

# TEORIE PRIVATE DI PAZIENTI E TERAPEUTI A CONFRONTO: UNO STUDIO MULTIPLE–CASE NELLA FASE PRELIMINARE DEL TRATTAMENTO PSICOANALITICO

FAVA EMILIO (1,3), CHICHI MARIAGIULIA (1), LINCIANO ANNA DANIELA (2), MARGOLA DAVIDE (1), GALVANO GESUALDO CLAUDIO (2), NUZZACI VALENTINA (2), CHIARI PAOLO (2), & REATTO LICIA L. (2)

(1) FACOLTÀ DI PSICOLOGIA, UNIVERSITÀ CATTOLICA DI MILANO;

(2) CENTRO MILANESE DI PSICOANALISI "CESARE MUSATTI", SOCIETÀ PSICOANALITICA ITALIANA; (3) GRUPPO ZOE

**PROGETTO FINANZIATO CON GRANT DELL'INTERNATIONAL PSYCHOANALYTICAL ASSOCIATION (IPA)**

# PROBLEMA CLINICO



Discutere in modo esplicito gli obiettivi e i modi della terapia con il paziente è una pratica necessaria per la riuscita del trattamento.

VS.

Questa pratica è inutile e potenzialmente controproducente perché la costruzione dell'alleanza di lavoro coincide con il lavoro terapeutico stesso. L'alleanza di lavoro si costruisce attraverso il lavoro interpretativo sul transfert e nel transfert.

«Può essere deviante rispetto alla analisi di resistenze celate sotto aspetti collaborativi, razionali e di identificazione con l'analista (Brenner e Curtis 1979)».

# PROBLEMA PER LA RICERCA



Abbiamo molte conferme empiriche sull'importanza:

- ▶ della costituzione dell'**alleanza di lavoro** (*working strategy consensus e working capacity*);
- ▶ della individuazione e riparazione delle **rotture dell'alleanza**;
- ▶ del **ruolo attivo del paziente**;
- ▶ della **qualità del feedback** tra paziente e terapeuta nel corso del trattamento;
- ▶ degli effetti nocivi dell' **inflexibilità del terapeuta** nel pianificare il trattamento.

Tuttavia...

Abbiamo bisogno di conoscere meglio, in termini empirici, non “se” ma “come” si strutturi il **processo che porta al costituirsi della alleanza terapeutica** e soprattutto “come” questo interagisca con i **processi che conducono al cambiamento terapeutico**.

Per studiare questo problema è necessario considerare, accanto agli aspetti espliciti, il ruolo dei processi **impliciti** che regolano le relazioni tra alleanza ed esito.

# IPOSTESI SULLE RELAZIONI TRA ALLEANZA ED ESITO I

Sia il terapeuta che il paziente, nell'iniziare una terapia, porterebbero piani e idee (**teorie private**) sulla natura del problema e sul modo di affrontarlo, più o meno indipendenti dalle loro **dichiarazioni "teoriche"**.



Le **resistenze** verso la terapia sarebbero il risultato di un **conflitto** tra le diverse idee sulla cura.

- ▶ Le **teorie sul problema e sulla cura del paziente** non sarebbero semplici credenze, ma **organizzazioni implicite o inconsce** derivate alla necessità umana di costruire sistemi esplicativi di ciò che accade. In questo senso esse sono collegate a fantasie sulla genesi della sofferenza, alla gratificazione dei desideri e all'evitamento del dolore.
- ▶ Nel **terapeuta** possono essere descritte anche come un amalgama di **teorie ufficiali**, elementi della propria **esperienza clinica** o di vita, **valori individuali** ed **elementi controtransferali**.

# Tipologie di Teorie Private



AUTORI	TIPOLOGIE
Nunberg (1926), Schmeidler (1938), Arlow & Brenner (1966), Greenacre (1966), Abend (1979), Arlow (1981)	Idee di cura dei PZ come espressione delle fantasie infantili inconsce di gratificazione libidica
Wile (1977)	1) Teoria della salvezza relazionale 2) Teoria della forza di volontà 3) Teoria della rivendicazione 4) Teoria del senso comune 5) Teoria spirituale
Arlow (1981)	Teorie private come espressione di fantasie inconsce condivise, come ad es. le fantasie fondate sulle dicotomie «normale vs. anormale», «buono vs. cattivo»  malattia = frutto delle ingiustizie subite cura = compensazione a queste ingiustizie
Sandler (1983); Sandler & Sandler (1994); Najavits (1997); Bohleber (2005); Canestri, Bohleber, Denis, & Fonagy (2006); Lilliengren & Werbart (2010)	Scollamento tra teorie esplicite e pratica clinica  Con l'aumentare dell'esperienza clinica i TR <i>adattano</i> individualmente le teorie <i>adottate</i> pubblicamente, costruendo «teorie implicite di terapia»

AUTORI	TIPOLOGIE
Weiss (1990, 1998)	Piano inconscio di cura = falsificare, attraverso la relazione con l'analista e le sue interpretazioni, credenze patogene infantili relative a come le cose sono o a come dovrebbero essere (realtà vs. morale)
Goldberg (1991)	Teorie sulla patogenesi = formazioni di compromesso condivise, connesse all'autobiografia, al mito personale e alle fantasie inconscie sulla cura  Funzione di «resistenze» che celano e, in qualche misura, rivelano ricordi conflittuali, desideri inconsci, difese attivate contro gli stessi e altri contenuti mentali
Werbart e collaboratori (Werbart & Levander, 2006; Werbart, 2007; Philips, Werbart, Wennberg, & Schubert, 2007)	Teorie utopiche vs. realistiche Idee di cura distribuite lungo due dimensioni: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. fronteggiamento vs. evitamento</li> <li>2. agency vs. salvezza esterna</li> </ol>

# IOTESI SULLE RELAZIONI TRA ALLEANZA ED ESITO II



Nella misura in cui il lavoro terapeutico implica la decostruzione e co-costruzione di una visione di sé e del mondo a partire dalle fantasie inconsce, la **costruzione della alleanza di lavoro** costituirebbe una **dimensione intrinseca al processo terapeutico** (Abend, 1979; Goldberg, 1991).

Tuttavia l'enfasi sui **processi di co-costruzione del cambiamento** implica una decisa presa di distanza da quel modo di concepire il processo terapeutico in cui il terapeuta, assumendo una posizione asimmetrica e quasi oracolare, agisce interpretativamente sul paziente.



E' necessario che il clinico si basi sull'**esperienza soggettiva del paziente** perché portatore di una conoscenza che il terapeuta non può ottenere a partire dalle proprie teorie ed esperienze (Werbart & Levander, 2005). La relazione terapeutica basata sul **rispetto del "punto di vista" del paziente** è il prototipo di una **esperienza relazionale validante e di autoregolazione positiva**.

# OPERAZIONALIZZAZIONE DEL COSTRUTTO “TEORIE PRIVATE”



Il costrutto “*teorie private*” avrebbe quindi un valore euristico rispetto al problema cruciale di “*come*” l’*alleanza di lavoro*, e in particolare quella parte che si occupa della definizione degli obiettivi e del consenso, *contribuisca in modo essenziale al processo di cambiamento*.

- ▶ Le verifiche empiriche richiedono che questo costrutto venga **operazionalizzato**, cioè vengano individuate delle modalità osservabili, validabili, transteoriche, che corrispondano al costrutto stesso e ci permettano in prospettiva di valutare le **tipologie delle Teorie Private** di pazienti e terapeuti, la loro **evoluzione nel tempo**, la loro **convergenza e congruenza** e infine il **rapporto tra questi movimenti con gli esiti e la permanenza in terapia**.
- ▶ Una ulteriore necessità è il superamento **dell'uso «ingenuo» o «letterale» dei questionari** (Carli et al., 2009).

# PRIVATE THEORIES INTERVIEW (PTI; WERBART & LEVANDER, 2005)



Intervista semi-strutturata che indaga le PTI-PZ e PTI-TR secondo 4 aree tematiche.

1. **Formulazione del problema:** *Quali sono le sue attuali difficoltà/le attuali difficoltà del PZ? Cosa pensa che l'abbia portata a cercare la terapia/abbia portato il PZ a cercare la terapia? In che modo ciò influenza la sua vita quotidiana/la vita quotidiana del PZ?*
2. **Idee sulla patogenesi:** *Come sono sorti difficoltà e problemi? Cosa è successo nel periodo in cui sono sorti? C'è qualcosa di antecedente a quel periodo che può aver avuto importanza nell'insorgenza dei problemi?*

3. **Idee sulla cura:** *Come pensa che tali problemi possano essere risolti? In che modo può essere di aiuto la terapia? Cosa può essere di aiuto all'esterno della terapia? Quali sono i possibili ostacoli? Cosa dovrebbe essere diverso?*
4. **Cambiamenti nelle formulazioni (durante, al termine e dopo la fine del trattamento):** *Cos'è cambiato? Cosa ha contribuito a tali cambiamenti?*

**Tuttavia** -> manca ancora una valutazione sistematica delle caratteristiche che le TP assumono in fasi diverse del trattamento e delle possibili implicazioni connesse alla convergenza o divergenza tra le prospettive dei soggetti interessati.

# LA RICERCA



Questo studio fa parte della fase preliminare di un progetto di ricerca multicentrico finanziato dall'IPA.

## OBIETTIVI

- ▶ Costruire un *sistema categoriale empiricamente fondato delle TP* elaborate da PZ e TR nella fase iniziale del trattamento analitico.  
*Sotto-obiettivi* -> individuare *a)* cluster di TP, *b)* relazioni di prossimità-distanza in cui si pongono, *c)* dimensioni su cui si polarizzano, *d)* punti di convergenza e di divergenza tra le TP dei PZ e dei loro TR.
- ▶ Elaborare, in funzione della medesima base empirica, un *sistema di codifica dimensionale della PTI* che consenta di valutare il grado di *congruenza/convergenza* tra le TP di PZ e TR e la loro *evoluzione*.

# METODO



## PROCEDURA

- ▶ **Somministrazione della PTI**, durante la fase iniziale del trattamento psicoanalitico (secondo o terzo incontro), a **9 PZ** e **3 TR** tra loro «**matchati**» per **coppie**, per un totale di 18 interviste (9+9) della durata di circa 45 minuti ciascuna.
- ▶ **Trascrizione** integrale delle interviste.
- ▶ **Accorpamento delle interviste** somministrate ai PZ e ai TR -> creazione di due differenti corpus: corpus PTI-P e corpus PTI-T.
- ▶ **Lettura empirica** delle trascrizioni mediante il software di analisi testuale **T-LAB** -> esclusione dalle analisi di nomi propri e intercalari, soglia di occorrenza dei lemmi pari a 11.
- ▶ **Interpretazione dei dati** emersi ad opera di due codificatori indipendenti.

## PARTECIPANTI

### ▶ CAMPIONE PZ

Eterogeneo per:

1. genere (4 donne e 5 uomini);
2. età (*range*= 19-52);
3. occupazione (3 studenti, 2 dipendenti, 1 dottorando, 1 libero professionista, 1 imprenditore, 1 disoccupato).

### ▶ CAMPIONE TR

Omogeneo per:

1. formazione ed orientamento clinico (training analitico).

Eterogeneo per:

2. genere (2 donne e 1 uomo);
3. età (*range*= 38-59);
4. anni di esperienza (*range*= 14-33).

## PIANO DI ANALISI

1. **Analisi tematica dei contesti elementari (C.E.)** -> sotto-obiettivo a) individuare cluster di TP.
2. **Analisi fattoriale delle corrispondenze (AFC)** -> sotto-obiettivi b) esplorare le relazioni di prossimità-distanza in cui si pongono, c) individuare le dimensioni su cui si polarizzano.
3. **Analisi visuale** -> sotto-obiettivo d) individuare punti di convergenza e di divergenza tra le TP dei PZ e dei loro TR.

# RISULTATI ANALISI TEMATICA DEI C.E.



## PAZIENTI

### 1. Diagnostico-esperienziale (23,9%)

- I PZ descrivono dettagliatamente i propri vissuti (“come sentono il problema”) e questi sono qualificati al negativo.
- All’interno del cluster sono individuabili varie categorie di disagio (interiore, relazionale, somatico, etc.) e differenti declinazioni temporali dello stesso (presente, passato, continuativo).

## TERAPEUTI

### 1. Diagnostico-esperienziale (18,7%)

- I TR descrivono dettagliatamente i vissuti dei PZ, qualificandoli per lo più al negativo, e condividono i propri vissuti transferali e controtransferali.
- A differenza dei PZ, i TR vanno aldilà della pura descrizione dei vissuti e dei sintomi -> da un lato li connettono al funzionamento e all’organizzazione di personalità del PZ, dall’altro formulano le proprie valutazioni nell’ottica di un progetto terapeutico.

## 2. Crisi-impasse (26,8%)

- I PZ descrivono una condizione di **dissoluzione del sistema difensivo** e **rottura di un precedente equilibrio** (confronto prima-dopo) che sembra interessare il **sistema relazionale** dell'individuo.
- Crisi caratterizzata da **ambivalenza**-> da un lato desideri regressivi di ripristino del precedente equilibrio, dall'altro pronuncia di un "no" ma in una logica di **scarsa possibilità di successo** -> sentimenti dominanti **impotenza** e **disperazione**.
- Dai **progetti di cura** formulati traspare l'inconsapevolezza dei PZ rispetto a possibili strategie da intraprendere.

## 2. Crisi-impasse (25,4%)

- I TR riprendono la condizione di **stallo e rottura** in cui sono precipitati i PZ, raccontando di una perdita dello stato precedente (confronto prima-dopo)
- I TR connettono questa impasse a **"deficit" nel funzionamento** del soggetto.
- I TR riflettono su potenziali **impasse del lavoro terapeutico**.
- Anche i **progetti** dei TR riflettono l'**asimmetria della relazione terapeutica**

### 3. Gratificazione-frustrazione del desiderio (26,8%)

- I PZ mostrano tracce di **progettualità**, declinabile in **triplice forma** -> aspettativa relazionale desiderata (“come vorrei che l’altro fosse”), progetto operativo/procedurale (“come fare”), anti-progetto/evacuativo (“come evitare il problema e la sofferenza che ne consegue”).

- Per lo più i PZ descrivono **situazioni relazionali in cui i propri desideri vengono frustrati** e sembra che percepiscano il **cambiamento** come **raggiungimento “quasi magico”** del proprio desiderio.

### 3. Gratificazione-frustrazione del desiderio (28,6%)

- I TR narrano dei desideri e bisogni insoddisfatti dei PZ, con particolare enfasi sulla **famiglia d’origine** e su quegli **eventi critici/traumatici** che ne hanno scandito la storia. Questi ultimi vengono connessi ai **vissuti** e alla **patologia** dei PZ.

- Gli elementi di **progettualità** sembrano riassumibili in forme del tipo “ti do io ciò che ti è mancato” o “ti insegno io a reagire come dovresti”.

#### 4. Relazionale-contestuale (22,5%)

- Il PZ dà una **descrizione** piuttosto accurata delle proprie **relazioni** tendenzialmente orientata alla realtà e con gradi variabili di attivazione del funzionamento riflessivo.

#### 4. Relazionale-contestuale (27,3%)

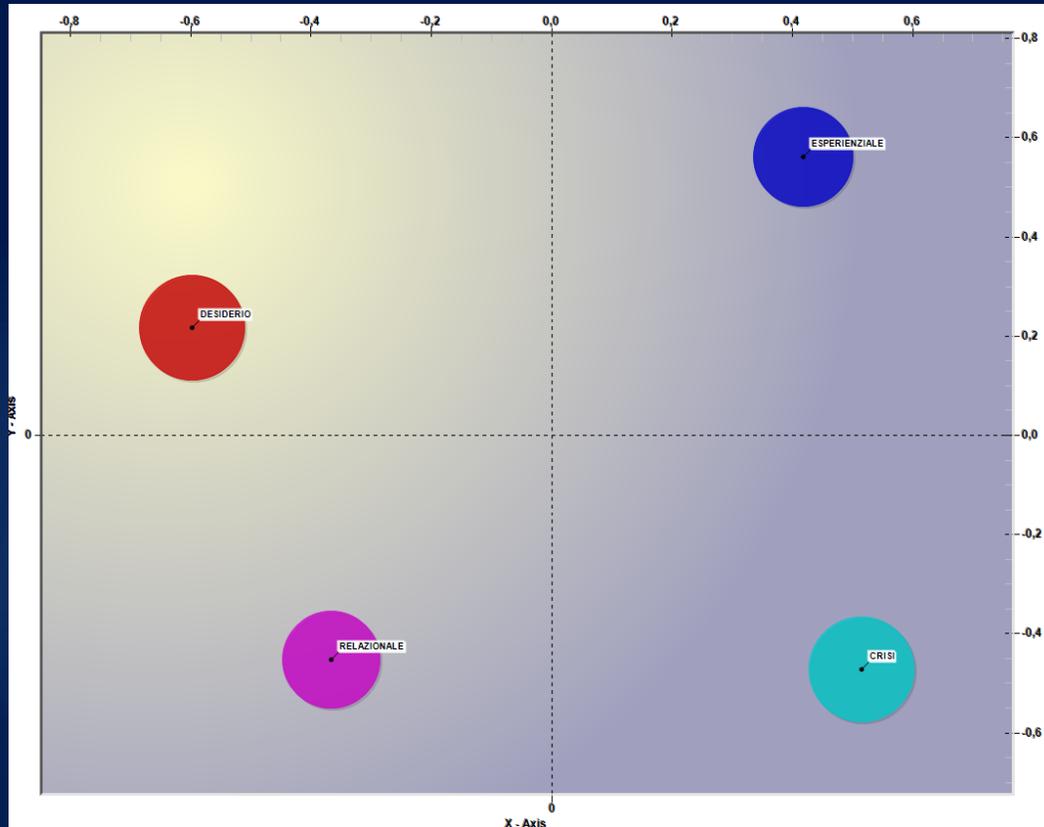
- I TR danno **descrizioni** accurate e tendenzialmente orientate alla realtà delle **relazioni** e dei **contesti** di vita dei PZ. Esplorano inoltre i possibili **fattori situazionali scatenanti** il malessere dei PZ, considerandone anche la storia anamnestica.

- In alcuni casi i TR tracciano delle connessioni tra le relazioni presenti e quelle passate dei soggetti, alla ricerca dei loro **“modelli relazionali disfunzionali”**.

- Sono presenti elementi di **progettualità**.

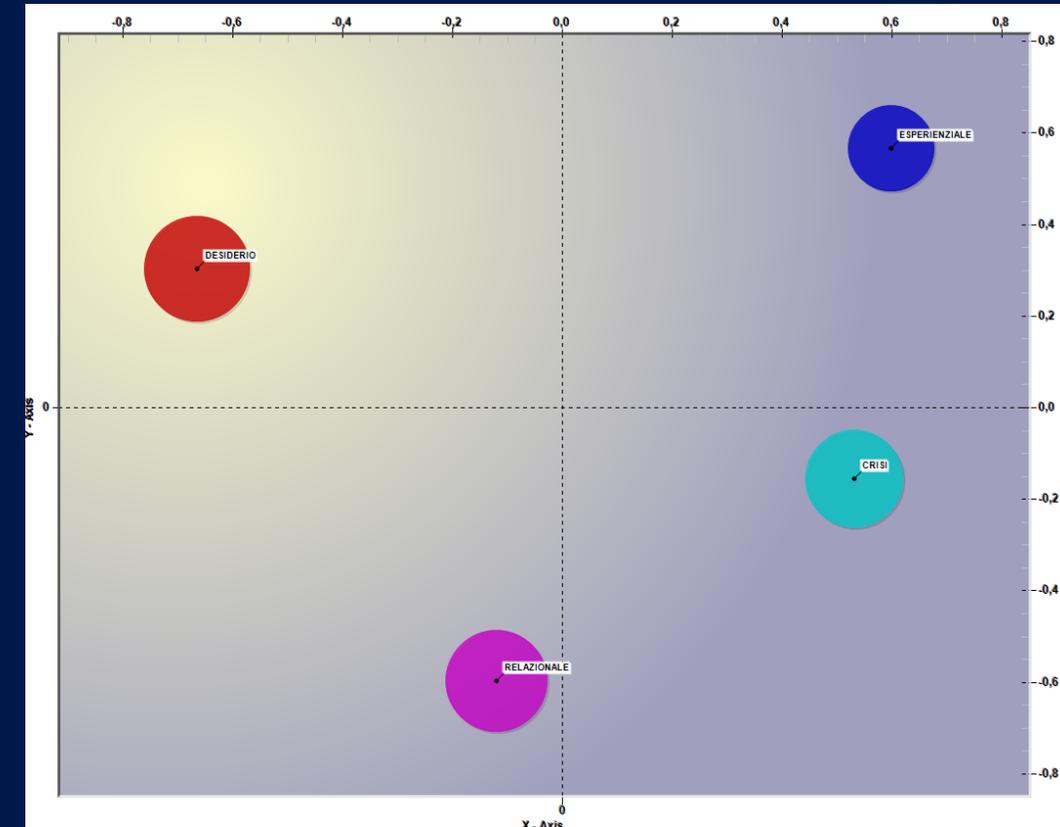
# RISULTATI AFC

## Grafico cluster PTI-P



- = Diagnostico-esperienziale
- = Crisi-impasse
- = Gratificazione-frustrazione del desiderio
- = Relazionale-contestuale

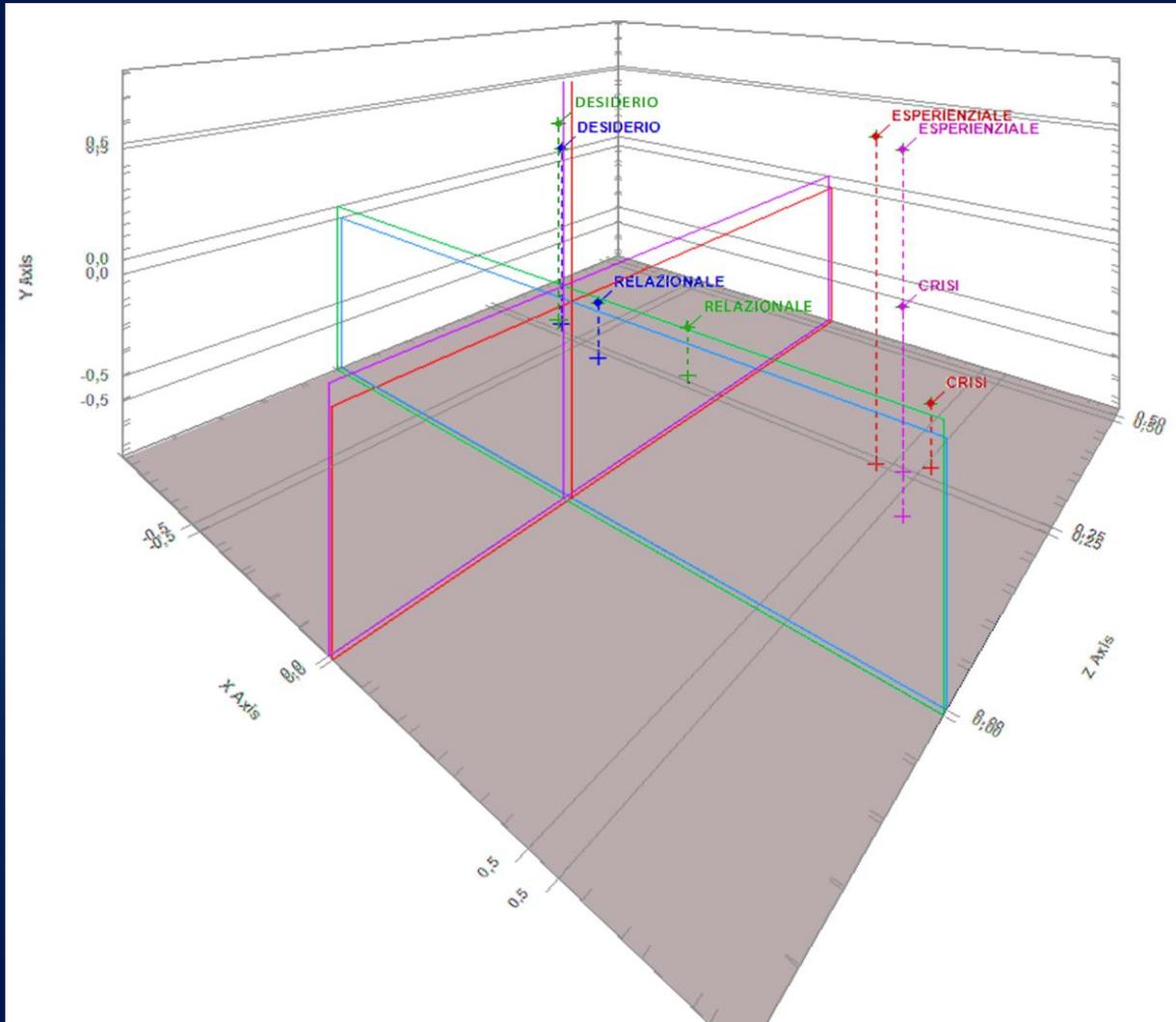
## Grafico cluster PTI-T



- = Diagnostico-esperienziale
- = Crisi-impasse
- = Gratificazione-frustrazione del desiderio
- = Relazionale-contestuale

# RISULTATI ANALISI VISUALE

## Sovrapposizione grafici PTI-P e PTI-T



ESPERIENZIALE = Diagnostico-esperienziale  
CRISI = Crisi-impasse  
DESIDERIO = Gratificazione-frustrazione del desiderio  
RELAZIONALE = Relazionale-contestuale

■ ■ = Pazienti  
■ ■ = Terapeuti

Tra le TP di PZ e TR vi sono elementi di:

- ▶ **Similarità e complementarità** -> la fantasia implicita di malattia condivisa prevalentemente è quella di un **genitore** che si configura come **agente patogeno** nello sviluppo del PZ. A questa si associa l'idea di **cura** come **compensazione a cure materne inadeguate** ("fantasie di salvezza").
- ▶ **Divergenza** -> a) i PZ tendono ad un'elevata **esternalizzazione** delle proprie difficoltà mentre i TR riconducono vissuti e sintomi al funzionamento; b) mentre la **progettualità** dei PZ appare pressoché assente o "quasi-magica" (cura come *soddisfacimento magico dei propri desideri*), i TR mostrano una progettualità più strutturata e omogeneamente distribuita all'interno dei differenti cluster.

# DIMENSIONI E STRUMENTI PER LA CODIFICA DELLA PTI



## SISTEMA DI CODIFICA A 5 DIMENSIONI

1. Natura del disagio
2. Temporalità del disagio
3. Spazio relazionale
4. Grado di esternalizzazione/internalizzazione del problema
5. Forma del discorso



## STRUMENTI

- ▶ **Sistema QDE** (*Questionnaire des Difficultés Exprimées*; Dazord et al., 1986) -> per la codifica di **tutte e 5 le dimensioni**.
- ▶ **Metodo CCRT** (*Core Conflictual Relationship Theme Method*; Luborsky & Crits-Christoph, 1990) -> per **a)** codificare una specifica componente della dimensione **“spazio relazionale”**, ovvero i **“modelli”** o **“schemi relazionali”** del PZ, **b)** rilevare uno specifico indicatore di congruenza/convergenza, ossia il grado di **accuratezza delle interpretazioni relazionali** del TR.

## VALUTAZIONI PARALLELE

- ▶ **Modello Transteorico** (*Transtheoretical Model*; Prochaska & DiClemente, 1982) -> per valutare il grado di congruenza tra le TP di PZ e TR in relazione alle **fasi del cambiamento** in cui si trovano i primi – passaggio dalla **“contemplazione”** all’ **“azione”**.

# CONCLUSIONI



- ▶ Lo studio condotto si differenzia dai contributi presenti in letteratura per il **metodo** impiegato -> ha permesso di esplorare le TP **spontaneamente** elaborate dai soggetti intervistati e di sviluppare ipotesi teoriche **empiricamente fondate**.
- ▶ Riteniamo che lo studio delle TP possa essere proficuamente sviluppato nella direzione dell'analisi della **costruzione dell'alleanza di lavoro** e del **rapporto tra alleanza di lavoro e cambiamento**.



Grazie per l'attenzione!