'agire del paziente è costantemente volto al controllo e alla gestione delle situazioni esterne che coinvolgono altri, al fine di aiutarli e proteggerli. Il *secondo conflitto* che risulta essere estremamente significativo è quello di *autostima* per quanto riguarda il proprio valore in relazione a quello degli altri. Sembra che le modalità protettive e di continua preoccupazione per le esigenze e i bisogni degli altri sia, oltre che la manifestazione di un conflitto di accudimento/autarchia, una strategia per mantenere un ruolo di protettore e salvatore che aumenta il senso di autostima interno. Tuttavia il soggetto sembra avere una modesta percezione dei propri conflitti, che vengono espressi sul piano dell'azione a scapito della mentalizzazione.

Struttura

Il paziente ha una *percezione di sé* moderatamente integrata (2,5), ha difficoltà a sviluppare un'immagine di sé coerente e differenziata rispetto ai suoi affetti, specialmente di angoscia, ira, autosvalutazione e ambivalenza; le *modalità auto-regolative* appaiono scarsamente integrate (3) (le pratiche di induzione del vomito sono impulsive e autolesive, il livello di autostima è estremamente fragile oscillando tra la tendenza a mortificarsi e la rappresentazione grandiosa di sé), le *difese* prevalenti si collocano su un basso livello di integrazione (3) poiché sono orientate a modalità distorcimenti l'immagine di sé e degli oggetti e al diniego della propria realtà interna ed esterna. La *percezione dell'oggetto* è molto limitata (3), gli altri sono percepiti o come persecutori oppure come estremamente idealizzati. Le capacità di *comunicazione* risultano tuttavia moderatamente integrate anche se disturbate, poiché prevale la disponibilità a comunicare i propri conflitti e la propria condizione di disagio (2). Il *legame* scarsamente integrato (3): poche relazioni buone sono state interiorizzate, gli oggetti interni puniscono e svalutano e vi è estrema dipendenza dagli oggetti esterni. La *valutazione complessiva della struttura* del paziente risulta poco integrata (3): lo spazio interno e la funzione riflessiva appaiono poco sviluppate, le funzioni regolatrici molto ridotte, i conflitti si collocano in una sfera interpersonale più che intrapsichica.

Adult Attachment Interview

Lo stato mentale attuale nei confronti dell'attaccamento risulta U/CC ovvero Non Risolto rispetto al lutto paterno, e Non Classificabile data la compresenza di due distinti pattern di attaccamento. Rispetto alla relazione con la madre lo stato della mente è di tipo Preoccupato/Invischiato con la prevalenza di processi passivi di pensiero; relativamente alla relazione con il padre prevale nettamente la forte idealizzazione della relazione contraddetta in molti punti da episodi relazionali incoerenti.

In particolare, le scale valutate forniscono le seguenti informazioni.

Scale delle probabili esperienze di attaccamento infantile: le esperienze di effettiva e genuina amorevolezza con la madre e il padre appaiono moderatamente ridotte, rispetto alla figura paterna emerge un atteggiamento di rifiuto, mentre rispetto alla madre è rilevabile un pattern di invischiamento e di inversione di ruolo.

Scale dello stato mentale attuale rispetto ad ogni genitore: nei confronti della madre il paziente mostra passività nei processi di pensiero ed inoltre emerge lievemente rabbia e atteggiamento svalutativo verso la relazione. Rispetto al padre prevale l'idealizzazione, che risulta molto elevata.

Scale di valutazione dello stato della mente attuale globale: gli elementi più significativi che si riscontrano appaiono legati all'assenza dei processi metacognitivi, alla pervasività della passività dei processi di pensiero, infine alle cadute del monitoraggio dei processi cognitivi rispetto alla mancata risoluzione del lutto e ad esperienze traumatiche come minacce e pressioni psicologiche. In particolare la coerenza narrativa appare molto incoerente con intense violazioni delle massime di rilevanza e quantità.

Durante la conversazione, la narrazione spesso si allontana dagli argomenti richiesti per dilungarsi molto a lungo su altri temi tangenziali e molto lontani da quelli richiesti. Soprattutto per quanto riguarda il riferimento alla propria esperienza e ai sentimenti che ha evocato in lui, il paziente risulta evasivo e sospende il discorso cambiando soggetto.

Discussione

Il protocollo di raccolta dei dati diagnosticamente utili permette di focalizzare differenti dimensioni relative alla comprensione del caso clinico.

La diagnosi secondo il DSM IV evidenzia infatti un Disturbo Bipolare di tipo I, con episodio più recente di tipo depressivo moderato. In asse II la diagnosi di Disturbo Narcisistico di Personalità non permette, da sola, al clinico di tracciare un quadro comprensivo del funzionamento psichico del paziente e dell'eventuale interdipendenza dell'emergenza delle due condizioni psicopatologiche.

La Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata offre al clinico una visione multidimensionale della personalità del paziente.

L'asse *Struttura* evidenzia una scarsa integrazione globale, che si evidenzia particolarmente rispetto alla percezione dell'oggetto, delle difese, delle capacità di autoregolazione delle emozioni e di comunicazione. L'asse *Conflitti* mette in luce due principali nuclei conflittuali. Il primo, rispetto al controllo e alla sottomissione, porta il paziente a vivere sé stesso rispetto alle relazioni come passivamente sottomesso agli ordini e alle richieste degli altri; il secondo conflitto, rispetto all'autostima, porta il paziente a dover continuamente compiacere le aspettative esterne per sentire di essere in grado di mantenere un senso di sé valido e coeso. Un terzo conflitto, presente ma meno centrale al momento della valutazione, riguarda l'accudimento e l'autarchia con cui il paziente tende a provvedere esclusivamente ai bisogni degli altri isolando completamente la percezione dei propri, con ricaduta sulle proprie capacità auto-regolative. Dal momento che la percezione dei conflitti risulta molto ridotta a causa della scarsa capacità riflessiva, l'indicazione per il trattamento indica una bassa propensione alla psicoterapia.

L'intervista sull'attaccamento convalida le osservazioni inferibili attraverso l'OPD, permettendo di formulare alcune ipotesi evolutive sul disturbo a partire dalle narrative sulle (probabili) esperienze relazionali e dall'osservazione delle strategie difensive preponderanti rispetto a quelle che caratterizzano lo stato mentale attuale rispetto all'attaccamento. Questo vertice risulta estremamente importante per il clinico che dovrà prendere in carico il caso, dal momento che la relazione terapeutica può essere vista come relazione di attaccamento. Conoscere lo stato mentale relativo all'attaccamento del paziente, così come le sue capacità comunicative e il tipo di relazioni interiorizzate (legame), offre indicazioni utili per prevedere le difficoltà nella costruzione della relazione terapeutica e per progettare strategie vantaggiose finalizzate all'alleanza di lavoro. In particolare, l'AAI mostra punti di convergenza rispetto alle dimensioni psicodinamiche prese in esame dall'OPD nella valutazione di queste aree.

1) *Esperienze relazionali vs pattern di relazione attuali.* l'applicazione del sistema circomplesso (Benjamin, 1974) dell'asse Relazioni sia al colloquio clinico sia all'intervista sull'attaccamento, ha evidenziato la continuità di alcuni pattern di comportamento e modalità relazionali che hanno origine nelle relazioni con i genitori. Ad esempio il paziente riferisce di aiutare, accudire e proteggere eccessivamente gli altri, modalità che connota fortemente la relazione con la madre durante l'infanzia, improntata sull'invischiamento e l'inversione di ruolo. Michele sente inoltre di sottomettersi e adattarsi alle richieste degli altri e di rinunciare a se stesso. Questo schema di relazione affiora nei ricordi e nelle narrazioni quale modalità adattativa per il mantenimento della relazione con entrambi i genitori. Michele al momento della consultazione, sente che gli altri avanzano pretese, lo accusano e incolpano se non le esaudisce oppure lo ignorano.

L'esperienza di essere ignorato o criticato genera una forte rabbia narcisistica, che nutre un conseguente vissuto depressivo rispetto al senso di sé. Questo pattern cognitivo ed emotivo riflette l'esperienza di rifiuto paterno che Michele razionalizza, attribuendo a se stesso la responsabilità di aver fallito nei confronti delle aspettative paterne. Rispetto al clinico, infine, Michele tende ad agire attraverso difese di basso livello le stesse modalità di relazione. L'esperienza degli altri, compreso il clinico, nei confronti del paziente, è di essere controllati e pressati dalle richieste ed aspettative del paziente, mentre Michele sente di essere prodigo nell'offrire le sue cure ed attenzioni.

Il clinico sente di sottomettersi e adattarsi alle richieste del paziente e di essere accusato qualora non le soddisfacesse, reazione controtransferale complementare al vissuto interno del paziente.

- 2) *Asse Struttura vs strategie difensive*. il livello di strutturazione psichica appare scarsamente integrato, le difese sono organizzate rispetto ad un basso livello di funzionamento (narcisistiche e borderline) seppur rimane presente un livello di difese nevrotiche ed ossessive. Lo stato mentale relativo all'attaccamento infatti evidenzia due pattern distinti e contrastanti di strategie difensive rispetto ai vissuti relazionali: passività dei processi cognitivi (madre) e idealizzazione (padre). Questa indicazione può essere predittiva della difficoltà di instaurare un rapporto collaborativo con il terapeuta poiché la capacità di un relazione di attaccamento è collassata e frammentata.
- 3) *Lutto non risolto e aree dissociate*. l'intervista sull'attaccamento evidenzia la non risoluzione del lutto (paterno). Tale condizione suggerirebbe la presenza di processi dissociativi del pensiero (Liotti, 2006), che necessitano di una particolare attenzione e priorità nella pianificazione dell'intervento e degli obiettivi cui si rivolge (Holmes, 2001).
- 4) *Autoregolazione e capacità riflessiva*. la fragile regolazione dell'autostima esita in agiti rispetto alle condotte alimentari. Lo spazio psichico per la riflessione e la tolleranza delle emozioni negative è molto ridotto e si esplica anche sul piano della comunicazione interpersonale.
- 5) *Incoerenza narrativa e assenza di processi metacognitivi*. l'interazione dialogica appare particolarmente squilibrata, Michele parla incessantemente, le sue riflessioni passano velocemente da un argomento all'altro, oppure si concedono lunghe divagazioni su temi ed episodi molto lontani dalle domande. Non sembra comprendere le intenzioni e gli stati dell'interlocutore a cui ne attribuisce altri spontaneamente. Queste caratteristiche specificano, rispetto alla dimensione interpersonale e comunicativa, l'incapacità di differenziare psicologicamente sé stesso dall'altro e la preminenza di meccanismi di identificazione proiettiva.

In conclusione, le osservazioni ricavate dall'utilizzo congiunto della Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata e dell'intervista sull'attaccamento risultano finalizzate, in primo luogo, alla comprensione del funzionamento della personalità del paziente su cui il disturbo bipolare si sviluppa e manifesta.

In secondo luogo, la valutazione dello stato della mente relativo all'attaccamento offre al clinico la possibilità di stimare in anticipo la capacità del paziente di essere collaborativo verso la terapia e, di conseguenza, di adottare misure ad hoc.

Ad esempio, stabilire un setting multiplo che fornisca due terapeuti di riferimento potrebbe ridurre la tendenza rispetto ad un eventuale drop-out (Liotti, Farina, & Rainone, 2005); affiancare la farmacoterapia al trattamento psicoterapeutico può svolgere un'azione sia di contenimento dei sintomi depressivi sia di sostegno al funzionamento della personalità.

Lo stato mentale non classificabile potrebbe essere affrontato con efficacia da un atteggiamento contenitivo, mirato alla rielaborazione degli episodi narrativi aiutando a fornire una descrizione più dettagliata e coerente con tono calmo e sicuro (Holmes, 2001).

I vantaggi del presente studio si rivolgono all'introduzione della ricerca di tipo osservativo nel contesto istituzionale.

Questo passaggio ad un'ottica multidimensionale costituisce un nuovo criterio di comprensione della complessità e ricchezza della realtà clinica. La proposta presentata fonda un primo tentativo di ricerca empirica in questa direzione, che può aprire la strada alla valutazione del processo terapeutico anche all'interno dei servizi pubblici. Al di là dello scopo di ricerca, l'intento di questo lavoro è di applicare dei metodi diagnostici strutturati e organizzati in un protocollo che possano svolgere un'azione formativa permanente orientata anche all'autosupervisione dell'operato del clinico.

Gli strumenti utilizzati per l'assessment (OPD e Adult Attachment Interview) possono essere applicati anche senza l'audioregistrazione, qualora i clinici siano appositamente istruiti e formati.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, D.C.: APA Trad. it. (1983). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (3rd ed.). Milano: Masson.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, D.C.: APA Trad. it. (1996). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (4th ed.). Milano: Masson.
- Barbui, C. (2001). Per l'introduzione di attitudini di ricerca nella pratica quotidiana. *Rivista sperimentale di freniatria*, 125 (1), 13-22.
- Barron, J.W. (1998). *Making Diagnosis Meaningful: Enhancing Evaluation and Treatment of Psychological Disorders*. American Psychological Association. Trad. it. (2005). *Dare un senso alla diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Benjamin, L.S., (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Rev.*, 81, 392-425.
- Bittanti, E., Nazzani, R.G., & Gaddi, C. (1998). Un protocollo per l'attività psicodiagnostica e psicoterapeutica: Esperienza di registrazione dei casi clinici nell'azienda USSL 39 Milano. *Ricerca in psicoterapia* 1 (1), 79-100.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. London: Routledge. Trad. it. (1989). *Una base sicura: Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cerbo, M. (2005). La Valutazione come strumento per il miglioramento della qualità. In M. Vigorelli (Ed.), *Il lavoro della Cura nelle Istituzioni* (pp. 220-223). Milano: FrancoAngeli.
- Carli, L., & Pintarelli, M. (2005). Adattamento e uso dell'intervista microanalitica di Stern per l'analisi delle interazioni nel corso delle pratiche educative. In M. Vigorelli (Ed.), *Il lavoro della Cura nelle Istituzioni* (pp. 220-223). Milano: FrancoAngeli.
- Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli, A. (Eds.) (2006). *La ricerca in psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Del Corno, F., & Lang, M. (1995). *Modelli di colloquio in psicologia clinica*. Milano: FrancoAngeli.
- Danzin, N. K., & Lincoln, Y.S. (Eds.) (2000). *Hanbook of qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Derogatis, L. R. (1977). *The SCL-90-R: Administration scoring and procedures* (Manual I). Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Fava, E., & Masserini C., (2002). *Efficacia delle psicoterapie nel servizio pubblico: Il contributo della ricerca valutativa alla clinica*. Milano: Franco Angeli.
- Freni, S., Azzone, P., Bartocetti, L., Verga, M.C., & Vigono, V. (2000). L'esigenza di protocolli clinici adeguati a documentare i processi e gli esiti dei trattamenti psicoterapeutici in un Servizio di Psicoterapia Istituzionale. *Ricerca in Psicoterapia*, 3, 90-116.
- Gislon, M.C. (2002). *Il colloquio clinico e la diagnosi differenziale*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Grossi, E. (1997). Seminario presso la IV Cattedra di Clinica Psichiatrica dell'Università degli Studi di Milano. Unpublished manuscript.
- Gruppo OPD, (1992). *OPD, Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*. Bern: Verlag Hans Huber. Trad. it. A. De Coro (Ed.), *Diagnosi psicodinamica operazionalizzata* Milano: Masson, 2002.
- Helstone, F.S., & Van Zuuren, F.J. (1998). Assessment for psychotherapy: A quality inquiry into intake worker's observations and their consequences for therapy indication. *Psychotherapy Research*, 8 (3), 248-263.
- Hesse, E., (1996). Discourse, memory and the Adult Attachment Interview: A note with emphasis on the emerging cannot classify category. *Infant Mental Health Journal*, 17, 4-11.

- Holmes, J. (1993). *John Bowlby and Attachment Theory (Makers of Modern Psychotherapy)*. London: Brunner- Routledge, Taylor & Francis Group. Trad. it. (1994). *La teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Holmes, J. (2001). *The Search for the Secure Base. Attachment Theory and Psychotherapy*. London: Brunner- Routledge, Taylor & Francis Group. Trad. it. (2004). *Psicoterapia per una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina.
- Horowitz, L., Rosenberg, S., Ureno, G., Kalehzan, B., & O'Halloran, P. (1988). Psychodynamic formulation, consensual response method and interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 599-606.
- Lingiardi, V., (2000). *L'alleanza terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lingiardi, V., & Madeddu, F. (2001). *I meccanismi di difesa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G. (2006). La disorganizzazione dell'attaccamento. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli. (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 591-606). Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G., Farina B., & Rainone A. (2005). *Due terapeuti per un paziente: Dalla teoria dell'attaccamento alle psicoterapie a setting multipli*. Bari-Roma: Laterza.
- Luborsky, L. (1975). Clinicians' judgments of mental health: Specimen case descriptions and forms for the Health-Sickness Rating Scale. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 35, 448-480.
- Luborsky, L., & Crist-Christoph, P. (1990). *Understanding Transference*. Washington, DC: American Psychological Association. Trad. it. (1992). *Capire il transfert*. Milano: Raffaello Cortina.
- Luborsky, L., et al. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1998). *Adult attachment scoring and classifications systems*. Berkley: University of California. Unpublished manuscript.
- McLeod J. (2000). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. London: Sage.
- Mergenthaler, E., & Stinson, C.H., (1992). Psychotherapy transcription standards. *Psychotherapy Research*, 2, 125-142.
- Overall, C.J., Gohram, D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Perry, C.J., & Cooper, S. (1986). A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 34, 865-895.
- Rosemberg, A., & Perring, G., (1996). Controlled and Randomized trials and naturalistic data: It's time to change. *Human Psychopharmacology*, 2, 353-363.
- Roth, A., & Fonagy, P., (1996). *What Works for Whom?*. London: Guilford Press. Trad.it. (1997). *Psicoterapia e prove di efficacia*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Ruggeri, M. (2000). Risultati preliminari del Progetto Outcome-CGM (Supplemento). *Impresa Sociale*, 58, 11-20.
- Schauenburg, H., Freyberger, H.J., Cierpka, M., & Buchheim, P. (Eds.) (1988). *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schneider, G., Lange, C., & Heuft, G. (2002). Operationalized psychodynamic diagnostic and differential therapy indication in routine diagnostics at psychosomatic outpatient department. *Psychotherapy Research*, 12 (2), 159-178.
- Schneider, W., & Freyberg, H. L., (2000). *Was leistet die OPD?* Bern: Verlag Hans Huber.

- Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Solomon, J., & George, C., (Eds.) (1999). *Attachment Disorganization*. New York: Guilford Press.
- Sullivan, H.S., (1954). The psychiatric interview. New York: Norton. Trad. it. (1975). *Il colloquio psichiatrico*. Milano: Feltrinelli.
- Vigorelli, M. (Ed.). (2005). *Il lavoro della cura nelle Istituzioni*. Milano: FrancoAngeli.
- Wampold, B.E. (1997). Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 7, 21-43.
- Westen D., (1998), Case formulation and personality diagnosis: two processes or one?. In J. Barron (Eds.), *Making diagnosis meaningful: Enhancing Evaluation and Treatment of Psychological Disorders* (pp.111-137). Washington, DC: American Psychological Association.
- Westen, D., Shedler, J., & Lingardi, V. (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP 200*. Milano: Raffaello Cortina.
- Wittemberg, I. (1982). Assessment for psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 8, 131-144.