



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

DOTTORATO DI RICERCA IN
PSICOLOGIA

CICLO XXIV

COORDINATORE Prof. Corradetti Renato

***Il sistema di costrutti personali in persone con Disturbo Ossessivo-Compulsivo e con Disturbo Borderline di Personalità:
uno studio quantitativo e qualitativo.***

Settore Scientifico Disciplinare MPSI/08

Dottorando

Dott. Bertocci Lisa

Tutore

Prof. Cionini Lorenzo

Coordinatore

Prof. Corradetti Renato

Anni 2009/2011

Abstract

In questo studio abbiamo esplorato il sistema di costrutti di persone in due differenti condizioni cliniche: persone con diagnosi di Disturbo di Personalità Borderline (DPB) e di Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC). Due condizioni psicopatologiche estremamente differenti in cui la manifestazione del malessere passa attraverso vie cognitive, affettive e interpersonali, in modi assai peculiari. Il quadro clinico del disturbo Borderline comprende improvvise e continue variazioni nell'immagine di sé, negli obiettivi, nelle opinioni e nei valori. Analogamente la visione dell'altro oscilla tra l'idealizzazione e la svalutazione che segue all'inevitabile disillusione a fronte di richieste eccessive. La percezione di un rifiuto o di scarsa dedizione da parte di altri significativi porta ad esplosioni di rabbia intensa e a sentimenti di vuoto emotivo legati al timore della perdita (APA, 1994; APA, 2000). Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo è caratterizzato invece da pensieri intrusivi (ossessioni) che generano angoscia e che la persona DOC tenta di alleviare mettendo in atto una serie di rituali (compulsioni) (Boggetto, Albert, Saracco & Maina, 2006). Il dubbio e la costante ricerca di certezze sono due dimensioni rilevanti nell'organizzazione ossessiva, così come la moralità e l'eccessivo senso di responsabilità (Mancini, 2001; Salkovskis et al., 1998). Alcuni autori di orientamento costruttivista (Cionini & Provvedi, 2003; Guidano, 2011; Ugazio, 2012) hanno anche ipotizzato una percezione di Sé "dicotomica e antitetica che diventa la base della progressiva indecodificabilità delle sensazioni ed emozioni" (Guidano, 2011, pag. 206).

Il campione di questa ricerca è composto da 18 persone con DPB, 18 persone con DOC e 18 persone appartenenti al gruppo di controllo. A tutti i soggetti è stata somministrata la Griglia di Repertorio (GR) di Kelly (1955), tecnica che deriva dalla Psicologia dei Costrutti Personali (PCP), che consente "di esaminare la soggettività attraverso analisi quantitative sia qualitative" (Green, 2004, pag. 1) e che permette un confronto sistematico fra soggetti.

Abbiamo analizzato ogni griglia con il programma iGRIDSTAT (Bell, 2009) che fornisce misure cognitive e indici di interesse, come ad esempio l'*Intraclass Correlation* (ICC) e il *Root-Mean-Squared* (RMS), che valutano rispettivamente la differenziazione e l'integrazione dei costrutti e che rappresentano la cosiddetta "complessità cognitiva" (Bieri, 1955), cioè la capacità di costruire il comportamento sociale in maniera multidimensionale. Sono state eseguite anche analisi tematiche, estrapolando indici come la *Self-Ideal Discrepancy*. Questo indice è rappresentato dalla correlazione prodotto-momento fra i punteggi dati agli elementi "Io come

mi vedo” (Sé) e “lo come vorrei essere” (Sé Ideale); una bassa correlazione è solitamente associata a bassa autostima.

E' stata inoltre calcolata la percentuale di Dilemmi Implicativi (DI): questa forma di conflitto cognitivo (Feixas, Saúl, & Avila-Espada, 2009) rappresenta una particolare struttura cognitiva nella quale il polo di un costrutto, che rappresenta un sintomo o un problema, è associato ad un polo positivo di un altro costrutto, che potrebbe essere ad un più alto livello nel sistema gerarchico. Per dilemma implicativo quindi “si intende la condizione per cui il paziente si sente diviso fra un cambiamento desiderato e la relazione positiva che i sintomi hanno con la propria definizione del Sé e la propria identità personale” (Armezzani, Grimaldi & Pezzullo, 2004, pag. 192).

Dopo aver completato le analisi quantitative, abbiamo proseguito l'indagine attraverso l'analisi di contenuto. Due giudici indipendenti, entrambi psicologi ad orientamento costruttivista e con conoscenza specifica del metodo “CLASSIFICATION SYSTEM FOR PERSONAL CONSTRUCTS” (CSPC, Feixas, Geldschlager, Carmona & Garzon, 2002; versione italiana SCCPi; Feixas, Pizzonia, Dada, 2010), hanno inizialmente eseguito una codifica pilota di 150 costrutti come addestramento e solo successivamente hanno codificato i costrutti della GR somministrate.

I risultati suggeriscono che persone con diagnosi di personalità borderline e quelle con diagnosi Doc hanno profili di complessità cognitiva caratterizzati da frammentazione, una bassa autostima e una percentuale di dilemmi implicativi significativamente maggiore rispetto al gruppo di controllo.

I risultati dell'analisi di contenuto descrivono una geografia particolare dello spazio psicologico sia delle persone con disturbo Borderline che di quelle con disturbo Ossessivo-Compulsivo. In particolare, le persone Borderline utilizzano in modo prevalente costrutti “originali”, in cui almeno un polo del costrutto non è presente nel sistema di classificazione usato (SCCPi), e che costituiscono un'unità interpretativa molto particolare (ad esempio “mangiatore/creativo”). Interpretare la realtà attraverso queste lenti così uniche potrebbe essere uno dei motivi per cui le persone con questo tipo di disturbo fanno così fatica a comprendere gli altri e ad essere comprese.

I DOC, invece, sembrano interpretare la realtà conformandosi totalmente al senso comune (vi sono pochissimi costrutti fuori dal Sistema Classificatorio, molti meno che nel gruppo di controllo), che abbiamo interpretato come una mancanza di pensiero divergente, con

un'adesione rigorosa ai criteri maggiormente utilizzati, come se mettessero a tacere il loro punto di vista forse perché "diffidano in primis di se stessi" (Ugazio, 2012).

In this study we have explored the construct system of individuals in two different clinical groups: people that have been diagnosed with Borderline Personality Disorder (BPD) and people with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). These are two extremely different Psychopathological conditions in which malaise is manifested through cognitive, affective and interpersonal paths, in peculiar manners.

The clinical summary of BPD includes sudden and continuous changes in one's self image, objectives, opinions and values. Similarly the vision on the other person oscillates between idealization and devaluation followed by the inevitable disillusion when faced with excessive demands. The perception of a denial or poor devotion from other significant persons brings intense explosions of rage and feelings of emotional void linked to the fear of loss (APA, 1994; APA 2000).

The Obsessive-Compulsive Disorder is instead characterized by intrusive thoughts (obsessions) which generate anguish which the OCD person tries to relieve by performing a series of rituals (compulsions) (Boggetto, Albert, Saracco & Maina, 2006). Doubt and constant search of certainty are two important dimensions in the obsessive organization, as well as morality and excess sense of responsibility (Mancini, 2001; Salkovskis et al., 1998).

Some authors of constructivist orientation (Cionini & Provvedi, 2003; Guidano, 2011; Ugazio, 2013) have also hypothesized a perception of one's self: "dichotomous and unethical which becomes the base of the progressive indecipherability of sensations and emotions" (Guidano, 2011, pag. 206).

The sample were composed of 18 persons with Borderline Personality Disorder (BPD) and 18 persons with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) and of a control group (n = 18). All of them were assessed using Repertory Grid Technique (RGT). The RGT derived from Personal Construct Psychology (PCP), is a method designed to assess the patient's construction of self and others. The RGT is a particularly useful tool for studying a phenomenon as complex as the relationship between identity and pain because it is a form of evaluation that combines an idiographic approach, focusing on the constructs relevant to each particular person, with nomothetic measures that allow for comparison among individuals.

We analyzed each grid data matrix with the iGRIDSTAT (Bell, 2009) computer program, which provides a number of cognitive measures and indices, for example the Intraclass Correlation (ICC) and the Root-Mean-Squared (RMS), which evaluate respectively the differentiation and the integration of the constructs and which represent the so called "cognitive complexity" (Bieri, 1955), that is to say the ability to build social behaviour in a multidimensional way. Thematic analysis have also been made, extrapolating indexes like Self-Ideal Discrepancy. This index is estimated by the correlation between the scores given to the elements present self and ideal self, so that a lower correlation is usually associated with poorer self-esteem.

Furthermore it has also been calculated the presence of Implicative Dilemma(s): this form of cognitive conflict (Feixas, Saúl, & Avila-Espada, 2009) represents a cognitive structure in which the symptom, represented by the undesirable pole of one construct, is associated with positive characteristics of the self-identity system in which change is not desired.

A content analysis of the personal constructs was carried out. Two independent raters were trained in CLASSIFICATION SYSTEM FOR PERSONAL CONSTRUCTS (CSPC) Feixas, Geldschlager, Carmona & Garzon, 2002), in the Italian version (SCCPi) (Feixas, Pizzonia, Gloria, 2010), by rating 150 constructs from a sample used in another study (Feixas, Saúl, & Avila-Espada, 2009) and then categorized the content of constructs in the participants.

Results suggest that Individuals with BPD and OCD have profile of cognitive complexity characterized by fragmentation, a higher present self-ideal self discrepancy and it was more likely to find implicative dilemmas among them compared to controls.

Results of content analysis describe a particular geography of the psychological space of individuals with BPD and OCD.

In particular, people with BPD mostly use "original" constructs where at least one pole of the construct is not present in the classification system used (SCCPi) and constitute a very peculiar interpretative unit (i.e: "eater/creative"). To see reality through these unique lenses could be one of the reasons for which individuals with such disorder struggle to comprehend others and to be understood.

People with OCD, instead, seem to interpret reality conforming totally to what everyone else thinks(there are very few constructs outside the Classification System, a lot less than in the control group), which we have explained as lack of divergent thinking, with a rigorous adhesion to the criteria mostly used, as if they suppress their point of view may be because the "mistrust themselves in the first place" (Ugazio, 2012).

Bibliografia

APA: American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC. (Trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, 4° ed. Masson, Milano, 1996).

APA: American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision. (Trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, 4° ed. rivista. Masson, Milano, 2001).

Armezzani, M., Grimaldi, F. & Pezzullo, L. (2003). *Tecniche costruttiviste per la diagnosi psicologica*. McGraw-Hill, Milano.

Bell, R.C. (2009). *Gridstat: A program for analyzing the data of a repertory grid* (version 5.0) [computer software]. University of Melbourne: Author. (Trad. It. *Igridstat: programma statistico per l'analisi dei dati delle griglie di repertorio* (a cura di) M. Castiglioni e E. Faccio. <http://www.repgrid.unimelb.edu.au/igridstat.htm>).

Bieri, J. (1955). Cognitive complexity–simplicity and predictive behavior. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 51, 263–268.

Boggetto, F., Albert, U., Saracco, P. & Maina, G. (2006). *Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)*. Giovanni Fioriti Editore, Roma.

Cionini, L. & Provvedi, G. (2003). *Explication and Understanding in the Psychotherapeutic Process: The Co-Construction Process of the 'Logic' of the Symptom by the Therapist and the Patient*. In Chiari, G., Nuzzo, M.L. (a cura di) (2003), *Psychological Constructivism and the Social World*, European Personal Construct Association, FrancoAngeli, Milano.

Feixas, G., Geldschläger, H. & Neimeyer, R. A. (2002). Content analysis of personal constructs. *Journal of Constructivist Psychology*, 15, 1-19.

Feixas, G., Geldschläger, H., Carmona, M. & Garzón, B. (2002). Sistema de categorías de contenido para codificar constructos personales. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55 (3), 337-348.

Feixas, G., Pizzonia, G. & Dada, G. (2010). Sistema di categorie di contenuto dei costrutti personali. *Cognitivismo clinico*, 7,2, 191-204.

Feixas, G. Saúl, L.A., & Ávila-Espada, A. (2009). Viewing cognitive conflicts as dilemmas: Implications for mental health. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 141–169.

Green, B. (2004). Personal construct psychology and content analysis. *Personal Construct Theory & Practice*, 1, 82-91.

Guidano, V.F. (2011). *La complessità del sé*. Bollati Boringhieri, Torino.

Kelly, G.A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*, Norton, New York (reprinted Routledge, London, 1991).

Mancini, F. (2001). Un modello cognitivo del disturbo ossessivo-compulsivo. *Psicoterapia*, 23-24.

Salkovskis, P.M., Forrester, E. & Richards, C. (1998). Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *British Journal of Psychiatry*, 173, suppl.35, 53-63.

Ugazio, V. (2012). *Storie permesse storie proibite*. Bollati Boringhieri, Torino.