

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

A mio padre

Ringraziamenti

Questo lavoro è frutto del sacrificio di tutta la mia Famiglia.

Grazie ai miei due splendidi bambini, Niccolò e Sofia, a cui è mancata la mamma che stava di fronte al pc invece che a giocare con loro;

al mio compagno, Leonardo, che si è preso cura di tutto e tutti in mia assenza;

a mio Padre, che ha creduto in questo percorso per primo e si è impegnato anima e corpo per sostenermi;

a Lorenzo, che ha sempre, e sottolineo sempre, avuto fiducia in me;

a Elisa, senza il cui contributo intelligente e competente mi sarei sentita davvero persa;

a tutti coloro, che in modi diversi, mi hanno permesso di proseguire, fra cui mia Madre, i miei Suoceri e Nadisha;

a tutte le persone che hanno fatto finta che non esistessi per un tempo molto lungo senza farmi mancare il loro affetto, in particolar modo mio Fratello, Sara e le mie amiche di infanzia.

Indice

Introduzione	p.	1
Capitolo Primo		
<i>Background</i> teorico	p.	4
1.1 La prospettiva costruttivista	p.	4
1.2 Lo scompensamento	p.	8
1.3 Due condizioni di sofferenza psicologica: la Personalità Borderline e il Disturbo Ossessivo Compulsivo	p.	10
1.3.1 Il Disturbo Borderline di Personalità	p.	10
1.3.2 Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo	p.	14
Capitolo Secondo		
Filoni di ricerca in ambito costruttivista	p.	20
2.1 La ricerca in ambito costruttivista	p.	20
2.2 Analisi di contenuto delle griglie di repertorio tramite il SCCPi	p.	21
2.3 Analisi quantitativa dei Dilemmi Implicativi	p.	28
Capitolo Terzo		
La ricerca	p.	35
3.1 Obiettivi e ipotesi	p.	35
3.2 I partecipanti	p.	38
3.3 Lo strumento	p.	39
3.4 La procedura	p.	41
3.5 Analisi dei dati della ricerca quantitativa	p.	42

3.6 Presentazione dei risultati	p.	48
3.7 Discussione dei risultati	p.	54
Capitolo Quarto		
Analisi di contenuto	p.	56
4.1 Introduzione	p.	56
4.2 Metodo	p.	57
4.3 Analisi e presentazione dei risultati	p.	61
4.4 Discussione dei risultati	p.	71
Capitolo Quinto		
Discussioni e conclusioni	p.	72
5.1 Discussioni	p.	72
5.2 Conclusioni	p.	84
Appendice A	p.	89
Appendice B	p.	90
Bibliografia	p.	95

Introduzione

Questo lavoro si inserisce nel panorama delle recenti ricerche in ambito costruttivista che mirano a esplorare la struttura e l'organizzazione del sistema dei costrutti personali di persone in condizioni di sofferenza psicologica classificate secondo categorie diagnostiche quali ad esempio Depressione (Feixas, Montesano & Varlotta, 2009), Bulimia (Feixas, Montebruno, Dada, del Castillo & Compañ, 2010) e Fobia Sociale (Diaz, Feixas, Pellungrini, & Saúl, 2001). Assumendo una prospettiva costruttivista, l'attenzione del ricercatore si sposta dai sintomi alle caratteristiche strutturali che definiscono le capacità esplicative e predittive del sistema conoscitivo nonché alla possibilità di quest'ultimo di ristrutturarsi a fronte delle invalidazioni.

I primi due capitoli introducono i contenuti propri della psicologia ad indirizzo costruttivista, soffermandosi in particolar modo su concetti quali ad esempio quello di "blocco del movimento del sistema" che sostituisce, non solo da un punto di vista puramente semantico, il concetto di psicopatologia. Le due condizioni di sofferenza prese in considerazione in questa ricerca sono il Disturbo Borderline di Personalità (DBP) e il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) che vengono indagate tramite la tecnica della Griglia di Repertorio (GR) (Kelly, 1955). Le due etichette psicopatologiche sono servite a definire i confini di due esperienze di sofferenza che si manifestano con caratteristiche molto diverse e che rendono la vita di chi ne soffre un'intricata corsa ad ostacoli sintomatologici e relazionali. In questo elaborato vengono descritte alla luce di confluente provenienti da vari modelli teorici, come a voler dipingere un quadro il più possibile comprensivo di tutti i colori così da evitare di suggerire una prospettiva già a priori.

Lo scopo è quello di costruire le due esperienze di scompensazione sia attraverso analisi quantitative, estrapolando e confrontando statisticamente indici di interesse (ad esempio l'indice di flessibilità/rigidità interpretativa) nei due gruppi clinici e nel gruppo di controllo, sia attraverso una metodologia qualitativa, ovvero un'analisi di contenuto tramite il Sistema di Categorie di Contenuto dei Costrutti Personali nella versione adattata per la lingua italiana (SCCPi) (Feixas, Pizzonia & Dada, 2010). Un'attenzione particolare è stata posta alla nozione di Dilemma Implicativo (DI) come forma di conflitto intrapsichico che contribuisce alla paralisi del sistema. Sono stati passati in rassegna tutti gli studi che hanno indagato se il livello di conflitto presente all'interno delle dimensioni di significato di una persona può essere un indice che discrimina fra chi soffre di un qualche disagio psicologico o meno (Feixas, Saúl & Sanchez, 2000; Diaz et al. 2001; Feixas & Saúl, 2004; Benasayang et al., 2004; Feixas et al., 2009; Fernandes et al., 2005; Dorough, Grice & Parker, 2007).

Dai risultati emerge una geografia particolare dello spazio psicologico dei partecipanti appartenenti ai due gruppi clinici.

Le caratteristiche strutturali e di contenuto delle diciotto persone con diagnosi Borderline di Personalità e delle diciotto persone con Disturbo Ossessivo-Compulsivo in parte confermano quanto è emerso dalla letteratura specialistica e in parte evidenziano aspetti tipici che non sono presenti in modo così marcato nei vari modelli esplicativi dei due disturbi. In particolare emerge per i Border una modalità costruttiva che abbiamo definito "originale" inserita in un sistema frammentato, che oscilla frequentemente da un punto di vista all'altro e denso di conflitti interni, il che rende assai complicato per queste persone capire e farsi capire così come intessere relazioni significative e "abitarle".

Per quanto riguarda invece le persone con Disturbo Ossessivo-Compulsivo, i risultati emersi ci parlano di una modalità costruttiva che sembra prendere in prestito “etichette comuni” per interpretare la realtà, proprio come se i DOC, diffidando di se stessi, avessero bisogno di ancorarsi al “senso comune” per costruire sé, gli altri e il mondo che li circonda in un sistema scarsamente integrato e differenziato, con una presenza importante di dilemmi implicativi. I risultati sono stati ampiamente discussi nell’ultimo capitolo; sulla base di quanto emerso, pur nei limiti della presente ricerca, sono infine proposte possibili direzioni per la ricerca futura.

Capitolo 1

Background teorico

1.1 La prospettiva costruttivista

Muoversi in un'ottica costruttivista nella ricerca psicologica significa porre attenzione al mondo dei significati delle persone, essere curiosi e interessati alle dimensioni profonde e a volte confuse della psiche, e uscire dalla dimensione del comportamento osservabile, dal rigore delle regole per "riannodare la nostra presenza personale con quella professionale" (Armezzani, 2004, pag. 12).

E' possibile identificare diverse espressioni del costruttivismo psicologico contemporaneo; oltre al *costruttivismo radicale* di Von Glasersfeld (1998), l'*epistemologia genetica* di Piaget (1970), il *costruttivismo ermeneutico* (Chiari & Nuzzo, 1996), il *costruzionismo sociale* (Gergen, 1985), l'*approccio narrativo* (Bruner, 1986). Non entrerò nei dettagli specifici che differenziano i vari tipi di costruttivismo perché "ciò che comunque li distingue e caratterizza è il fatto di considerare la conoscenza come necessariamente dipendente dal soggetto conoscente e dalla sua struttura, biologica e personale" (Cionini, 2013, pag. 133-134). A tal proposito Von Glasersfeld (1994, pag. 7) afferma che "il soggetto non ha altra alternativa che costruire ciò che conosce sulla base della propria esperienza [...] non possiamo mai dire se questa conoscenza sia vera, perché per affermare tale verità avremmo bisogno di un confronto che semplicemente non possiamo fare".

L'uomo è quindi visto come attivo creatore della propria realtà impegnato in un continuo processo di interpretazione e re-interpretazione di se stesso e del proprio essere nel mondo; un sistema autopoietico (Maturana & Varela, 1980), capace di compiere scelte intenzionali sulla base del proprio modo di anticipare gli eventi (Bannister & Fransella, 1971), ossia del proprio sistema di costrutti. La conoscenza consiste quindi in un processo attivo di costruzione e ricostruzione, per dirla alla Kelly (1955), e il mondo “che credevo oggettivo si delinea così, come luogo di incrocio di indefinite prospettive, come sfondo intenzionale del nostro intenderci” (Armezzani, 2004, pag. 29).

La personalità consiste, secondo Bannister e Fransella (1971), nel modo in cui la persona dà senso al mondo e lo anticipa attraverso il suo sistema di costrutti. Il costrutto è l'unità elementare di discriminazione, è una dimensione di senso, un asse di riferimento che permette di riconoscere due cose come simili tra loro e al tempo stesso diverse da una terza. Kelly (1955, pag. 9) lo definisce “un criterio fondamentale di valutazione”, che può essere “esplicitamente formulato o implicitamente agito, verbalmente espresso o totalmente inarticolato, intellettivamente ragionato o vegetariamente sentito”. Esso rappresenta un atto interpretativo personale attraverso il quale ciascuno elabora la propria esperienza, una modalità di assimilare e differenziare costanti di significato nella successione di eventi in modo da consentire l'anticipazione (Mancini & Semerari, 1985). In quanto atto personale di discriminazione, il costrutto si differenzia dal “concetto”, astrattamente e formalmente inteso e non va neppure confuso con le etichette verbali adottate per definirlo: il rapporto che sussiste tra un costrutto e la propria etichetta è quello che intercorre tra il significato e il suo simbolo, esso “può mutare, crescere, deformarsi; il simbolo rimane costante e il significato si arricchisce o si impoverisce. Questo processo dinamico continuo sarà chiamato *senso*” (Eco, 1996, pag. 34-35). I costrutti sono bipolari e dicotomici,

ma il *continuum* di senso che creano è psicologico e non logico. Questa valenza psicologica dei costrutti ne mette in evidenza anche il carattere personale: essi costituiscono la modalità soggettiva, unica e irripetibile, attraverso cui ciascuno elabora la propria esperienza. In tal senso, ciò che più definisce e caratterizza l'identità di una persona, in senso costruttivista, è il modo in cui i costrutti personali si trovano in relazione reciproca.

Il postulato fondamentale della teoria kellyana afferma infatti che “i processi di una persona sono psicologicamente canalizzati dai modi in cui essa anticipa gli eventi” (Bannister & Fransella, 1971, pag. 28) mentre il corollario dell'organizzazione sostiene che “ogni persona sviluppa in modo caratteristico, per la sua convenienza nell'anticipare gli eventi, un sistema di costrutti che comprende relazioni ordinali fra costrutti”. Al vertice di questa struttura, troviamo quelli che Kelly definisce costrutti nucleari della personalità, più strettamente connessi al Sé della persona. Essi permettono alla persona di riconoscersi in alcune caratteristiche e assicurano stabilità all'immagine che ciascuno ha di se stesso. Essendo essi superordinati, perché riconducibili agli elementi più profondi della personalità, hanno un campo di pertinenza molto ampio con forti implicazioni sui livelli di costruzione subordinati, condizionando fortemente tutti gli altri processi interpretativi. I costrutti personali possono essere di natura preverbale, in quanto possono avere un bassissimo livello di consapevolezza o addirittura essere impliciti e relativamente non consapevoli. Essi, quando vengono costruiti, possono essere lassi o stretti. La costruzione lassa è una modalità generica ed indefinita, fluttuante che porta a anticipazioni variabili. La costruzione stretta, al contrario, comporta anticipazioni precise. Kelly ritiene fondamentale un'alternanza fra costruzioni strette e lasse, un dinamismo interattivo che permette alle nostre costruzioni di avere, da un lato, una forte estensione e, dall'altro, una delimitazione e consistenza ben precisa. Entrambe queste

polarità possono esasperarsi e dare origine a modalità di costruzione improprie intrappolando la persona all'interno di un sistema fatto, rispettivamente, di caos o di estrema povertà di contenuti. Secondo Bannister e Fransella (1971) il sistema di costrutti di un individuo psicologicamente sano si presenta globalmente come una struttura strettamente intercorrelata (ovvero integrata) ma che possiede al suo interno un'ampia variabilità nel grado di relazione fra costrutti di diversi sottosistemi. In strutture non articolate, quali quella frammentata per l'assenza di costrutti di collegamento tra i diversi sottosistemi e quella monolitica, le capacità esplicative e predittive del sistema risultano invece limitate. Come sottolineano i due autori sopra citati, né una costruzione lassa né una costruzione stretta è di per sé buona in quanto lo sviluppo richiede un continuo movimento tra le due. Una modalità costruttiva lassa, in quanto variabile per le deboli relazioni con gli altri costrutti, può proteggere dall'invalidazione ma progressivamente conduce ad anticipazioni talmente comprensive da essere prive di ogni potere previsionale. Allo stesso tempo, in una struttura "monolitica" o "semplice" (Bieri, 1955) le linee di implicazione convergono su un unico costrutto centrale costringendo ad una modalità di costruzione dell'esperienza rigida e inflessibile. Un sistema conoscitivo efficiente è costituito da strutture chiaramente definite, articolate in sottosistemi coordinati e attivabili in modo vicariante, capace quindi di costruire previsioni "soggettivamente certe" (Cionini, 1998, pag. 116) pur mantenendo la capacità di accogliere le invalidazioni e modificarsi.

1.2 Lo scompenso

In un'ottica costruttivista si utilizza il termine "scompenso" al posto di quelli comunemente ricorrenti quali "malattia", "psicopatologia" o "disfunzione" (Cionini & Ranfagni, 2011).

Se pensiamo alle persone non come appartenenti a categorie patologiche ma come individui che "sentono" di avere dei problemi, possiamo cercare di comprendere il loro mondo per cercare di aiutarli ad elaborare un modo alternativo di mettersi in relazione con gli altri e il loro ambiente. Infatti il disagio individuale rappresenta un blocco della capacità di costruire modelli del mondo percorribili, di modificarli in conseguenza alle invalidazioni e di formulare nuove anticipazioni utilizzabili per il raggiungimento dei propri scopi. "Un processo di crisi o di scompenso può verificarsi quando nella costruzione della realtà alcune strutture nucleari vanno incontro a un processo di invalidazione che determina la necessità di un loro riordinamento complessivo talmente ampio da superare la capacità di ristrutturazione del sistema" (Cionini, 2013, pag. 163). Coerentemente con la visione dell'uomo come forma di movimento, il disturbo è "qualsiasi costruzione personale che viene ripetutamente utilizzata a dispetto della sua consistente invalidazione" (Kelly, 1955, pag. 831). Nel suo evolvere verso livelli di maggiore complessità e ordine interno il sistema conoscitivo segue modalità atte a preservare la propria coerenza (Guidano, 2011). La sofferenza esprime la difficoltà del sistema conoscitivo a mantenere un sufficiente grado di coerenza integrativa fra le sue parti ed il sintomo acquista una funzione adattiva ai fini dell'equilibrio interno. In questo senso "il sintomo è funzionale al sistema individuale poiché rappresenta la modalità "migliore", anche se portatrice di malessere, che la persona è riuscita a costruire per mantenere integro il senso del proprio

equilibrio e della propria identità personale” (Cionini, 2013, pag. 164). Viene considerato quindi “come una manifestazione del sistema individuale, necessariamente connesso ai suoi scopi prioritari, che deve pertanto essere compreso rispetto al suo significato e alla sua funzionalità auto-protettiva” (Cionini & Ranfagni, 2009, pag. 175).

Ciò sta a significare che in un sistema individuale che presenta un’elevata correlazione fra costrutti, un fallimento previsionale comporterebbe una revisione dell’intero sistema esponendolo alla frantumazione. Questa minaccia, unita all’impermeabilità delle strutture sovraordinate e alla strettezza delle relazioni fra costrutti, rendono il sistema rigido ed incapace di comprendere la mutevolezza della vita. La persona rimane così imprigionata nel disagio dato dall’incapacità del sistema conoscitivo di migliorarsi di fronte all’invalidazione. In situazioni opposte, cioè in sistemi che presentano relazioni tra costrutti “allentate”, l’eccessiva permeabilità delle strutture sovraordinate permette ampie revisione del sistema a seguito dell’invalidazione che tuttavia diviene instabile per il continuo oscillare nella modalità di costruzione della realtà.

In entrambe le condizioni, si presenta un blocco delle capacità di movimento del sistema o scompenso, concetti legati all’impossibilità del sistema di cambiare e di evolvere nella direzione desiderata. Un aspetto importante della psicoterapia consiste proprio nel riuscire a comprendere che tipo di variazioni sono necessarie in un determinato paziente per aiutarlo a iniziare a “muoversi”. Per Bara (2007, pag. 21-22) “il cambiamento consiste in una modifica di uno o più sistemi di conoscenza che diano come risultato una più efficace integrazione (...) nella stabilizzazione di un nuovo circuito neuronale, attivato in modo preferenziale rispetto alle precedenti attivazioni, che restano comunque disponibili per un’eventuale riattivazione”. Il cambiamento in psicoterapia, e quindi il raggiungimento di una coerenza integrativa “più efficace”, avviene, secondo Bara (2007), all’interno di una relazione co-

empatica. Secondo questa punto di vista, “il fatto di sentirsi “compresi”, nel senso più profondo del termine, di avere la sensazione che altri provino le nostre stesse emozioni e siano in grado di rispondere in maniera diretta e immediata alle nostre comunicazioni, è un ingrediente fondamentale delle nostre relazioni di attaccamento” (Siegel, 2001, pag. 287) e rappresenta un elemento essenziale nella relazione terapeuta-paziente.

Per tutti i motivi esposti sopra, riteniamo la comprensione dell’altro l’elemento fondamentale per aiutare la persona sofferente a riprendere in mano la propria vita e a muoversi uscendo da una situazione di staticità paralizzante e fonte di grande dolore. In ambito clinico è necessario integrare l’aspetto comprensivo con un processo esplicativo di costruzione delle problematiche e della persona che chiede aiuto utilizzando le categorie professionali proprie e specifiche di ogni modello teorico.

1.3 Due condizioni di sofferenza psicologica:

la Personalità Borderline e il Disturbo Ossessivo-Compulsivo

1.3.1 Il Disturbo Borderline di Personalità

Il Disturbo Borderline di Personalità è una delle più articolate e studiate categorie diagnostiche, che da sempre suscita l’interesse degli addetti ai lavori, in considerazione sia della complessità nosografica che della elevata diffusione. Il termine Borderline, di origine piuttosto recente, significa letteralmente "linea di confine". Il termine “confine” infatti, nasce dalla difficoltà di una precisa localizzazione nosografica della psichiatria classica che, attorno agli anni ’30, distingueva due forme principali di disfunzione mentale: le nevrosi e

le psicosi. Ben presto ci si rese conto però, che alcuni pazienti non presentavano una sintomatologia francamente psicotica, nonostante allo stesso tempo presentassero dei tratti più gravi di quelli considerati nevrotici. Da questa distinzione problematica Adolph Stern, nel 1938, coniò quindi il termine "*borderline*", originariamente descritto come confine sommario tra nevrosi e psicosi e, per questo motivo, spesso riferito a tutti quei quadri clinici non altrimenti specificati. E' a partire dalla fine degli anni '60 che la patologia *borderline* inizia ad affermarsi sempre più come entità nosografica autonoma, non riconducibile ad una forma latente di schizofrenia (Gabbard, 2000).

Il Disturbo *Borderline* di Personalità è quindi una delle più complesse e controverse entità nosografiche, probabilmente fra le più studiate, anche perché le persone che ne sono afflitte esprimono livelli altissimi di sofferenza straziante, per se stessi e per chi sta loro intorno, e il loro dolore, che va a concentrarsi proprio nelle relazioni, rende estremamente delicato il trattamento di questi pazienti.

Il Disturbo *Borderline* di Personalità è caratterizzato da una modalità pervasiva di instabilità e da marcata impulsività presenti in vari contesti (APA, 2000). Le manifestazioni del disturbo coinvolgono l'area della cognitività, dell'affettività, del funzionamento interpersonale e del controllo degli impulsi. Il quadro clinico 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. Minacce, gesti, comportamenti suicidari ed automutilanti, quali tagliarsi o bruciarsi, rappresentano sforzi disperati di evitare abbandoni reali o immaginari. Comportamenti impulsivi potenzialmente dannosi, quali guida spericolata, abuso di sostanze, rapporti

sessuali non protetti, gioco d'azzardo e abbuffate, sono frequenti. La marcata reattività dell'umore determina un'instabilità affettiva nella quale la disforia, la rabbia, il panico e la disperazione durano poche ore e solo raramente qualche giorno. Ideazione paranoide o sintomi dissociativi transitori possono manifestarsi in periodi di elevato stress (APA, 1994).

Kernberg nel 1967, con la pubblicazione del suo articolo "Organizzazione della personalità borderline", segnò una tappa fondamentale nell'evoluzione del costrutto borderline. Il suo modello strutturale ha tutt'oggi un ampio spazio fra i modelli esplicativi di questo disturbo. Secondo questo autore, il termine borderline non definisce uno specifico disturbo bensì un livello di organizzazione della personalità, caratterizzata da diffusione dell'identità, ovvero da cattiva integrazione o scissione degli aspetti contraddittori di sé e degli altri, da predominio di meccanismi di difesa primitivi (ad esempio, la scissione) e da un intatto esame di realtà, inteso come capacità di differenziare il Sé dal non-Sé, gli stimoli intrapsichici da quelli esterni.

Non entreremo nello specifico dei modelli teorici che forniscono interpretazioni differenti del disturbo perché riteniamo più utile leggere la patologia alla confluenza dei contributi di derivazione dinamica, cognitiva e della teoria dell'attaccamento. "Tale lettura integrativa ci permette infatti di accogliere le nozioni sia di rappresentazioni Sé-oggetto scisse, sia di deficit delle funzioni metacognitive e di auto-regolazione delle emozioni" (Lingiardi, 2004, pag. 323). Per rappresentazioni Sé-oggetto scisse ci si riferisce alla mancata integrazione delle rappresentazioni di Sé e degli altri significativi da cui risulta la sindrome di dispersione dell'identità, caratterizzata da cronici sentimenti di vuoto e da percezioni contraddittorie di sé e degli altri che determinano relazioni interpersonali intense e caotiche. Gli oggetti sono divisi in "completamente buoni" e "completamente cattivi", oscillano

frequentemente da un estremo all'altro e lo stesso avviene alle rappresentazioni del Sé contraddittorie (Kernberg, 1967).

Quando si parla di auto-regolazione delle emozioni in persone con disturbo di personalità Borderline ci si riferisce tendenzialmente al modello della Linehan (1993). Secondo Marsha Linehan, anch'essa diagnosticata Borderline dall'età di 17 anni, l'origine del disturbo sarebbe rintracciabile in un deficit nella regolazione delle emozioni, dovuto a fattori prevalentemente biologici e temperamentali (come la vulnerabilità emotiva) che si combinano con un ambiente familiare che tende ad invalidare le esperienze emotive dei soggetti. Il paziente borderline reagirebbe alle situazioni con emozioni molto intense e difficilmente controllabili. La Linehan ha sviluppato un modello di trattamento conosciuto come *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) che combina tecniche sia di stampo cognitivo-comportamentale sia di origine zen con lo scopo di "comporre in una sintesi superiore le istanze contraddittorie".

Sia Fonagy & Target (2001) che Liotti (2014) ritengono che il vero nucleo della patologia borderline sia un modello di attaccamento disorganizzato. Fonagy & Target (2001) entrano più in dettaglio e sostengono che ciò che caratterizza un paziente borderline è lo sviluppo inadeguato della funzione riflessiva che porta con sé tutti quei sintomi tipici che abbiamo descritto ad inizio capitolo.

Un altro contributo è quello di Dimaggio e Semerari (2003), che presentano un modello più focalizzato sul "qui e ora" e meno sull'origine evolutiva dei sintomi: i disturbi di personalità sono considerati sistemi che si auto-organizzano e mantengono la patologia nel momento presente, tramite delle dinamiche precise. Gli elementi che caratterizzano maggiormente questo disturbo sono i seguenti:

1. un insieme rigido di stati mentali, disfunzionali nei termini di adattamento;
2. un deficit nella capacità di *mentalizzazione*, ossia nel riconoscere stati mentali altrui;

3. cicli interpersonali disfunzionali, che compromettono le relazioni facendo in modo che l'altro si comporti in maniera corrispondente allo schema di relazione interpersonale negativa messo in atto, così da confermarlo;
4. disfunzioni nei processi di valutazione e scelta;
5. difficoltà nella regolazione dell'autostima.

In ogni caso, al di là di ogni modello, quello che emerge come elemento di maggiore rilevanza nella caratterizzazione di questo disturbo è la forte **instabilità** nelle relazioni interpersonali, nella rappresentazioni di Sé e a livello emotivo.

1.3.2 Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo

Secondo la classificazione del DSM-IV TR, il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (conosciuto anche come DOC o OCD in inglese), è un disturbo d'ansia caratterizzato dalla presenza di ossessioni e compulsioni. Nella versione aggiornata del DSM (DSM V, 2013) il DOC non è più incluso nei disturbi di ansia ma viene individuato come entità nosologica autonoma insieme ad altri disturbi ad esso correlati.

Le ossessioni sono idee, pensieri, impulsi o immagini che insorgono improvvisamente nella mente e che vengono percepiti come intrusivi (ovvero la persona ha la sensazione che “irrompano da soli” o che siano indipendenti dal flusso di pensieri che li precede), fastidiosi (ovvero la persona sperimenta disagio per il loro contenuto o la loro frequenza) e privi di senso (ovvero la persona ha la sensazione che siano irrazionali, esagerati o comunque non

giustificati o poco legati alla realtà presente). Tali pensieri intrusivi sono ricorrenti e/o persistenti (Bogetto, Albert, Saracco & Maina, 2006).

La persona vive con sofferenza e disagio la presenza di questi pensieri, in primis perché le ossessioni occupano gran parte della giornata, non lasciano tregua e spazio per dedicarsi ad altro. Inoltre le idee e i pensieri ossessivi sono minacciosi e ansiogeni, solitamente riguardano il timore di esser esposti al pericolo (“potrei infettarmi”, “potrei danneggiare mia figlia”, “potrei far esplodere la casa e tutto il palazzo”) e di essere in qualche modo responsabili e colpevoli di tale pericolo ovvero di rendersi persone immorali, cattive o pericolose (“sarebbe colpa della mia superficialità”, “non ho fatto quando in mio dovere per proteggere i miei famigliari”).

Un’idea ossessiva, però, può essere problematica anche per il fatto stesso di essere stata pensata; ad esempio, il soggetto può essere ossessionato da pensieri erotici o da bestemmie. In questi casi il problema è dato dalla consapevolezza che la propria mente ha prodotto quel pensiero, perché tale consapevolezza implica, nel soggetto, il sospetto di essere una persona immorale o pericolosa (“se ho pensato a questa brutta cosa di mio marito, significa che sono una persona cattiva, un’immorale”).

La seconda grande categoria di sintomi sono le compulsioni o rituali. Consistono in azioni mentali e comportamentali che si manifestano in risposta alle ossessioni e che ne rappresentano un tentativo di soluzione; di solito sono seguite da un senso sollievo dal disagio causato dalle ossessioni, seppure un sollievo solo temporaneo. Ad esempio, disinfettare le mani con amuchina come risposta all’ossessione “le mie mani sono piene di germi pericolosi”, è un tentativo di allontanare il problema della percepita o temuta contaminazione; evitare di toccare le maniglie delle porte o portare i guanti rappresentano un tentativo di prevenire la ricomparsa del pensiero di essere contaminato. Ancora fare un preghiera in risposta all’ossessione “ho pensato un numero

che porta male”, rappresenta un tentativo di rassicurarsi circa il timore che possa per propria responsabilità accadere qualcosa di negativo per sé o altri (Bogetto, Albert, Saracco & Maina, 2006).

Una grande parte della sofferenza di chi soffre di DOC dipende proprio dal fatto di rendersi conto della esagerazione o irrazionalità dei propri timori e dei propri comportamenti; questa consapevolezza spinge a contrastare ossessioni e compulsioni, con effetti che generalmente aggravano i sintomi e la sofferenza. Ad esempio nel tentativo di evitare di sentirsi pazzo o ridicolo nell'alzarsi di notte a controllare il gas, il soggetto può decidere di ricontrollare ripetutamente il gas prima di andare a letto in modo preventivo, anche se dopo il primo controllo è già sicuro di averlo chiuso e non è più preoccupato (APA, 2000). Come per tanti disturbi psichiatrici, la psicopatologia “descrittiva” del DOC appare da tempo ben definita ma non c'è ancora una letteratura sufficientemente robusta e condivisa sulle cause del disturbo e manca ancora un soddisfacente modello psicopatologico “esplicativo”, capace cioè di illustrare i meccanismi psicologici che generano la fenomenologia ossessiva.

Uno dei primi tentativi di formulare un modello esplicativo del DOC risale a Freud (1909), che a più riprese nel corso della sua carriera ha poi arricchito e modificato le idee iniziali. A Freud va senz'altro riconosciuto il merito di aver considerato le ossessioni e le compulsioni, non come un fenomeno senza senso, ma come espressioni il cui significato poteva essere decifrato alla luce delle esperienze del paziente, sia precoci che recenti.

Il modello cognitivista di Mancini (2001) si differenzia dalle impostazioni cognitive che cercano di ricondurre il DOC a deficit delle funzioni cognitive di base (Dèttore, 1998) perché attribuisce all'attività ossessiva un significato e un fine. Secondo Mancini, “alla radice del DOC vi è l'anticipazione di una colpa per irresponsabilità. In tal senso sarebbero coinvolti, sia nella genesi che nel

mantenimento del DOC, scopi morali e credenze che riguardano o la possibilità di agire/omettere in modo da causare un danno ingiusto o la trasgressione di una norma morale” (Mancini, 2001, pag. 2).

La letteratura cognitivista cosiddetta standard (Salkovskis et al., 1998) attribuisce un ruolo cruciale nello sviluppo e nel mantenimento del DOC ad un’ipervalutazione circa la propria responsabilità (*inflated responsibility*) intorno a pensieri in realtà innocui e ubiquitari (per es., “pensare di fare qualcosa equivale a farlo” oppure “non prevenire qualcosa equivale ad averlo causato”).

Il cosiddetto filone post-razionalista della terapia cognitiva segue, invece, una strada diversa. Infatti individua, alla base del DOC, non tanto specifiche distorsioni quanto piuttosto una caratteristica “configurazione personologica: l’Organizzazione di Significato Personale (OSP) Ossessiva”.

È bene rilevare che un’Organizzazione di Significato Personale non va intesa come un insieme di contenuti determinati bensì “si riferisce alla specifica organizzazione dei processi conoscitivi personali che prende forma gradualmente nel corso dello sviluppo individuale, grazie alla quale ognuno di noi, pur vivendo in una realtà sociale <<oggettivamente>> condivisibile, costruisce attivamente, a livelli estremamente articolati di ordinamento percettivo individuale, il suo punto di vista <<dall’interno>>, assolutamente unico ed esclusivamente soggettivo” (Guidano, 2011, pag. 111). Il tema centrale dell’OSP ossessiva si sviluppa intorno alla percezione di un senso di sé ambivalente e inconciliabile che si dispiega in una continua oscillazione tra confini fortemente dicotomici; strutturando così un’identità orientata alla continua ricerca di una certezza assoluta, certezza assoluta che si trasforma in incontrollabilità assoluta all’apparire di un evento perturbante (Cipriano, 2003). “L’esperienza di incontrollabilità è accompagnata dall’affiorare di comportamenti, immagini o pensieri stressanti che persistono al di là di ogni

necessità e a dispetto delle stesse intenzioni del soggetto, venendo pertanto esperiti come prodotti estranei a Sé” (Guidano, 2011, pag. 195). Secondo il modello di Guidano, lo sforzo per raggiungere un’identità stabile e unitaria costituisce il tema di fondo dell’organizzazione ossessiva, a cui il soggetto tenta di arrivare basandosi “sull’impersonale universalità del pensiero” invece che “sull’irrepetibile unicità del proprio dominio emotivo”, minaccioso in quanto incontrollabile e fatto di sensazioni indecodificabili e perturbanti.

Secondo Mannino (2013) un soggetto ossessivo avrà “degli stati emozionali poco definiti e che avranno bisogno per essere interpretati di un ricorso a criteri esterni (*Outwardness*) e un tipo di regolazione emozionale basato soprattutto su modalità cognitive e impersonali (*Field-independence*)” (Mannino, 2013, pag. 345). L’adesione a criteri esterni ed universali di condotta si riscontrano allo stesso modo nell’atteggiamento verso la realtà visto che il soggetto ossessivo è più interessato a mantenere la propria immagine di sé (scelta sulla base dei valori etico-morali) che ad avvicinarsi sinceramente all’esperienza altrui; al bisogno preminente di mantenere la propria coerenza, a discapito della dimensione interpersonale, si aggiunge la scarsa capacità di dare e ricevere tenerezza e calore e in generale una scarsa espressività emotiva. La rigida dicotomizzazione appare dunque anche nelle relazioni interpersonali significative, in cui il dubbio, il procrastinare, la preoccupazione eccessiva per i dettagli sono le abituali procedure di risoluzione dei problemi.

Valeria Ugazio (2012), psicoterapeuta ed esponente del filone costruzionista della terapia familiare, ha approfondito gli aspetti relazionali del DOC, tanto quelli attuali quanto quelli anamnestici, sottolineando come in questo contesto assuma un ruolo fondamentale il conflitto tra una moralità desiderata, ma considerata "mortifera", e un'immoralità temuta ma, al contempo, desiderata perché "vitale". “Le istanze vitali – sessualità, affermazione di sé, investimenti su persone e cose – sono il luogo in cui si

esplica il male, mentre sacrificio, rinuncia e ascesi vengono identificati con il bene” (Ugazio, 2012, pag. 165). Detto nei termini dei dilemmi implicativi di Feixas & Saúl (2004), l’affermazione di sé implica per gli ossessivi il collocarsi sulla polarità negativa del costrutto “buono/cattivo”, che sembra essere sovraordinato rispetto agli altri. Nello stesso tempo, essere degni di amore, ovvero buoni, richiede l’annullamento, il sacrificio di sé. L’ossessivo si trova così a mantenere una posizione mediana in cui tenta di non definirsi rispetto agli estremi sopra descritti, “e di fronte all’impossibilità di trovare un *positioning* accettabile sia nel polo <<astinente>> sia in quello <<pulsionale>>, il soggetto [...] si attesta sulla propria immobilità. La funzione primaria dei dubbi è di paralizzarlo” (Ugazio, 2011, pag. 174). Tale collocazione mediana richiede un controllo elevato dei propri comportamenti che porta con sé mancanza di naturalezza e spontaneità e un certo grado di ambivalenza nelle relazioni affettive. È in questo momento di paralisi che compaiono i sintomi, visti dalla Ugazio come gli “unici movimenti vitali”.

Essendo la Ugazio un’esponente della terapia sistemica, il suo modello non si limita a descrivere le dinamiche interne di un soggetto con organizzazione ossessiva ma analizza anche il contesto familiare passato e presente nel quale il soggetto ha vissuto e vive che però non sarà approfondito in questo elaborato.

Capitolo 2

Filoni di ricerca in ambito costruttivista

*“dal conflitto può nascere l’armonia,
se non ci istupidisce la paranoia”*

(Pagliarani, 2003)

2.1 La ricerca in ambito costruttivista

Sebbene di costruttivismo in psicologia si parli da molti anni, non esiste ancora in questo campo una tradizione di ricerca consolidata a cui affidarsi (Armezzani, 2004). La questione è molto diversa se, riferendosi al costruttivismo, si prende in considerazione solo la Psicologia dei Costrutti Personali (PCP) (Kelly, 1955). In questo caso, gli studi abbondano e sono anche facilmente reperibili grazie ad un network organizzato e che cura molto la comunicazione fra professionisti. Inoltre la PCP utilizza tecniche specifiche, ormai ampiamente utilizzate anche in letteratura, come la Griglia di Repertorio (GR) e l’Autocaratterizzazione (Kelly, 1955). Ma quando si parla di costruttivismo non ci riferiamo solo alla PCP ma ad un modo di guardare la realtà che non è ritenuta indipendente dall’osservatore come nelle scienze naturalistiche. Riprendendo le parole di Husserl (1936, pag. 124): “l’ingenuità dello scienziato che indaga la natura e il mondo in generale, il quale è cieco di fronte al fatto che tutte le verità che egli attinge come obiettive [...] sono una formazione di vita sua propria [...] questa ingenuità non è più possibile appena

egli si accinge a considerare la vita”. L’attenzione è quindi sui significati che la persona esprime, l’obiettivo è “guardare con gli occhi dell’altro”, è immergersi nella complessità dei fenomeni psicologici. Gli studi in linea con questi presupposti non sono particolarmente numerosi, forse perché è impossibile sviluppare un codice preciso di regole e di prescrizioni a cui attenersi durante il processo di ricerca. Nell’esperienza che presenteremo nel capitolo successivo, abbiamo cercato di coniugare esigenze diverse all’interno di una matrice costruttivista. Abbiamo utilizzato uno strumento che appartiene alla PCP per esplorare la costruzione dell’esperienza in pazienti con diagnosi di Personalità Borderline e Disturbo Ossessivo-Compulsivo. Sembrerà una contraddizione utilizzare due categorie diagnostiche per riferirci alle persone che abbiamo intervistato ma le etichette ci sono servite solo per delimitare i confini di due tipologie di sofferenze psicologiche che anche da un punto di vista fenomenologico sono molto differenti. La letteratura sul fenomeno Borderline e su quello Ossessivo è sconfinata; ciò che quasi mai compare è il riferimento ai vissuti personali associati alla malattia.

Nei paragrafi successivi cercheremo di definire i campi di applicazione della Griglia di Repertorio e come si possono interpretare i dati che emergono.

2.2 Analisi di contenuto delle griglie di repertorio tramite il SCCPi

Green (2004), ricercatore appartenente alla *Personal Construct Psychology* (PCP), sostiene che la maggior parte degli studi empirici eseguiti all’interno della cornice teorica della PCP siano stati fatti utilizzando le griglie di repertorio. Questo perché le griglie consentono “di esaminare la soggettività

attraverso analisi sia quantitative sia qualitative” (Green, 2004, pag. 1) e inoltre permettono un confronto sistematico.

L’obiettivo primario delle griglie di repertorio è quello di rilevare la configurazione dei costrutti di una persona; infatti non ci sono né forme né contenuti prefissati e questo permette di esaltare l’individualità. La differenza principale tra le griglie e i tradizionali test psicometrici risiede nel fatto che al soggetto non è richiesto di “posizionarsi o pronunciarsi su scale di significato altrui, predefinite a tavolino dal ricercatore [...] la struttura della griglia è doppiamente libera, sia nel contenuto che nella struttura” (Armezzani, Grimaldi & Pezzullo, 2003, pag. 94). A questa libertà corrisponde però un rigore analitico, caratterizzato anche da strumenti di analisi quantitativi che permettono al clinico o al ricercatore di formare e dare fondamento alle proprie intuizioni cliniche. Le applicazioni delle griglie sono molteplici: il primo, in ordine storico, è il campo di ricerca che riguarda la differenziazione e l’integrazione dei costrutti (Bieri, 1955). Successivamente sono stati condotti studi sul conflitto che verranno esposti nel paragrafo 2.3.

Metodologicamente la griglia può essere usata anche per investigare un individuo o particolari problemi comuni a molti soggetti, senza violare l’assunto teorico secondo il quale tutti noi siamo unici per qualche altro aspetto.

Numerosi sono gli studi che utilizzano le griglie, non solo nel campo della psicologia (ad esempio vengono utilizzate nell’*artificial intelligence* e nella *market research*).

Abbiamo suddiviso la rassegna presente in questo elaborato in studi che analizzano il contenuto delle griglie e studi che estrapolano indici di interesse.

L’analisi di contenuto, e con questo termine non intendiamo solo l’analisi di contenuto delle GR, “*is a research technique for making replicable and valid inferences from texts (or other meaningful matter) to the contexts of their use*”

(Krippendorff, 2004, pag. 18). “L’analisi di contenuto differisce dall’interpretazione clinica, che è più olistica e provvisoria e per la quale vanno resi espliciti in precedenza specifici criteri” (Smith, 2000 in Mazzara, 2011, pag. 66). La definizione storica di Krippendorff (2004) contiene tre fondamentali aspetti della *content analysis*: 1. i risultati dovrebbero poter esser replicati da altri; 2. le analisi dovrebbero misurare ciò che dichiarano di misurare; 3. l’analisi di contenuto non dovrebbe esser limitata ai dati testuali.

L’intento primario di questo tipo di analisi è la riduzione di un corpus molto ampio di dati qualitativi ad una “forma più piccola e agevole di rappresentazione” (Smith, 2000 in Mazzara, 2011, pag. 67). Si tratta quindi di un metodo che parte da un testo, attraversa procedure di calcolo, il più delle volte a scopo riassuntivo e organizzativo, e torna ad una narrazione nella fase di interpretazione, in cui il ricercatore porge i risultati e le proprie riflessioni.

Secondo Green (2004) esistono tre approcci di base: il primo consiste nel registrare la frequenza delle parole (ed è l’approccio più utilizzato); il secondo nell’esaminare co-presenza delle parole, ad esempio il numero di volte in cui le parole “noioso” e “caso” sono insieme; il terzo nel codificare le unità del testo (parole, frasi o paragrafi) usando uno schema di codifica. Ed è proprio quest’ultimo che utilizzeremo in questa ricerca e che approfondiremo in questo paragrafo.

L’analisi di contenuto della GR non è una procedura che si è molto diffusa in ambito PCP; una prima ragione potrebbe essere, secondo Green (2004), l’idea che i costrutti non siano necessariamente equivalenti alle etichette linguistiche utilizzate (Kelly, 1955) per cui possiamo codificare un’etichetta senza che questa rappresenti il costrutto che vorrebbe definire. Secondariamente, è presente l’idea che i significati individuali non possono essere categorizzati da un’altra persona, a meno che non si consideri l’interpretazione del clinico come parte fondamentale della ricerca.

Nonostante questi presupposti, alcuni ricercatori hanno sviluppato categorie di analisi di contenuto (Landfield, 1971; Feixas, Geldschläger, Carmona & Garzón, 2002). Categorizzare i costrutti personali in modo sistematico costituisce un ulteriore passo avanti nella comprensione di quali sono i temi di contenuto predominanti nella rete di costrutti di un soggetto. Questo permette di provare ipotesi relazionate con il tipo di contenuto predominante in diversi gruppi di soggetti, identificare aree carenti di costrutti, così come il contenuto predominante dei costrutti che sono coinvolti nei conflitti cognitivi (Feixas, Pizzonia & Dada, 2010).

Il sistema di codifica di Landfield (1971) è costituito da 32 categorie. Un esempio di applicazione del Sistema ideato da Landfield (1976, in Montesano, 2009) fu l'esplorazione del contenuto dei costrutti di persone che avevano commesso un atto suicidario, riscontrando che queste persone tendono a utilizzare, in modo predominante, costrutti molto concreti, riferiti specificatamente a fatti. Secondo l'autore, questa mancanza di astrazione sarebbe stata indicativa di un sistema costruttivo che opera con alto grado di "costrizione" definita un "processo costruttivo caratterizzato da un restringimento della visione del mondo allo scopo di minimizzare evidenti incompatibilità" (Bannister & Fransella, 1971, trad. it. pag. 41), in accordo con la visione di Kelly rispetto al suicidio. Questo sistema di codifica è stato utilizzato in altre ricerche che hanno coinvolto persone balbuzienti (Fransella, 1972), violentatori (Horley, 1988), pedofili (Howells, 1979), persone abusate sessualmente (Neimeyer & Hall, 1988) e persone in psicoterapia (Winter, 1992). I risultati di Howells (1979) sui pedofili, mostrarono che queste persone manifestavano un numero maggiore di costrutti relativi alla dimensione di "dominanza-sottomissione". L'interpretazione di questi risultati fu che i pedofili sembrano sperimentare problemi nella relazione con gli adulti e che preferiscano la compagnia dei minori percepiti come meno dominanti.

I limiti discussi su questo sistema di codifica dei costrutti elicitati dai soggetti in una griglia, riguarda soprattutto il fatto di poter allocare i costrutti su più categorie, il che rende bassa la percentuale di accordo fra giudici (Fransella, 1972). Altre limitazioni identificate da Feixas, Geldschläger & Neimeyer (2002) si riferiscono all'uso di categorie non esclusive e che si accavallano fra loro nonché alla codifica dei poli di un costrutto come entità separate. Proprio per ovviare a questi "svantaggi", Feixas, Geldschläger, Carmona & Garzón (2002) hanno sviluppato un sistema di codifica ("*Classification System for Personal Construct*") (CSPC) che consiste in sei categorie e 45 sottocategorie. Questo sistema di codifica, creato originariamente in lingua spagnola, è già stato adattato per la lingua inglese (Feixas, Geldschläger & Neimeyer, 2002) e per quella italiana (Sistema di Categorie di Contenuto dei Costrutti Personali: versione italiana, SCCPi) (Feixas, Pizzonia & Dada, 2010). La caratteristica centrale di questo sistema di codifica consiste nella sua organizzazione gerarchica delle aree (non delle sottocategorie) che permette di collocare un costrutto, che ha due poli collocabili in due categorie differenti, nella categoria gerarchicamente superiore. Questo fornisce quindi la possibilità di codificare l'entità bipolare piuttosto che i due poli separatamente.

Feixas, Geldschläger & Neimeyer (2002) sostengono che l'organizzazione gerarchica delle categorie secondo "livelli omogenei di astrazione" (pag. 2) è funzionale ad aumentare la replicabilità del sistema classificatorio e ad evitare sovrapposizioni fra le aree. L'impostazione gerarchica non è sostenuta da nessun presupposto teorico ma è stata ideata solo per facilitare la classificazione dei costrutti. Nel capitolo 4 spiegheremo come siamo riusciti ad ovviare a questa "regola non fondata teoricamente" pur mantenendo un elevato accordo fra giudici.

Le sei aree identificate nell'adattamento italiano sono:

1. Area morale: raggruppa tutti i costrutti che descrivono le valutazioni soggettive rispetto al valore morale dell'elemento descritto. Al suo interno distinguiamo otto categorie specifiche.
2. Area emozionale: consiste di qualsiasi tipo di discriminazione rispetto ai gradi di emozionalità o sessualità dell'elemento che si descrive, oltre alla sua attitudine emozionale rispetto alla vita o rispetto a emozioni specifiche. Dentro quest'area distinguiamo sette sottocategorie.
3. Area relazionale: raggruppa tutti quegli aspetti che descrivono le modalità che un soggetto ha di relazionarsi con gli elementi proposti. È costituita da dieci categorie specifiche.
4. Area personale: si riferisce ad una varietà di caratteristiche descritte tradizionalmente come caratterizzanti la personalità di qualcuno o il suo carattere o il suo modo di essere. All'interno di quest'area vi troviamo dodici categorie specifiche.
5. Area intellettuale: concerne gli aspetti relazionati con tutta una varietà di capacità, abilità e conoscenza sia in ambito intellettuale che operativo. Dentro distinguiamo cinque categorie specifiche.
6. Area valori e interessi: indica i costrutti che fanno riferimento a valori ideologici, culturali religiosi o ancora più specifici come gli interessi sportivi, musicali o *hobbies*. Vi troviamo all'interno tre categorie specifiche.

Nel campione normativo italiano Feixas et al. (2010) hanno riscontrato una percentuale elevata di costrutti nell'area personale pari al 31,4% del totale; i costrutti nell'area emozionale sono pari al 22,3%; quelli dell'area relazionale sono il 16,8%; seguono quelli dell'area morale pari a 15,4%; quelli dell'area intellettuale pari a 7,8%; infine quelli dell'area valori e interessi pari al 5%. Nella Tabella 2.1 sono riportate le percentuali riscontrate nei tre campioni normativi.

Percentuali di costrutti per ogni area			
	Campione Spagnolo	Campione Inglese	Campione Italiano
Area Morale	16,1%	15%	15,4%
Area Emozionale	22,3%	21,5%	21,7%
Area Relazionale	24,8%	24,4%	16,8%
Area Personale	23,3%	23,4%	31,4%
Area Intellettuale	4,3%	4,3%	7,8%
Area Valori e Interessi	6,3%	6%	5%

Tabella 2.1. Percentuali di costrutti per le sei aree del sistema classificatorio riscontrate nel campione normativo spagnolo (Feixas, Geldschläger, Carmona & Garzón (2002), in quello inglese (Feixas, Geldschläger & Neimeyer, 2002) e infine in quello italiano (Feixas, Pizzonia & Dada, 2010).

Come possiamo vedere dalla tabella 2.1, vi è una differenza evidente nelle percentuali dell'area Relazionale e Personale fra il campione italiano e gli altri due che invece risultano equivalenti. Gli autori italiani hanno registrato questa differenza senza interpretarla.

In Italia non ci sono studi che utilizzano questo sistema di codifica nella popolazione clinica. In Spagna è stato condotto uno studio sulle modalità costruttive di persone con diagnosi di depressione secondo i criteri del DSM-IV (Montesano, Feixas & Varlotta, 2009); la ricerca ha riscontrato sensibili differenze fra la popolazione clinica e il gruppo di controllo. Le persone depresse si caratterizzano principalmente perché presentano un numero

maggiore di costrutti emozionali e un numero minore di costrutti intellettuali. Questo dato è stato interpretato dagli autori come una tendenza da parte delle persone depresse a focalizzarsi su aspetti emozionali dell'esperienza interpersonale. Hanno ipotizzato che proprio questa caratteristica contribuisca al mantenimento del disturbo depressivo. Inoltre il gruppo clinico mostrava più costrutti in specifiche categorie, in particolar modo nella sottoarea "forte-debole", definendosi nei termini di "debolezza".

2.2 Analisi quantitativa dei Dilemmi Implicativi

Un aspetto che attrae molto della griglia è la sua potenzialità nell'esaminare la soggettività tramite analisi quantitative, traducendo la complessità dei costrutti elicitati dalle persone in indici significativi.

Esistono vari programmi che aiutano ad operare la traduzione, fra questi Igridstat (Bell, 2009) GRIDCOR (Feixas & Cornejo, 2002) IDIOGRID (Grice, 2007).

Fra gli indici più studiati rientrano quelli relativi alla Complessità Cognitiva, trattata in modo più esauriente nel capitolo successivo, quelli cosiddetti "tematici", fra cui l'autostima, e le misure di conflitto.

La nozione di conflitto ha una lunga tradizione in psicologia ed un concetto trasversale a vari modelli teorici.

Bonaiuto (1971, in Biasi, 2006, pag. 18) dà questa definizione: "si parla di conflitto nel linguaggio psicologico sia nel senso ristretto del linguaggio comune (guerra, contesa), sia per indicare, più ampiamente, una situazione in cui due o più qualità o elementi psichici risultano collegati fra loro in una relazione, nella quale prevalgono aspetti di discrepanza, dissonanza, opposizione, forte contrasto".

Freud (1912) fu il primo studioso a portare la riflessione sul conflitto psichico, ossia sulle relazioni tra elementi dissonanti a livello interiore, nell'ambito della realtà psichica. Il conflitto rappresenta un tema centrale nella sua teoria e il suo interesse si soffermò soprattutto sul conflitto a livello inconsapevole. “Noi non vogliamo semplicemente descrivere e classificare i fenomeni, ma concepirli come indizi di un giuoco di forze che si svolge nella psiche, come l'espressione di tendenze orientate verso un fine, che operano insieme o l'una contro l'altra” (Freud, 1915, p. 246). Per Freud (1912) i conflitti inconsci sono fonti di angosce, la cui origine non è affatto riconoscibile da parte del soggetto che tenta di reagire con una serie di meccanismi difensivi, che si manifestano in sintomi di malattie mentali.

Secondo l'approccio gestaltico un conflitto intrapsichico è alla base di quasi tutto il disagio psicologico in modo diretto (ansia) o indiretto (depressione), ramificandosi man mano in forme complicate, tortuose, mimetiche, labirintiche, al punto da riuscire a far perdere le proprie tracce. Il conflitto può derivare dall'ambivalenza rispetto a due spinte incompatibili tra loro, ma molto più spesso deriva dal nostro rifiuto di un'ambivalenza (www.centrogestalt.it). Secondo l'approccio gestaltico, attraversare il conflitto può così rivelarsi una fonte di molteplicità e versatilità, con cui arricchire la rappresentazione che le persone hanno di se stessi.

Secondo il cognitivismo (Heider, 1946; Festinger, 1957) un individuo che attiva due idee o comportamenti che sono tra loro coerenti, si trova in una situazione emotiva soddisfacente (consonanza cognitiva); al contrario, si verrà a trovare in difficoltà discriminatoria ed elaborativa se le due rappresentazioni sono tra loro contrapposte o divergenti. Questa incoerenza produce appunto una *dissonanza cognitiva*, che l'individuo cerca automaticamente di eliminare o ridurre a causa del marcato disagio psicologico che essa comporta; questo può

portare all'attivazione di vari processi elaborativi, che permettono di compensare la dissonanza.

Anche due pionieri del costruttivismo parlarono di conflitto. Piaget (1970) propose il termine di conflitto cognitivo per descrivere le contraddizioni incontrate da un bambino quando cerca di spiegarsi certi eventi. In questo caso, il conflitto crea un disequilibrio cognitivo e il bambino è costretto a riorganizzare i suoi processi intellettivi per risolvere il problema; da questo nasce il conseguente cambiamento intellettuale. Adams-Webber (1970) dette al conflitto lo stesso ruolo di Piaget e suggerì che nuove strutture evolvono per accomodare eventi che sono ambigui in accordo con la struttura esistente della persona.

Per ciò che concerne gli esponenti del costruttivismo, Space e Cromwell (1978, in Feixas, Saúl & Ávila-Espada, 2009) assegnarono ai conflitti un ruolo specifico nel processo di *breakdown* e disorganizzazione cognitiva. Ritennero che il malessere e l'instabilità fossero il risultato della risoluzione di un conflitto e che i disturbi fossero una risposta adattiva per ridurre l'incoerenza interna. Hinkle (1965), allievo di Kelly, coniò il termine "*implicative dilemma*" per riferirsi ad una particolare forma di implicazione fra due costrutti che collegò alla nozione di conflitto. La nozione di dilemma è sovrapponibile a quella di conflitto e da qui in avanti utilizzeremo questo termine.

Secondo Feixas, Saúl, Ávila-Espada & Sánchez (2001) la persona crea un dilemma quando i sintomi o altri aspetti che la persona vuole cambiare correlano con aspetti positivi della sua identità; si trova così obbligata a scegliere fra due situazioni indesiderate: mantenere la problematica presente o abbandonarla al costo di cambiare alcuni aspetti positivi di sé.

In sintesi, laddove vi è un conflitto, il sistema costruttivo di una persona genera due obiettivi personali. In accordo con la struttura del sistema (rete di implicazioni fra costrutti), questi due obiettivi sono incompatibili con quel

sistema (corollario di frammentazione), così che la realizzazione di uno è incompatibile con l'altro. Il conflitto si risolve con la "scelta" che si accorda ad un livello sovraordinato rispetto ai due obiettivi, in un modo da proteggere il nucleo del sistema da invalidazioni ed emozioni negative (McCoy, 1977). Ma questa soluzione è insoddisfacente per la sofferenza dovuta ai sintomi o al blocco del movimento.

Feixas, Saúl & Ávila-Espada (2009, pag. 149) hanno definito il dilemma implicativo "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. Un cambiamento nel polo opposto (desiderato) del costrutto del sintomo potrebbe avere implicazioni negative a livello di costrutti sovraordinati". Lo hanno inoltre reso operazionalizzabile estrapolandolo dalla Griglia di Repertorio, definendolo come una "correlazione fra un costrutto discrepante e uno congruente così che un cambiamento desiderato nel primo sia associato ad un cambiamento indesiderato nel secondo" (ibidem, pag. 149). Per costrutto discrepante (esempio: "timido-socievole") si intende quel costrutto che riflette una mancanza di soddisfazione, cioè in cui il Sé è rappresentato dal polo del sintomo o del problema ("timido"), mentre il Sé Ideale è rappresentato dal polo opposto ("socievole"). Per costrutto congruente (es.: "modesto-arrogante") si intende invece un costrutto dove il Sé e il Sé ideale sono in accordo (entrambi "modesto"). In questo caso il soggetto non ha alcun bisogno di cambiare.

Il dilemma appare quando un cambiamento nel costrutto discrepante è associato ad un cambiamento indesiderato nel costrutto congruente (diventare arrogante). Questa contraddizione rivela che il sistema ha generato obiettivi incompatibili (essere "socievole" e "modesto"), fenomeno

che potrebbe essere associato alla frammentazione. In questo caso il soggetto “sceglie” la posizione presente e problematica per sé come un modo per preservare il costrutto congruente dall’invalidazione. In altre parole, affinché si determini un Dilemma Implicativo, i due costrutti (congruente e discrepante) devono essere correlati fra loro, o con un coefficiente di correlazione di 0,20 (criterio definito “clinico”) o con un coefficiente di correlazione di 0,35 (criterio definito “restrittivo” o “di ricerca”).

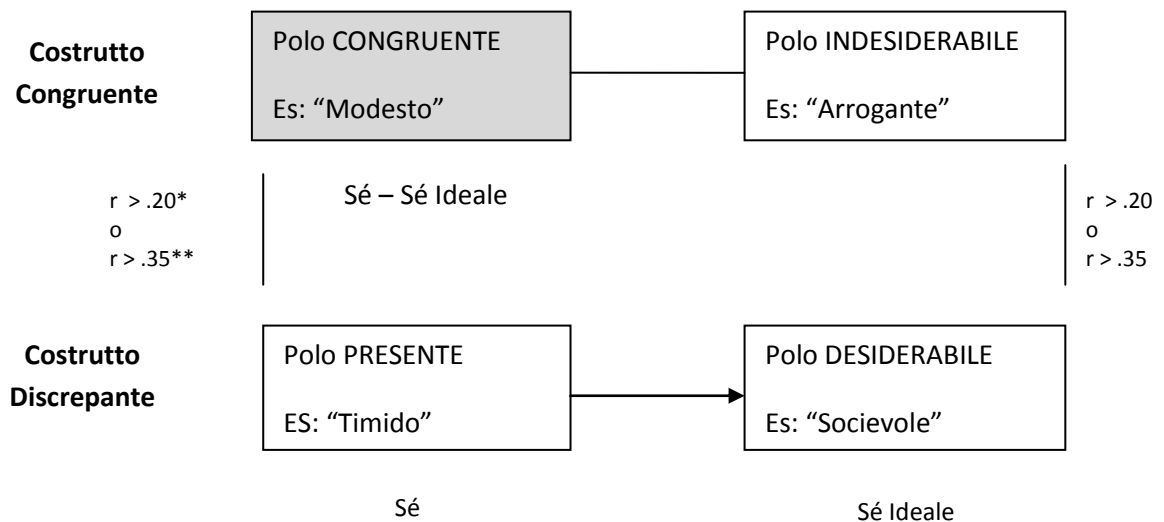


Tabella 2.2. Struttura di base di un Dilemma Implicativo derivata dai dati della griglia di repertorio.

*Criterio comunemente usato; ** Criterio assoluto.

“L’analisi dei DI si propone quindi di comprendere il significato e la coerenza della sintomatologia del soggetto in accordo con il suo sistema di costrutti. Essa rivela la funzione assunta dai sintomi nel mantenimento della prevedibilità della costruzione presente e del contesto relazionale in cui il paziente si trova, individuando che tipo di implicazioni fanno sì che un

cambiamento sia percepito come minaccioso” (Armezzani, Grimaldi & Pezzullo. 2003, pag. 192).

In un esperimento del 1999, denominato *Multi-Center Dilemma Project* (MDP), Feixas e Saúl (2004) somministrarono le griglie di repertorio ad un gruppo di persone inserite in un percorso di psicoterapia ed a un gruppo cosiddetto “non clinico” al fine di studiare il ruolo dei Dilemmi Implicativi (DI) nella sofferenza psicologica. Negli anni è stato riscontrato che i gruppi clinici mostrano una percentuale doppia di DI rispetto ai gruppi di controllo. Le condizioni cliniche prese in considerazione dal 1999 ad oggi sono: sofferenza psicologica non differenziata in diagnosi ma percepita come necessità di intraprendere una psicoterapia (Feixas & Saúl, 2004), fobia sociale (Diaz, Feixas, Pellungrini & Saúl, 2001), sindrome dell’intestino irritabile (*Irritable Bowel Syndrome*, IBS) (Benasayang, Feixas, Mearin, Saúl & Laso, 2004), “nevrosi” (Feixas e Saúl, 2004), fibromialgia (Compañ, Feixas, Varlotta-Dominguez, Torrea-Vinals, Aguilar-Alonso, Dada & Saúl, 2011), depressione (Feixas, Bados, García-Grau, Montesano, Dada, Compañ, Aguilera, Salla, Soldevilla, Trujillo, Paz, Botella, Corbella, Saúl-Gutiérrez, Cañete, Gasol, Ibarra, Medeiros-Ferreira, Soriano, Ribeiro, Caspar & Winter, 2013), bulimia (Feixas, Montebruno, Dada, del Castillo & Compañ, 2010).

Esistono almeno tre studi in letteratura che invece asseriscono che non vi è nessuna differenza in termini di percentuale di DI fra gruppi clinici e gruppi di controllo (Fernandez, Maia, Meireles, Rios, Silva & Feixas, 2005; Dorough, Grice & Parker, 2007; Baldzinski & Anderson, 2012). Tali ricerche però sono state condotte con una metodologia molto diversa da quelle del gruppo di Feixas di cui sopra. Non è stato individuato un gruppo clinico che sostenesse di provare sofferenza psicologica di qualsiasi natura ma sono stati reclutati

studenti universitari a cui sono stati somministrati vari test (misure *self-report* per l'ansia, per la depressione – *Center for Epidemiological Study Depression Scale* - e l'autostima – *Rosenberg Self Esteem Inventory*), fra cui ovviamente le griglie di repertorio, a cui è seguita un'analisi di correlazione fra i risultati ai vari test e la percentuale di dilemmi risultante dalle griglie. I risultati non hanno evidenziato legami fra dilemmi implicativi e malessere psicologico.

Capitolo 3

La ricerca

3.1 Obiettivi e ipotesi

La ricerca di seguito presentata, coerentemente con la matrice teorico-metodologica costruttivista sulla quale poggia, si propone di esplorare le relazioni strutturali e di significato connesse alla Personalità Borderline e al Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC). L'obiettivo macro della ricerca è quello di “esplorare la struttura e l'organizzazione del sistema di costrutti”, propri di persone con tali diagnosi, “cercando di individuare comunanze, connessioni, tipicità” (Armezzani, 2004, pag. 178).

Obiettivi specifici del progetto:

1. Esplorare l'ipotesi dei profili di Complessità Cognitiva proposti da Feixas e Cornejo-Alvarez (1996).

Il termine complessità cognitiva fu coniato da Bieri (1955) per indicare la struttura cognitiva della personalità e la definì “la capacità di costruire il comportamento sociale in modo multidimensionale” (Bieri, 1966, cit. in Feixas & Cornejo-Alvarez, 1996, pag. 133).

È comunemente accettato che col termine complessità cognitiva ci si riferisce ad un ampio concetto collegato alla nozione di livelli di astrazione, articolazione, integrazione e differenziazione. Weiner (1957, in Feixas, Bach & Laso, 2004, pag. 1-2) sostenne che “*wherever development occurs, it proceeds*

from a state of relative globality and lack of differentiation to states of increasing differentiation, articulation and hierarchic integration”-

Nel corso degli anni sono stati tratteggiati vari profili della complessità cognitiva (Landfield, 1977; Adams-Webber, 2003). L'ultimo tentativo è stato operato da Feixas e Cornejo-Alvarez (1996) che hanno classificato 4 possibili profili teorici basati su esemplificazioni estreme di differenziazione ed integrazione (vedi Tabella 3.1).

		Integrazione	
		Alta	Bassa
Differenziazione	Alta	COMPLESSITA' (buone capacità predittive; personalità solida)	CAOS (schizofrenia)
	Bassa	SEMPLICITA' (dist. ossessivo- compulsivo)	FRAMMENTAZIONE (dist. dissociativi; Borderline..)

Tabella 3.1. Proposta di classificazione dei profili della complessità cognitiva di Feixas & Cornejo-Alvarez (1996).

Come si può notare nella tabella 3.1, il modello di Feixas e Cornejo-Alvarez (1996) ipotizza che la struttura del sistema dei costrutti tipica del disturbo Borderline sia caratterizzata da **Frammentazione** mentre quella del DOC da **Semplicità**. Per ciò che riguarda i Border, la scarsa disponibilità di dimensioni di significato funzionalmente indipendenti minerebbe la capacità di

discriminazione dei singoli costrutti e dei sottosistemi. La mancata integrazione inoltre impedirebbe la definizione e l'anticipazione degli eventi in base a più assi. La persona sembra così vagare da un punto di vista all'altro nella difficoltà di costruire in maniera definita l'esperienza. Nei DOC invece viene ipotizzata una limitata capacità predittiva in conseguenza delle poche dimensioni di significato possedute così che i loro giudizi sarebbero monolitici, del tipo "tutto o niente".

2. Un secondo obiettivo del progetto è quello di valutare se il livello di conflitto presente all'interno delle dimensioni di significato di una persona può essere un indice discriminante fra chi soffre di un qualche disagio psicologico o meno (Feixas, Saúl & Sanchez, 2000; Diaz et al. 2001; Feixas & Saúl, 2004; Benasayang et al., 2004; Feixas et al., 2009; Fernandes et al., 2005; Dorough, Grice & Parker; 2007). L'ipotesi di Feixas et al. (2009) è che si possa riscontrare una percentuale doppia di conflitto nella popolazione clinica rispetto alla popolazione non clinica. Questo studioso, insieme al gruppo di ricercatori dell'Università di Barcellona, ha definito il conflitto come "Dilemma Implicativo (DI)" e lo ha reso operazionabile estrapolandolo dall'analisi della Griglia di Repertorio di Kelly (1955) (vedi paragrafo 2.3).

3. L'ultimo step riguarda l'analisi del contenuto delle Griglie di Repertorio (GR) tramite il Sistema di Categorie di Contenuto dei Costrutti Personali (SCCP) (Feixas, Geldschläger, Carmona & Garzón, 2002), nella versione adattata per la lingua italiana (SCCPi) (Feixas, Pizzonia & Dada, 2010).

3.2 I partecipanti

La ricerca ha coinvolto diciotto partecipanti, di cui quattro maschi e quattordici femmine, con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità secondo i criteri del DSM-IV (*American Psychiatric Association, 1994*) o del corrispondente Disturbo di Personalità Emotivamente Instabile, Tipo Borderline (*World Health Organization, 1992*), e altri diciotto partecipanti, di cui cinque maschi e tredici femmine, con Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) secondo i criteri del DSM-IV (*American Psychiatric Association, 1994*).

I partecipanti con diagnosi Borderline sono stati reclutati presso diverse strutture del territorio fiorentino, più specificatamente 16 persone presso una Casa di Cura di Firenze e 2 presso i servizi psichiatrici di diagnosi e cura dell'ASL 10 di Firenze. Tutti i partecipanti ricevevano una terapia psicofarmacologica.

Sedici partecipanti con Disturbo Ossessivo-Compulsivo sono stati coinvolti dai loro psicoterapeuti individuali ad inizio terapia (entro i primi tre mesi): sei di loro sono stati inviati da psicoterapeuti ad orientamento cognitivo-costruttivista, otto da cognitivo-comportamentali e tre da costruttivisti-ermeneutici. I rimanenti due partecipanti erano invece ricoverati in una Casa di Cura fiorentina specializzata nel trattamento dei DOC e seguivano una terapia farmacologica.

Per le analisi quantitative è stato costruito il gruppo di confronto in modo che risultasse quanto più omogeneo possibile ai 2 gruppi clinici rispetto al sesso e all'età. I partecipanti di tale gruppo non presentavano alcun sintomo psicopatologico né avevano intrapreso in passato trattamenti psicoterapeutici e/o psicofarmacologici.

	Età Media	D.S.	Sesso	
			Maschi	Femmine
Border	31,5	8,1	4	14
DOC	36,3	11	5	13
Controllo	33,2	7,9	5	13

Tabella 3.2 Caratteristiche descrittive dei tre gruppi.

3.3 Lo strumento

La Griglia di Repertorio (vedi Appendice A), proposta nell'ambito della teoria dei costrutti personali di Kelly (1955), è uno strumento atto a far emergere le dimensioni semantiche rilevanti per una persona attraverso le quali essa entra in rapporto con la realtà ed attribuisce significato alla propria esperienza.

La Griglia di Repertorio (GR) si presenta come una matrice composta da elementi collocati sulle colonne, da costrutti collocati sulle righe e da una scala di valutazione per la collocazione degli elementi rispetto alla struttura bipolare di ciascun costrutto. Nella terminologia kelliana, gli elementi sono gli eventi (persone, cose ecc..) a cui si applica un certo costrutto. Gli elementi sono cioè "cose" che una persona costruisce, mentre i costrutti sono le modalità attraverso cui le costruisce.

Ai fini della ricerca è stata appositamente costruita una GR contenente undici elementi rappresentativi di aree significative di esperienza e di rapporti. Nello specifico sono stati inseriti i seguenti elementi:

1. quattro elementi riferiti al Sé: *lo come mi vedo, lo come ero da bambino/a, lo come sarò tra dieci anni e lo come vorrei essere*, per valutare come la persona costruisce se stessa, il percorso storico del Sé, la prospettiva di cambiamento nel tempo e la stima di Sé e degli altri;
2. cinque elementi rappresentativi di persone significative (costrutti di ruolo): *Padre, Madre, Partner, Amico/a dello stesso sesso, Amico/a del sesso opposto*, per esplorare i costrutti implicati nella vita di relazione;
3. un elemento riferito a relazioni di ruolo: *lo come mi vedono gli altri*, per offrire alla persona la possibilità di vedersi da altri punti di vista e per mettere a confronto la percezione di Sé con l'etero-percezione;
4. l'elemento *Una persona che non mi piace*, per consentire la possibilità di costruire un esempio paradigmatico dei significati personali attraverso un avvicinamento o un distanziamento.

I costrutti sono stati identificati dai partecipanti attraverso il metodo delle triadi che è la tecnica più diffusa e affidabile per l'elicitazione dei costrutti. Essa consiste nel considerare di volta in volta i tre elementi cerchiati nella griglia e di identificare un aspetto che accomuni due dei tre elementi differenziando al contempo il terzo (formato del contesto minimo). Lo stesso Kelly (1955) definiva un costrutto "il modo in cui due cose sono viste come simili e perciò differenti da una terza". Nelle triplete è sempre presente l'elemento *lo come mi vedo* (auto-identificazione). Le undici triadi presentate sono state selezionate in modo da favorire l'elicitazione di costrutti rilevanti nella conoscenza di Sé e degli altri significativi.

La scala di valutazione scelta è ad intervallo da 1 a 5, dove 1 indica il polo di somiglianza e 5 il polo opposto.

3.4 La procedura

La Griglia di Repertorio è stata somministrata singolarmente ai pazienti Borderline, in presenza del somministratore che si è reso disponibile per eventuali chiarimenti. Per agevolare la comprensione le istruzioni per la compilazione della Griglia di repertorio sono state illustrate anche verbalmente oltre ad essere fornite in formato cartaceo.

Ai pazienti DOC sono state fornite le istruzioni per la compilazione della Griglia dai loro terapeuti insieme ad un ausilio cartaceo. Soltanto un paziente ha chiesto chiarimenti per procedere. I due pazienti DOC ricoverati hanno invece avuto bisogno dell'aiuto del somministratore per andare avanti nella compilazione.

A ciascun partecipante sono state fornite informazioni sugli scopi della ricerca; è stato inoltre garantito l'anonimato e la possibilità di rifiutare la richiesta di collaborazione alla ricerca.

Al partecipante è stato richiesto in primo luogo di considerare gli elementi cerchiati sulla prima riga: *lo come mi vedo*, *lo come vorrei essere* e *lo come mi vedono gli altri*. Il compito consiste nell'indicare un aspetto che accomuni due di questi elementi differenziando al contempo il terzo. In tal modo viene elicitato un costrutto dicotomico, definito da un polo di somiglianza e da un polo di contrasto verbalizzabili in forma di aggettivo, di brevi frasi o metafore. Tale dicotomia del costrutto è psicologica e soggettivamente costruita. L'aspetto di somiglianza è quindi riportato sulla prima riga seguito, separato

da una sbarra, dall'aspetto che definisce il contrasto. Il partecipante è invitato a collocare ciascuno degli undici elementi lungo il *continuum* definito dalle polarità riferendosi ad una scala a cinque punti. Ad esempio, poniamo che la persona si veda e ritenga di essere considerata dagli altri istintiva, mentre vorrebbe essere razionale. Il punteggio 1 si riferisce al primo polo del costrutto, il punteggio 5 al secondo polo, i punteggi intermedi 2 e 4 indicano rispettivamente gradi relativi di istintività e razionalità. Il punteggio 3 rappresenta una via di mezzo o l'inapplicabilità del costrutto ovvero l'elemento è costruito come a volte istintivo, a volte razionale o né istintivo né razionale.

Si procede in modo analogo per le triadi successive fino alla riga undicesima. A questo punto l'istruzione che viene data al partecipante è quella di inserire altri aspetti scegliendo egli stesso le triadi, completando se possibile le ultime righe.

3.5 Analisi dei dati della ricerca quantitativa

L'analisi delle Griglie di Repertorio è stata svolta secondo i criteri proposti in letteratura attraverso l'ausilio del programma di elaborazione statistica iGRIDSTAT (Bell, 2009; trad. it. Faccio & Castiglioni, 2009), programma in continua evoluzione che opera in ambiente DOS.

```
iGRIDSTAT - Programma statistico per l'analisi dei dati
delle griglie di repertorio.

A cura di Richard C. Bell
Dipartimento di Psicologia
Universita di Melbourne, Stato del Victoria 3010 Australia.

telefono: 61 (0)3 8344 6364
fax : 61 (0)3 9347 6618
e-mail: rcb@unimelb.edu.au

Versione 5.0 maggio 2009

Testo tradotto in Italiano da:

Marco Castiglioni
Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione,
Universita Milano-Bicocca

Elena Faccio
Dipartimento di Psicologia Generale
Facolta di Psicologia, Universita di Padova

Qual e il nome del file GRID di input ?
```

Immagine 3.1. Schermata di Apertura di iGRIDSTAT (Bell, 2009, versione italiana Castiglioni & Faccio, 2009)

Una griglia di repertorio contiene una quantità molto elevata di informazioni, molte più di quelle normalmente fornite dai test usati tanto nei contesti clinici quanto in quelli di ricerca. Una griglia media è composta da 11 elementi e 11 costrutti; ciò significa disporre di 143 informazioni diverse sulla persona, ossia le 11 identità degli elementi da lui scelti, gli 11 costrutti semantici utilizzati per descriverli e i 121 punteggi che esprimono la valutazione fornita dal soggetto per ciascun elemento rispetto ad ogni costrutto. Questa mole di informazioni – tutte definite dal soggetto in prima persona – presenta una notevole complessità di interpretazione: accanto ad aspetti rilevabili anche attraverso uno sguardo olistico, ve ne sono altri non altrettanto palesi, ma potenzialmente rilevanti, che richiedono invece un approccio analitico (Bell, 2009); ad esempio il livello di coerenza o di conflitto presente nell’universo del

paziente, la presenza di poche oppure di molte dimensioni semantiche differenti, il grado di vicinanza, di identificazione, di ambivalenza rispetto a certe persone, ecc.

Durante le analisi statistiche operate con questo programma, abbiamo fatto quindi delle scelte fra le varie opzioni di analisi e output che iGRIDSTAT offre.

Una volta inserito il file in input, abbiamo allineato i costrutti inversamente orientati. iGRIDSTAT identifica i costrutti da invertire considerando il segno del peso della prima componente principale e poi inverte i costrutti della componente meno numerosa, infine usa questa griglia allineata in tutte le analisi.

Abbiamo poi eseguito le analisi statistiche di base ed estrapolato i seguenti indici della cosiddetta “complessità cognitiva” (Bieri, 1966 in Bannister e Fransella, 1971):

1. **Intraclass Correlation** (ICC): è un indice della correlazione media tra costrutti o elementi ovvero quanto, complessivamente, i dati sono correlati tra loro (Bell, 1998 in Armezzani, Grimaldi & Pezzullo, 2003). È una misura per la valutazione della **differenziazione** della griglia ovvero della capacità del sistema conoscitivo di riconoscere aspetti diversi degli elementi con i quali è in relazione ovvero il numero di dimensioni disponibili al soggetto per costruire l'esperienza (Feixas, Bach & Laso, 2004);
2. **Root-Mean-Squared** (RMS) è la radice quadrata della media delle correlazioni al quadrato ed è considerata la misura dell'**integrazione** tra costrutti ovvero dei nessi tra costrutti e sottosistemi di costrutti che permettono al sistema conoscitivo di definire ed anticipare gli eventi in base a più dimensioni di significato alternative;

3. La proporzione totale dei **Punteggi estremi** (o polarizzazione) (cioè quanto la persona valuta gli elementi utilizzando punteggi estremi come 1 o 5) come indice della rigidità delle valutazioni ovvero di una modalità costruttiva polarizzata;
4. La proporzione totale di **Punteggi di incertezza** (cioè quanto la persona valuta gli elementi utilizzando il punteggio medio 3) come indice di una difficoltà a dare un significato definito agli elementi (Winter, Bell & Watson, 2010).

Attraverso lo studio delle correlazioni fra elementi sui diversi costrutti, abbiamo svolto l'analisi tematica. Per la valutazione della struttura e della dinamica del Sé sono state prese in esame le correlazioni prodotto-momento di Pearson fra i punteggi dati agli elementi:

- a. **Io come sono (Sé) - Io come vorrei essere (Sé Ideale)** considerato come indice dell'autostima ovvero della soddisfazione/insoddisfazione di sé in base ai propri costrutti sovraordinati. Risultati emersi da uno studio indipendente (Dada, 2008) indicano come questa misura è altamente correlata alla *Rosenberg's Self-Esteem Scale* (Rosenberg, 1965).
- b. **Io come vorrei essere (Sé Ideale) - Io come sarò tra dieci anni (Sé Futuro)** come misura della percezione di cambiamento futuro positivo ovvero di un'evoluzione in direzione del proprio Sé Ideale;
- c. **RMS del Sé**, importante indice strutturale che indica "l'isolamento sociale percepito" per valori compresi tra -0,20 e +0,20 (Armezzani et al., 2003). Alte correlazioni indicano un'identificazione con le persone del proprio mondo socio-affettivo mentre correlazioni inferiori a -0,70 indicano un allontanamento oppositivo dagli altri significativi.

Infine abbiamo analizzato il conflitto. L'identificazione del conflitto psicologico è stato un obiettivo costante dei ricercatori che lavorano con le griglie, a partire dal 1979. Recentemente Bell (2009) ha suggerito di esaminare la relazione tra ogni elemento e tutte le coppie di costrutti sulla base dello squilibrio nelle distanze tra i tre. L'approccio era stato precedentemente suggerito da Carroll & Carroll (1981, in Feixas & Saúl, 2004) usando un parametro differente. Un altro recente approccio è quello di Feixas & Saúl (2004) i quali si sono focalizzati sulle discrepanze tra Sé e Sé ideale rispetto ai costrutti che in modo diverso erano altamente correlati (ovvero rispetto ai costrutti che indicano che la persona è indecisa in termini di movimento dal Sé al Sé ideale). Questo concetto è fortemente legato a quello precedentemente proposto da Winter (1992). L'approccio più vecchio e meglio conosciuto è quello di Slade e Sheehan (1979) che hanno considerato il segno del prodotto delle correlazioni delle triplete tra tre costrutti. Nonostante tutta questa attenzione, la misura di conflitto nelle griglia resta ampiamente indefinita. Noi abbiamo deciso di usare l'approccio di Feixas, Saúl & Avila-Espada (2009) e abbiamo calcolato la **Percentuale di Dilemmi Implicativi (PDI)** scegliendo il numero di costrutti dilemmatici col criterio a priori (cioè includendo il Sé e il Sé Ideale nel calcolo) e applicato la formula di Feixas:

$$PDI = \frac{N^{\circ}DI}{(n!/2 [(n-2)!]} \times 100$$

Formula 3.1. PDI: Percentuale di Dilemmi Implicativi; N°DI: numero di Dilemmi Implicativi presenti in una griglia; n!: numero di costrutti in una griglia

I criteri fissati da Feixas & Saúl (2004) per definire una correlazione significativa sono 0,20 (criterio clinico) e 0,35 (criterio più restrittivo,

comunemente detto criterio di ricerca). Così procedendo, abbiamo identificato il numero di dilemmi implicativi (DI) secondo entrambi i criteri e calcolato la percentuale corrispondente (PDI).

Per l'analisi dei dati emersi dallo *scoring* di ciascuna griglia si è considerato il gruppo di appartenenza come una variabile indipendente a tre livelli (gruppo Borderline, gruppo DOC e gruppo Controllo). Tutti i valori sopracitati sono stati assunti come variabili dipendenti.

Dalla analisi preliminare (Test di Komolgorov-Smilnov) si è trovato che non sempre è stato possibile utilizzare test parametrici a causa della non linearità della distribuzione delle variabili (Tabella 3.3).

Nel caso la distribuzione sia risultata essere normale, abbiamo proceduto con il test ANOVA ad una via; nel caso della non normalità, abbiamo eseguito il test non-parametrico analogo all'ANOVA (test di Kruskal-Wallis).

% DI 0,35*	Frequency table: c (Spreadsheet1) K-S d=.22346, p<.01 ; Lilliefors p<.01
% DI 0,20*	Frequency table: d (Spreadsheet1) K-S d=.20442, p<.05 ; Lilliefors p<.01
RMS Sé	Frequency table: e (Spreadsheet1) K-S d=.07994, p> .20; Lilliefors p> .20
Correlazione Sé - Sé Ideale	Frequency table: f (Spreadsheet1) K-S d=.09298, p> .20; Lilliefors p> .20
Correlazione Sé Ideale - Sé Futuro*	Frequency table: i (Spreadsheet1) K-S d=.15650, p<.15 ; Lilliefors p<.01
ICC c	Frequency table: j (Spreadsheet1) K-S d=.07319, p> .20; Lilliefors p> .20
RMS c	Frequency table: k (Spreadsheet1) K-S d=.08604, p> .20; Lilliefors p> .20
% punteggi medi	Frequency table: l (Spreadsheet1) K-S d=.09644, p> .20; Lilliefors p> .20
% punteggi estremi	Frequency table: m (Spreadsheet1) K-S d=.05579, p> .20; Lilliefors p> .20
Età	Frequency table: o (Spreadsheet1) K-S d=.12976, p> .20; Lilliefors p<.05

Tabella 3.3. Test di Komolgorov-Smilnov. Le variabili segnate con un asterisco sono risultate essere significative che sta a significare che non sono distribuite normalmente.

3.6 Presentazione dei risultati

Per prima cosa abbiamo indagato se ci fosse o meno una differenza significativa per la variabile età nei tre campioni ed è risultato non esserci alcuna differenza ($F(2,51) = 1,31; p = 0,277$).

Di seguito sono riportati i valori medi degli indici adottati per l'analisi della struttura e dell'organizzazione del sistema di costrutti e per la valutazione delle modalità di costruzione degli elementi (tabella 3.4 e tabella 3.5). Sono quindi illustrati i risultati ottenuti dall'ANOVA effettuata per la valutazione della significatività statistica delle differenze fra il gruppo Borderline, il gruppo DOC ed il gruppo di controllo relativamente al grado di differenziazione (ICC), di integrazione (RMS) e alla flessibilità/rigidità (Percentuale punteggi estremi e medi).

L'ANOVA sui punteggi nella variabile DIFFERENZIAZIONE tra costrutti (ICC) ha mostrato un effetto significativo del gruppo [$F(2,51) = 7,11, p = 0,0018$]. In particolare, confronti post-hoc mostrano che sia i pazienti Border ($p = 0,0127$) che i pazienti DOC ($p = 0,0017$) evidenziano punteggi significativamente inferiori di quelli dei soggetti di controllo, mentre non esistono differenze fra pazienti Border e pazienti DOC ($p = 0,282$).

L'ANOVA sui punteggi nella variabile INTEGRAZIONE tra costrutti (RMS) ha mostrato anche in questo caso un effetto significativo del gruppo [$F(2,51) = 6,8, p = 0,0024$]. I confronti post-hoc mostrano che sia i pazienti Border ($p = 0,009$) che i pazienti DOC ($p = 0,0026$) mostrano punteggi significativamente inferiori di quelli dei soggetti di controllo, mentre non esistono differenze fra pazienti Border e pazienti DOC ($p = 0,418$).

L'ANOVA sui punteggi estremi e di incertezza non è risultata significativa [rispettivamente $F(2,52) = 0,24, p = 0,78; F(2,51) = 1,78, p = 0,17$].

	ICC		RMS		Punteggi estremità		Punteggi medi	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Gruppo Borderline	0,35	0,10	0,44	0,06	51,28	12,81	21,29	8,01
Gruppo DOC	0,31	0,11	0,42	0,06	40,72	25,12	20,03	9,93
Gruppo Controllo	0,45	0,10	0,51	0,09	41,01	17,25	22,05	7,94
Significatività	F(2,51)=7,11; p<0.005		F(2,51)=6,8; p<0.005		N.S.		N.S.	
1. B v C	P < 0,005		P < 0,05					
2. D v C	P< 0,005		P< 0,005					
3. B v D	P = 0,28		P = 0,41					

Tabella 3.4. Media, Deviazione Standard e significatività statistica degli indici strutturali nei tre gruppi

Nelle pagine seguenti sono mostrati i valori medi degli indici adottati per l'analisi della struttura e della dinamica del Sé ed i risultati del test di Kruskal-Wallis e dell'ANOVA per ciascuno degli indici considerati (Tabella 3.5).

	Correlazione Sé - Sé Ideale		Correlazione Sé Ideale - Sé Futuro		RMS del Sé	
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.
GRUPPO BORDERLINE	-0,11	0,38	0,73	0,20	0,43	0,09
GRUPPO DOC	0,16	0,40	0,53	0,35	0,40	0,10
GRUPPO CONTROLLO	0,54	0,44	0,77	0,16	0,56	0,11
Significatività	F(2,51)= 11,41; p<0.005		N.S.		F(2,51)= 11,80; p<0,005	
1. B v C	p < 0,005				p < 0,005	
2. D v C	p < 0,05				p < 0,005	
3. B v D	p < 0,05				p = 0,58	

Tabella 3.5. Media, Deviazione Standard e significatività statistica degli indici tematici nei tre gruppi

L'ANOVA sui punteggi nella variabile AUTOSTIMA (correlazione sé – sé ideale) ha mostrato un effetto significativo del gruppo [$F(2,51) = 11,41$, $p = 0,00008$]. I confronti post-hoc mostrano che sia i pazienti Border ($p = 0,0001$) che i pazienti DOC ($p = 0,0083$) mostrano punteggi significativamente inferiori di quelli dei soggetti di controllo, e che esistono differenze significative anche fra pazienti Border e pazienti DOC ($p = 0,049$).

Non esistono differenze significative fra i tre gruppi per la variabile che rappresenta un'evoluzione futura verso il proprio Sé Ideale (Correlazione Sé Ideale – Sé Futuro) (Test di Kruskal-Wallis: $H(2, 54) = 5.316289$; $p = 0,0701$).

Per la variabile RMS del Sé, che indica il grado di vicinanza-lontananza col proprio mondo socio affettivo, l'ANOVA mostra una differenza significativa tra i tre gruppi ($F = 11,803$; $p = 0,00006$). I confronti post-hoc indicano che i pazienti Border differiscono dai controlli ($p = 0,0003$), che i pazienti DOC differiscono dai controlli ($p = 0,0002$) ma non si evidenziano differenze statistiche significative fra i pazienti Border e i pazienti DOC ($p = 0,58$).

Di seguito sono mostrati i risultati dei valori medi delle percentuali di DI nei tre gruppi e le successive analisi statistiche con il test Kruskal-Wallis.

	PDI (CRITERIO 0.35)		PDI (CRITERIO 0.20)	
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.
GRUPPO BORDERLINE	6,59	6,53	10,77	8,99
GRUPPO DOC	5,6	6,49	10,41	12,14
GRUPPO CONTROLLO	1,11	2,39	2,96	5,38
Significatività	Kruskal-Wallis test: $H(2, N=54) = 14.33395$ $p = .0008$		Kruskal-Wallis test: $H(2, N=54) = 10.92577$ $p = .0042$	
1. B v C	$P < 0,005$		$P < 0,005$	
2. D v C	$P < 0,05$		$P < 0,05$	
3. B v D	$P = 0,371707$		$P = 0,4244$	

Tabella 3.6. Media, Deviazione Standard e significatività statistica delle percentuali di Dilemmi Implicativi, calcolati col criterio clinico e col criterio restrittivo, nei tre gruppi

Il test Kruskal-Wallis per la variabile Percentuale di Dilemmi Implicativi (PDI) col criterio restrittivo (0,35) mostra un effetto significativo ($H(2,54) = 14.33$; $p = 0.0008$). I confronti post-hoc effettuati col test non parametrico di Mann-Whitney ci dicono che sia i pazienti Border ($Z = 3,878588$, $p = 0,000081$) che i pazienti DOC ($Z = 2,546039$; $p = 0,022359$) mostrano punteggi significativamente maggiori di quelli dei soggetti di controllo, mentre non esistono differenze fra pazienti Border e pazienti DOC ($Z = -0,907678$; $p = 0,371707$).

Il test Kruskal-Wallis per la variabile Percentuale di Dilemmi Implicativi (PDI) col criterio clinico (0,20) mostra un effetto significativo ($H(2,54) = 10.92577$; $p = 0,0042$). I confronti post-hoc effettuati col test non parametrico di Mann-Whitney ci dicono che sia i pazienti Border ($Z = 3,293831$; $p = 0,000986$) che i pazienti DOC ($Z = 2,314550$; $p = 0,031492$) mostrano punteggi significativamente maggiori di quelli dei soggetti di controllo, mentre non esistono differenze fra pazienti Border e pazienti DOC ($Z = -0,810548$; $p = 0,42445$).

Per ciò che riguarda la frequenza di DI nelle tre popolazioni, i dati mostrano che nel campione di persone Border solo 2 persone su 18 non presentano DI con il criterio restrittivo ed una sola col criterio clinico. Nel gruppo DOC 7 persone non presentano DI col criterio restrittivo, mentre 6 col criterio clinico. Nel gruppo di confronto, 14 persone su 18 non presentano DI con $r = 0.35$ e con $r = 0.20$.

	% di persone che presentano DI (con $r = 0.35$)	Numero di persone che presentano DI (con $r = 0.35$)	% di persone che presentano DI (con $r = 0.20$)	Numero di persone che presentano DI (con $r = 0.20$)
Gruppo Borderline	88,88 %	16	94,44%	17
Gruppo DOC	61,11%	11	66,66%	12
Gruppo Confronto	22,22%	4	22,22%	4

Tabella 3.7. Percentuale e frequenza all'interno di ogni gruppo (Border, DOC e Controllo) dei Dilemmi Implicativi calcolati con i due criteri (restrittivo, $r = 0.35$, e clinico, $r = 0.20$)

Non è possibile eseguire un chi-quadro perché tale metodo è utilizzabile quando il valore contenuto in ogni cella è maggiore di 5. Abbiamo allora eseguito un test esatto di Fisher registrando una differenza statisticamente significativa nella presenza di DI fra i tre gruppi ($p = 0,028$) col criterio restrittivo fissato a 0,35 e una differenza statisticamente significativa col criterio clinico di 0,20 ($p = 0,017$). Infine è stato eseguito il Test esatto Fisher prendendo i campioni a coppie: i risultati della analisi col criterio restrittivo hanno mostrato una differenza statisticamente significativa fra il gruppo Border e il gruppo controllo ($p = 0,014$), mentre non sono risultate differenze significative fra il gruppo Border e il gruppo DOC ($p = 0,83$) e tra il gruppo DOC

e il gruppo controllo ($p = 0,16$). Col criterio clinico, è risultata una differenza significativa fra il gruppo Border e il gruppo controllo ($p = 0,035$) e fra il gruppo DOC e il gruppo di controllo ($p = 0,043$) ma nessuna differenza fra i due gruppi clinici ($p = 0,88$).

3.7 Discussione dei risultati

Per quanto riguarda gli aspetti strutturali del sistema di costrutti, il gruppo con diagnosi Borderline di Personalità presenta un profilo cognitivo definito come frammentazione caratterizzato da bassa Integrazione e bassa Differenziazione ($ICC = 0,35$; $RMS = 0,44$). La percentuale di punteggi estremi (51,2%), sebbene non differisca in modo statisticamente significativo né dal gruppo di controllo né dal gruppo con diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo, risulta elevata da un punto di vista clinico (Armezzani, 2004) e rimanda ad una modalità rigida di interpretare la realtà. La percentuale di punteggi intermedi non differisce né dal gruppo di controllo né dal gruppo con diagnosi DOC.

Il gruppo con Diagnosi DOC presenta anch'esso un profilo di frammentazione con bassa Integrazione e bassa Differenziazione ($RMS = 0,42$; $ICC = 0,31$), non statisticamente differente al gruppo con diagnosi Borderline.

La percentuale di punteggi estremi (40,72%) è praticamente sovrapponibile a quella del gruppo di controllo (41%) anche se ha una variabilità molto più ampia ($DS = 25,12$) rispetto al controllo ($DS = 17,2$). La percentuale di punteggi intermedi non risulta né statisticamente né clinicamente differente dagli altri due gruppi.

Analizzando gli indici tematici, abbiamo trovato nel gruppo Border un indice di autostima molto basso (Correlazione Sé - Sé Ideale = $-0,11$), statisticamente differente sia dal gruppo di controllo (0,54) che dal gruppo DOC (0,16). Le

persone con diagnosi Borderline tendono a definire se stesse in modo diverso da come definiscono il proprio ideale di Sé. La correlazione tra Sé attuale e Sé Futuro (0,19) è vicina allo zero e non differisce dal gruppo DOC ma differisce dal gruppo di controllo (0,54), il che sta a significare che la percezione di se stessi nel presente è molto diversa da ciò che si immaginano poter diventare in futuro. Nel gruppo di controllo sembra esserci una percezione di continuità fra ciò che sono e ciò che si immaginano saranno.

L'indice di isolamento sociale percepito nelle persone con diagnosi Border (RMS Sé = 0,43) è statisticamente differente dal gruppo di controllo (RMS Sé = 0,56) il che farebbe pensare ad una percezione di isolamento sociale ma questo risultato non risulta significativo a livello clinico (il range che definisce un certo grado di isolamento sociale percepito è inferiore a -0,20).

Nel gruppo con persone con diagnosi DOC, l'autostima è comunque risultata bassa (0,16) ma migliore che nelle persone con diagnosi Borderline. La correlazione fra come si vedono oggi e ciò che si immaginano saranno in futuro (0,34) è statisticamente differente dal gruppo di controllo ma leggermente più positiva rispetto al gruppo Border. L'indice RMS del Sé (0,40) ha un valore sovrapponibile a quello trovato nel gruppo Borderline (0,43) e non è clinicamente rilevante per definire una posizione di lontananza dal proprio mondo socio-affettivo pur essendo inferiore a quello trovato nel gruppo di controllo.

Infine abbiamo trovato percentuali di dilemmi implicativi significativamente diverse tra i tre gruppi, con una frequenza di dilemmi maggiore nel gruppo Border rispetto agli altri due gruppi.

Capitolo 4

Analisi di contenuto

4.1 Introduzione

Il sistema di costrutti che la persona possiede serve ad orientarla nella conoscenza di sé e del mondo, consentendogli di integrare i nuovi avvenimenti con i vecchi, donandogli senso (Feixas & Villegas, 2000). Esistono diverse tecniche per conoscere i costrutti personali di un individuo: una di queste è la Griglia di Repertorio (GR) (Kelly, 1955). Come abbiamo visto, la GR offre un'ampia possibilità di analisi quantitative delle relazioni tra costrutti ed elementi che sono state oggetto di interesse clinico e di ricerca (Feixas e Cornejo-Alvarez, 1996; Feixas, Erazo, Harter e Bach, 2008). Meno attenzione ha ricevuto invece l'analisi qualitativa del contenuto della GR. In questa parte della ricerca cercheremo di esplorare il sistema dei costrutti in persone con diagnosi di personalità Borderline e di Disturbo Ossessivo-Compulsivo con l'intento di conoscere più a fondo la loro modalità di interpretare il mondo, se stessi e gli altri. Nessuno studio presente in letteratura ha mai esplorato in una forma sistematica i costrutti di queste due popolazioni cliniche.

Le ipotesi che guidano questo tipo di indagine per i soggetti Border riguardano soprattutto la loro peculiarità relazionale, fatta di intensa vicinanza e di strappi relazionali dolorosi, la loro incomprendibilità agli occhi degli altri che li fanno definire "pazienti difficili da trattare", la loro resistenza al cambiamento che fa sì che perdurino nei corridoi dei professionisti per anni, a volte per sempre.

Per ciò che riguarda i DOC invece, viene ipotizzato che l'aspetto della moralità rivesta un'enorme importanza nella loro esperienza costruttiva e che il loro modo di anticipare gli eventi sia caratterizzato da costrutti simili al gruppo di controllo ma significativamente diversi in alcuni aspetti contenutistici e da un punto di vista organizzativo. Alcuni autori (Guidano, 2011; Cionini & Proveddi, 2003) ipotizzano che alla radice del Disturbo Ossessivo ci sia una compromissione nel dominio emotivo che risulta difficilmente decodificabile e minaccioso per l'integrità del Sé. Ci attendiamo quindi un diverso utilizzo di costrutti emotivi rispetto al gruppo di controllo e al gruppo Border.

4.2 Metodo

Da un punto di vista metodologico, due giudici indipendenti, entrambi psicologi ad orientamento costruttivista e con conoscenza specifica del metodo di classificazione SCCPi (descritto nel secondo capitolo e presente in appendice), hanno inizialmente eseguito una codifica pilota di 150 costrutti come addestramento.

Successivamente hanno codificato i costrutti delle GR somministrate alle persone con diagnosi di disturbo Borderline di personalità, alle persone con diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo e al gruppo di controllo. I costrutti bipolari da codificare erano 198 nel gruppo DOC, 210 nel gruppo Borderline e 201 nel gruppo di controllo.

La codifica è avvenuta prendendo dalla lista dei costrutti dicotomici un costrutto per volta, facendoli rientrare in una categoria in maniera conforme al significato.

Uno dei problemi più significativi da un punto di vista metodologico e già presente in letteratura (Green, 2004), è stato codificare quei costrutti che

differivano in termini di significato nelle due polarità, come ad esempio “pauroso-sicuro” oppure “senso di responsabilità-spensierata”. Nel primo caso la polarità “pauroso” appartiene all’area 2e mentre “sicuro” all’area 4a; nel secondo caso il polo “senso di responsabilità” rientra nell’area 1g mentre “spensierata” nell’area 2c (v. Allegato B). Feixas et al. (2002) suggeriscono in questo caso di collocare il costrutto nell’area gerarchicamente superiore. Negli esempi riportati, il costrutto “pauroso-sicuro” finirebbe nell’area 2e mentre “senso di responsabilità-spensierata” nell’area 1g. Non condividendo l’assenza di una spiegazione teorica che giustifichi l’organizzazione gerarchica proposta da Feixas et al. (2002) abbiamo deciso di non seguire questa strada. Collocare un costrutto nell’area gerarchicamente superiore quando ne rappresenta due diverse, significa fare un’operazione forzata che rende l’interpretazione del clinico più importante del significato stesso di quel costrutto. Nel caso dell’esempio riportato, significherebbe far pesare di più un polo (“senso di responsabilità”) sacrificando il senso dell’insieme.

È ampiamente condivisa fra i ricercatori della *Content Analysis* l’idea di rendere esplicite, manifeste e trasparenti le norme interpretative del contenuto che stiamo studiando per far sì che le conclusioni siano stabili e non provvisorie. Come sostiene Weber (1983 in Mazzara, 2011, pag. 68) “non c’è alcun semplice modo giusto di fare analisi di contenuto. Ogni ricercatore deve decidere quali metodi sono appropriati per il proprio problema di base”. Per cui cercheremo di spiegare nel dettaglio, passo dopo passo, come abbiamo deciso di procedere nella codifica per non perdere l’attendibilità dell’analisi di contenuto. Nel caso dell’esempio di cui abbiamo parlato sopra, ovvero di un costrutto che ha due poli che appartengono ad aree differenti, abbiamo deciso di classificarlo in una categoria creata ad hoc denominata ALTRI 1.

Un’altra situazione comune è stata trovare due aggettivi appartenenti alla stessa macroarea ma a sottoaree differenti (es.: “leale - non sincera”; “leale”

appartiene all'area 1e mentre "non sincera" all'area 1f). In questo caso si è deciso di codificare quel costrutto nella sottoarea "altri" dell'area a cui appartengono entrambi i poli (es.: area morale 1 altri). In letteratura non abbiamo trovato direttive sulla procedura di classificazione di questo tipo di costrutti.

Una terza condizione su cui si è dovuto stabilire un criterio chiaro è stata quella in cui i termini elicitati dai soggetti non erano presenti nell'elenco della SCCPi. In questo caso ci siamo trovati davanti a quattro casi:

- a. Nel caso in cui sia piuttosto evidente che entrambi i poli di un costrutto appartengono ad un'area pur non essendo esplicitamente citati nel sistema classificatorio SCCPi, il costrutto verrà codificato inserendolo nell'area del sinonimo (esempio: "onesto/disonesto" → area 1f (Area Morale 1 - sottoarea "Sincero-Falso"))).
- b. Se invece almeno uno o entrambi dei due poli del costrutto non è identificabile in nessuna delle aree (esempio: "mangiatori/creativa", "uno schifo/unica e speciale e meravigliosa") si è deciso di creare una nuova area denominata ALTRI 2.
- c. Nel caso in cui un costrutto contenga termini riguardanti l'aspetto fisico (es.: "bella/brutta"), lo collocheremo in un'apposita sottocategoria dell'area personale (area 4) denominata 4n – "caratteristiche fisiche".
- d. Visto che la popolazione indagata è portatrice di malessere, ci siamo chiesti se fosse il caso di inserire o meno un'ulteriore sottoarea dell'area personale che contenesse i significati riguardanti la malattia e la salute sia fisica che mentale. Quindi abbiamo creato la sottocategoria 4o (salute-malattia) proprio come hanno fatto Compañ et al. (2011) nello studio dell'analisi di contenuto dei dilemmi implicativi di pazienti affetti da fibromialgia.

Dopo aver fatto la codifica individuale, i giudici si sono incontrati di nuovo per registrare gli accordi e i disaccordi rispetto all'avvenuta codifica. Il cosiddetto "accordo pre-discussione" è stato registrato quando nel codificare un costrutto gli sperimentatori non hanno avuto alcun dubbi e nessuna divergenza. Mentre ogni volta che ci si è trovati di fronte ad un disaccordo, si è cercato di arrivare ad una conclusione soddisfacente per entrambi i giudici. Quando i due giudici sono arrivati ad una conclusione accordante nella scheda si è registrato il cosiddetto "accordo post-discussione" oppure "nessun accordo" se non sono riusciti a trovare una classificazione soddisfacente per entrambi.

Nella tabella 4.1 sono indicati sia il numero di costrutti su cui si è trovato accordo pre-discussione, post-discussione e nessun accordo e nella tabella 4.2 è riportata la percentuale di accordo fra giudici pre e post-discussione per ogni popolazione. Sono stati esclusi dalle analisi i costrutti su cui non si è trovato una convergenza di opinioni fra i due giudici, come le ricerche in letteratura (Compañ et al., 2011), per cui il numero di costrutti totali delle persone Borderline è sceso a 203 (con l'esclusione di 7 costrutti), quello delle persone DOC a 193 (con l'esclusione di 5 costrutti) mentre è rimasto invariato il numero dei costrutti del gruppo di controllo.

	Numero costrutti		
	Gr. Border	Gr. DOC	Gr. Controllo
Accordo Pre	171	171	185
Accordo Post	32	22	16
Non Accordo	7	5	0
Totale	210	198	201

Tabella 4.1. Numero di costrutti su cui i due giudici indipendenti hanno trovato un accordo Pre-discussione, Post-discussione e nessun accordo per ogni gruppo (Border, DOC e Controllo)

	Percentuale Accordo fra giudici		
	Gr. Border	Gr. DOC	Gr. Controllo
Accordo Pre	81,42%	86,36%	91,58%
Accordo Post	96,6%	97,4%	100%

Tabella 4.2. Percentuale di accordo fra giudici pre-discussione e post-discussione per ogni gruppo (Border, DOC e Controllo)

4.3 Analisi e presentazione dei risultati

Dopo aver codificato tutti i costrutti, valutato il grado di concordanza ed escluso i costrutti su cui non vi è stato accordo fra giudici, abbiamo proceduto a calcolare le frequenze dei costrutti per ogni area e sottoarea nei tre gruppi (vedi Tabella 4.3).

AREA	CATEGORIA	Frequenza			Percentuale di costrutti		
		B	C	D	B	C	D
Area 1: MORALE	1a buono-cattivo	1	2	1	0,49%	1,00%	0,52%
	1b altruista-egoista	2	5	9	0,99%	2,49%	4,66%
	1c umile-presuntuoso	1	-	1	0,49%	-	0,52%
	1e leale-sleale	-	4	1	-	1,99%	0,52%
	1f sincero-falso	5	6	4	2,46%	2,99%	2,07%
	1g responsabile-irresponsabile	3	2	-	1,48%	1,00%	-
	1 altri	-	2	3	-	1,00%	1,55%
	TOTALE	12	21	19	5,91%	10,45%	9,84%
Area 2: EMOZIONALE	2a impulsivo-razionale	6	5	7	2,96%	2,49%	3,63%
	2b sensibile-insensibile	5	2	9	2,46%	1,00%	4,66%
	2c positivo-negativo	4	5	5	1,97%	2,49%	2,59%
	2d calmo-agitato	6	9	8	2,96%	4,48%	4,15%
	2e emozioni concrete	3	3	8	1,48%	1,49%	4,15%
	2f sessualità	-	-	1	-	-	0,52%
	2 altri	4	2	2	1,97%	1,00%	1,04%
	TOTALE	28	26	40	13,79%	12,94%	20,73%
Area 3: RELAZIONALE	3a aperto-chiuso	5	10	13	2,46%	4,98%	6,74%
	3b simpatico-antipatico	3	4	4	1,48%	1,99%	2,07%
	3c semplice – sofisticato	-	-	1	-	-	0,52%
	3d permissivo - autoritario	1	2	-	0,49%	1,00%	-
	3f autonomo-dipendente						
	3g pacifico-aggressivo	3	4	5	1,48%	1,99%	2,59%
	3h comprensivo-non comprensivo	1	-	1	0,49%	-	0,52%
		1	-	-	0,49%	-	-
	3i fiducioso-diffidente	-	2	1	-	1,00%	0,52%
	3 altri	6	8	18	2,96%	3,98%	9,33%
TOTALE	20	30	43	9,85%	14,93%	22,28%	
Area 4: PERSONALE	4a forte-debole	17	9	15	8,37%	4,48%	7,77%
	4b attivo-passivo	1	4	8	0,49%	1,99%	4,15%

	4c costante –incostante	4	1	2	1,97%	0,50%	1,04%
	4d attento-distratto	1	5	5	0,49%	2,49%	2,59%
	4e deciso-indeciso	1	-	2	0,49%	-	1,04%
	4f flessibile-rigido	1	7	6	0,49%	3,48%	3,11%
	4g profondo-superficiale	1	1	1	0,49%	0,50%	0,52%
	4h maturo-immaturo	4	8	3	1,97%	3,98%	1,55%
	4i ingenuo-furbo	-	1	-	-	0,50%	-
	4l paziente-impaziente	-	4	-	-	1,99%	-
	4m coerente-incoerente	-	1	-	-	0,50%	-
	4n bello-brutto	2	6	1	0,99%	2,99%	0,52%
	4o sano-malato	6	3	2	2,96%	1,49%	1,04%
	4 altri	6	2	6	2,96%	1,00%	3,11%
	TOTALE	44	52	51	21,67%	25,87%	26,42%
Area 5:							
INTELLETTUALE/	5a capace-incapace	-	1	1	-	0,50%	0,52%
OPERAZIONALE	5b intelligente -stupido	1	-	2	0,49%	-	1,04%
	5c acculturato-ignorante	1	1	-	0,49%	0,50%	-
	5d creativo-non creativo	1	1	-	0,49%	0,50%	-
	5 altri	-	-	3	-	-	1,55%
	TOTALE	3	3	6	1,48%	1,49%	3,11%
Area 6: VALORI E							
INTERESSI	6a valori ideologici	-	-	1	-	-	0,52%
	6b passioni e interessi specifici	4	1	3	1,97%	0,50%	1,55%
	TOTALE	4	1	4	1,97%	0,50%	2,07%
ALTRI 1		34	31	13	16,75%	15,42%	6,74%
ALTRI 2		58	37	17	28,57%	18,41%	8,81%

Tabella 4.3. Frequenze e percentuali di costrutti in ogni categoria e sottocategoria del SCCPi e delle aree ALTRI 1 e ALTRI 2 nei tre gruppi (B: Border; D: DOC; C: Controllo)

Siccome il numero di costrutti non è uguale nei tre gruppi (193 i costrutti nel gruppo DOC, 203 i costrutti del gruppo Border e 201 quelli del gruppo di controllo) abbiamo ponderato i dati rispetto al numero di casi per poter procedere con le analisi successive. Con la finalità di capire se i tre distinti gruppi si differenziano rispetto alla distribuzione dei costrutti nelle aree del SCCPi, abbiamo eseguito il test chi-quadrato.

		Morale	Emozionale	Relazionale*	Personale	Intellettuale	Val. e Int.	Altri 1*	Altri 2 *	Totale
BORDER	Fr.	12,0	28,0	20,0	44,0	3,0	4,0	34,0	58,0	203,0
	Fr attesa	17,7	32,0	31,6	50,0	4,1	3,1	26,5	38,1	
	%	23,1%	29,8%	21,5%	29,9%	25,0%	44,4%	43,6%	51,8%	
	RSA	-1,7	-0,9	-2,8	-1,2	-0,7	0,7	1,9	4,4	
DOC	Fr.	19,0	40,0	43,0	51,0	6,0	4,0	13,0	17,0	193,0
	Fr attesa	16,8	30,4	30,1	47,5	3,9	2,9	25,2	36,2	
	%	36,5%	42,6%	46,2%	34,7%	50,0%	44,4%	16,7%	15,2%	
	RSA	0,7	2,3	3,1	0,7	1,3	0,8	-3,2	-4,3	
CONTROLLO	Fr.	21,0	26,0	30,0	52,0	3,0	1,0	31,0	37,0	201,0
	Fr attesa	17,5	31,6	31,3	49,5	4,0	3,0	26,3	37,7	
	%	40,4%	27,7%	32,3%	35,4%	25,0%	11,1%	39,7%	33,0%	
	RSA	1,1	-1,3	-0,3	0,5	-0,6	-1,4	1,2	-0,2	
Totale		52,0	94,0	93,0	147,0	12,0	9,0	78,0	112,0	597,0

Tabella 4.4. Frequenza dei costrutti, percentuale per area e residuo standardizzato aggiustato nei tre gruppi.

Fr: frequenza di costrutti; Fr. Attesa: frequenza attesa di costrutti;
%: percentuale di costrutti; RSA: Residuo Standardizzato Aggiustato.

I risultati del Chi-quadro eseguito tra le frequenze dei costrutti del gruppo Border, del gruppo DOC e del gruppo Controllo per ogni area, mostrano una differenza significativa nell'area Relazionale ($\chi^2 = 11,7563$, $p = 0,0029$), ALTRI 1 ($\chi^2 = 10,7189$, $p = 0,004$) e ALTRI 2 ($\chi^2 = 25,3459$, $p = 0,0000$). La differenza nell'area EMOZIONALE risulta ai limiti della significatività ($\chi^2 = 5,3722$, $p = 0,068$).

Abbiamo inoltre eseguito il test del Chi-quadro considerando due gruppi per volta.

		Morale	Emozionale	Relazionale	Personale	Intellettuale	Val. e Int.	Altri 1	Altri 2 *	Totale
BORDER	Fr.	12,0	28,0	20,0	44,0	3,0	4,0	34,0	58,0	203,0
	Fr. Attesa	16,6	27,1	25,1	48,2	3,0	2,5	32,7	47,7	
	%	36,4%	51,9%	40,0%	45,8%	50,0%	80,0%	52,3%	61,1%	50,2%
	RSA	-1,7	0,3	-1,5	-1,0	0,0	1,3	0,4	2,4	
CONTROLLO	Fr.	21,0	26,0	30,0	52,0	3,0	1,0	31,0	37,0	201,0
	Fr. Attesa	16,4	26,9	24,9	47,8	3,0	2,5	32,3	47,3	
	%	63,6%	48,1%	60,0%	54,2%	50,0%	20,0%	47,7%	38,9%	49,8%
	RSA	1,7	-0,3	1,5	1,0	0,0	-1,3	-0,4	-2,4	
Totale		33,0	54,0	50,0	96,0	6,0	5,0	65,0	95,0	404,0

Tabella 4.5. Frequenza dei costrutti, percentuale per area e residuo standardizzato aggiustato nel gruppo Border e nel gruppo Controllo.

Fr: frequenza di costrutti; Fr. Attesa: frequenza attesa di costrutti;
%: percentuale di costrutti; RSA: Residuo Standardizzato Aggiustato.

I risultati del Chi-quadro eseguito tra le frequenze dei costrutti del gruppo Border e del gruppo Controllo per ogni area, mostrano una differenza significativa solo nell'area ALTRI 2 ($\chi^2 = 4,76$, $p = 0,029$).

		Morale	Emozionale*	Relazionale	Personale	Intellettuale	Val. e Int.	Altri 1*	Altri 2 *	Totale
DOC	Fr.	19,0	40,0	43,0	51,0	6,0	4,0	13,0	17,0	193,0
	Fr. Attesa	19,6	32,3	35,8	50,5	4,4	2,4	21,6	26,5	
	%	47,5%	60,6%	58,9%	49,5%	66,7%	80,0%	29,5%	31,5%	49,0%
	RSA	-0,2	2,0	1,8	0,1	1,1	1,4	-2,8	-2,8	
CONTROLLO	Fr.	21,0	26,0	30,0	52,0	3,0	1,0	31,0	37,0	201,0
	Fr. Attesa	20,4	33,7	37,2	52,5	4,6	2,6	22,4	27,5	
	%	52,5%	39,4%	41,1%	50,5%	33,3%	20,0%	70,5%	68,5%	51,0%
	RSA	0,2	-2,0	-1,8	-0,1	-1,1	-1,4	2,8	2,8	
Totale		40,0	66,0	73,0	103,0	9,0	5,0	44,0	54,0	394,0

Tabella 4.6. Frequenza dei costrutti, percentuale per area e residuo standardizzato aggiustato nel gruppo DOC e nel gruppo Controllo.

Fr: frequenza di costrutti; Fr. Attesa: frequenza attesa di costrutti;
%: percentuale di costrutti; RSA: Residuo Standardizzato Aggiustato.

I risultati del Chi-quadro eseguito tra le frequenze dei costrutti del gruppo DOC e del gruppo Controllo per ogni area, mostrano una differenza significativa nelle aree Emozionale ($\chi^2 = 4,318$; $p = 0,037$), ALTRI 1 ($\chi^2 = 9,43$; $p = 0,002$) e

ALTRI 2 ($\chi^2 = 9,83$; $p = 0,001$) e una differenza quasi significativa nell'area Relazionale ($\chi^2 = 3,48$; $p = 0,061$).

		Morale	Emozionale	Relazionale*	Personale	Intellettuale	Val. e Int.	Altri 1*	Altri 2*	Totale
BORDER	Fr.	12,0	28,0	20,0	44,0	3,0	4,0	34,0	58,0	203,0
	Fr. Attesa	15,9	34,9	32,3	48,7	4,6	4,1	24,1	38,4	
	%	38,7%	41,2%	31,7%	46,3%	33,3%	50,0%	72,3%	77,3%	51,3%
	RSA	-1,5	-1,8	-3,4	-1,1	-1,1	-0,1	3,1	5,0	
DOC	Fr.	19,0	40,0	43,0	51,0	6,0	4,0	13,0	17,0	193,0
	Fr. Attesa	15,1	33,1	30,7	46,3	4,4	3,9	22,9	36,6	
	%	61,3%	58,8%	68,3%	53,7%	66,7%	50,0%	27,7%	22,7%	48,7%
	RSA	1,5	1,8	3,4	1,1	1,1	0,1	-3,1	-5,0	
Totale		31,0	68,0	63,0	95,0	9,0	8,0	47,0	75,0	396,0

Tabella 4.7. Tabella 4.6. Frequenza dei costrutti, percentuale per area e residuo standardizzato aggiustato nel gruppo DOC e nel gruppo Border.

Fr: frequenza di costrutti; Fr. Attesa: frequenza attesa di costrutti;
%: percentuale di costrutti; RSA: Residuo Standardizzato Aggiustato.

I risultati del Chi-quadro eseguito tra le frequenze dei costrutti del gruppo DOC e del gruppo Border per ogni area, mostrano una differenza significativa nelle aree Relazionale ($\chi^2 = 11,42$, $p = 0,0007$), ALTRI 1 ($\chi^2 = 9,48$, $p = 0,0021$) e ALTRI 2 ($\chi^2 = 25,17$, $p = 0,0000$) e una differenza quasi significativa nell'area Emozionale ($\chi^2 = 3,34$; $p = 0,067$).

Infine è stato calcolato il valore dei Residui Standardizzati Aggiustati (RSA), identificando quelli che superano 1,96 ($\alpha = 0,05$), per conoscere le sottoaree a cui si devono le differenze significative. I RSA, che si distribuiscono normalmente con media zero e deviazione standard uno, indicano che differenza fra la frequenza osservata e quella attesa è elevata quando il loro valore supera 1,96 in valore assoluto per un livello di confidenza del 95%.

La tabella 4.8 mostra i valori dei RSA per i Border e il gruppo di Controllo, segnalando come significative le seguenti sottocategorie: 1e (“leale-sleale”); 4f (“flessibile-rigido”); 4l (“paziente-impaziente”).

AREE	B	C	AREE	B	C	AREE	B	C
1a	-0,6	0,6	3b	-0,4	0,4	4h	-1,2	1,2
1b	-1,2	1,2	3c	-	-	4i	-1,0	1,0
1c	1,0	1,0	3d	-0,6	0,6	4l	-2,0	2,0
1d	-	-	3e	-	-	4m	-1,0	1,0
1e	-2,0	2,0	3f	-0,4	0,4	4n	-1,4	1,4
1f	-0,3	0,3	3g	1,0	-1,0	4o	1,0	-1,0
1g	0,4	-0,4	3h	1,0	-1,0	4altri	1,4	-1,4
1altri	-1,4	1,4	3i	-1,4	1,4	5a	-1,0	1,0
2a	0,3	-0,3	3altri	-0,6	0,6	5b	1,0	-1,0
2b	1,1	-1,1	4a	1,6	-1,6	5c	0	0
2c	-0,4	0,4	4b	-1,4	1,4	5d	0	0
2d	-0,8	0,8	4c	1,3	-1,3	5altri	-	-
2e	0	0	4d	-1,7	1,7	6a	-	-
2f	-	-	4e	1,0	-1,0	6b	1,3	-1,3
2altri	0,8	-0,8	4f	-2,2	2,2	6altri	-	-
3a	-1,3	1,3	4g	0	0			

Tabella 4.8. Valori dei Residui Standardizzati Aggiustati per ogni sottocategoria nel gruppo Border e nel gruppo di Controllo

La tabella 4.9 mostra i valori dei RSA per i DOC e il gruppo di Controllo, segnalando come significative le seguenti sottocategorie: 2b (“sensibile-insensibile”), 3 altri; 4l (“paziente-impaziente”).

AREE	D	C	AREE	D	C	AREE	D	C
1a	-0,5	0,5	3b	0,1	-0,1	4h	-1,5	1,5
1b	1,2	-1,2	3c	1,0	-1,0	4i	-1,0	1,0
1c	1,0	-1,0	3d	-1,4	1,4	4l	-2,0	2,0
1d	-	-	3e	-	-	4m	-1,0	1,0
1e	-1,3	1,3	3f	0,4	-0,4	4n	-1,9	1,9
1f	-0,5	0,5	3g	1,0	-1,0	4o	0,4	-0,4
1g	-1,4	1,4	3h	-	-	4altri	1,5	-1,5
1altri	0,5	-0,5	3i	-0,5	0,5	5a	0	0
2a	0,7	-0,7	3altri	2,2	-2,2	5b	1,5	-1,5
2b	2,2	-2,2	4a	1,4	-1,4	5c	-1,0	1,0
2c	0,1	-0,1	4b	1,2	-1,2	5d	-1,0	1,0
2d	-0,2	0,2	4c	0,6	-0,6	5altri	1,8	-1,8
2e	1,6	-1,6	4d	0,1	-0,1	6a	1,0	-1,0
2f	1,0	-1,0	4e	-1,5	1,5	6b	1,0	-1,0
2altri	0	0	4f	-0,2	0,2	6altri	-	-
3a	0,7	-0,7	4g	0	0			

Tabella 4.9. Valori dei Residui Standardizzati Aggiustati per ogni sottocategoria nel gruppo DOC e nel gruppo di Controllo

La tabella 4.10 mostra i valori dei RSA per i soggetti DOC e i soggetti Border, segnalando come significative le seguenti sottocategorie: 1b (“altruista-egoista”); 3a (“aperto-chiuso”); 3 altri; 4b (“attivo-passivo”); 4f (“flessibile-rigido”).

AREE	B	D	AREE	B	D	AREE	B	D
1a	0	0	3b	-0,4	0,4	4h	0,3	-0,3
1b	-2,2	2,2	3c	-1,0	1,0	4i	-	-
1c	0	0	3d	1,0	-1,0	4l	-	-
1d	-	-	3e	--	--	4m	-	-
1e	-1,0	1,0	3f	-0,8	0,8	4n	0,5	-0,5
1f	0,3	-0,3	3g	0	0	4o	1,4	-1,4
1g	1,7	-1,7	3h	1,0	-1,0	4altri	-0,1	0,1
1altri	-1,8	1,8	3i	-1,0	1,0	5a	-1,0	1,0
2a	-0,4	0,4	3altri	-2,7	2,7	5b	-0,6	0,6
2b	-1,2	1,2	4a	0,2	-0,2	5c	1,0	-1,0
2c	-0,4	0,4	4b	-2,4	2,4	5d	1,0	-1,0
2d	-0,6	0,6	4c	0,8	-0,8	5altri	-1,8	1,8
2e	-1,6	1,6	4d	-1,7	1,7	6a	-1,0	1,0
2f	-1,0	1,0	4e	-0,6	0,6	6b	0,3	-0,3
2altri	0,8	-0,8	4f	-2,0	2,0	6altri	-	-
3a	-2,0	2,0	4g	0	0			

Tabella 4.10. Valori dei Residui Standardizzati Aggiustati per ogni sottocategoria nel gruppo Border e nel gruppo DOC.

4.4 Discussioni dei risultati

I risultati dell'analisi di contenuto mostrano differenze significative nelle modalità costruttive dei tre gruppi considerati in questa ricerca. In particolare, le persone con diagnosi Borderline di Personalità utilizzano maggiormente, sia rispetto al gruppo di controllo che rispetto al gruppo DOC, costrutti della categoria ALTRI 2, ovvero costrutti che hanno almeno un polo che non appartiene a nessuna categoria precostituita presente nel SCCPi. Inoltre vi è una prevalenza di costrutti dell'area ALTRI 1 nei Border rispetto al gruppo DOC.

Il gruppo delle persone con diagnosi DOC si differenzia per un utilizzo nettamente inferiore rispetto al controllo e al gruppo Border di costrutti delle aree ALTRI 1 e ALTRI 2; tuttavia appare interpretare la realtà con un uso maggiore di costrutti Emozionali rispetto al gruppo di controllo e di costrutti Relazionali rispetto al gruppo Borderline.

I risultati dei Residui Standardizzati Aggiustati (RSA) calcolati per ogni sottocategoria ci dicono che i Border utilizzano meno dei controlli costrutti che rientrano nelle categorie "leale-sleale" "flessibile-rigido" e "paziente-impaziente", e in misura inferiore rispetto ai DOC costrutti che rientrano nelle sottocategorie "altruista-egoista", "aperto-chiuso", "3 altri", "attivo-passivo" e "flessibile-rigido".

I risultati dei RSA mostrano che i DOC utilizzano più costrutti rispetto al gruppo di controllo appartenenti alla sottocategorie "sensibile-insensibile" e "3 altri" ma meno costrutti appartenenti alla sottocategoria "paziente-impaziente".

È da notare che in entrambi i gruppi clinici vi è un utilizzo minore rispetto al controllo di costrutti della sottoarea "paziente-impaziente".

Capitolo 5

Discussioni e conclusioni

L'unico vero viaggio, l'unico bagno di giovinezza, sarebbe non andare verso nuovi paesaggi, ma avere altri cento occhi, vedere l'universo con gli occhi di un altro, di cento altri, vedere i cento universi che ciascuno vede, che ciascuno è.

(Marcel Proust, 1927)

5.1 Discussioni

Le analisi degli aspetti strutturali evidenziano differenze significative nell'organizzazione del sistema di costrutti fra i partecipanti del gruppo Borderline, del gruppo DOC ed i partecipanti del gruppo di controllo. Quindi il primo sguardo sarà rivolto alla “trama del tessuto” (Bateson, 1972) allo scopo di ottenere una rappresentazione unitaria del sistema di costrutti.

Inizialmente discuteremo delle misure cognitive, che sono di centrale importanza nell'interpretazione delle griglie. Esse rappresentano una serie di indicatori quantitativi e permettono di comprendere aspetti strutturali complessivi prima di porsi domande più specifiche.

In termini più generali, le persone con diagnosi Borderline di Personalità sembrano appartenere al profilo che Feixas & Cornejo-Alvarez, (1996) definiscono come “Frammentazione”: bassa Differenziazione (ICC = 0,3589) e

bassa Integrazione (RMS = 0,4467). Questo sta a significare che il “soggetto vaga da un punto di vista all’altro senza molto senso né una direzione precisa” (Feixas & Cornejo-Alvarez, 1996, pag. 139). Dalle analisi statistiche emerge quanto questo profilo sia significativamente diverso rispetto al gruppo di controllo che invece rientra nel profilo “Complessità”, avendo valori medi di ICC (M = 0,45; p = 0,012) e RMS (M = 0,51; p = 0,009) ritenuti buoni in letteratura (Bell, 1987 in Armezzani, Grimaldi & Pezzullo, 2003). Avere un profilo cognitivo “complesso” significa avere accesso alle varie dimensioni di significato che sono differenziate e integrate in modo coerente. Il concetto di complessità cognitiva è stato ampiamente discusso dai teorici che lavorano con le Griglie di Repertorio (GR). Bieri (1955, in Adams-Webber, 2003, pag. 263) propose per primo una definizione di complessità cognitiva facendola coincidere con il grado di differenziazione dei costrutti e ipotizzò che maggiore è quest’ultimo, maggiore è il potere predittivo dell’individuo. Ad oggi si ritiene che per parlare di complessità non sia sufficiente la differenziazione, ma sia necessaria anche l’integrazione, e che la sola differenziazione porti solo a frammentazione e confusione (Armezzani, Grimaldi & Pezzullo, 2003).

“Un sistema complesso è maggiormente in grado di rendere prevedibile l’esperienza e mantenere una propria stabilità anche in ambienti mutevoli e minacciosi. L’integrazione d’altra parte implica una maggiore capacità di interazione tra i diversi sottosistemi costituenti il sistema conoscitivo [...] consentendo di costruire anticipazioni che tengano conto contemporaneamente delle proprie esigenze affettive, delle proprie convinzioni semantiche e delle proprie tendenze comportamentali e di adottare strategie cognitive, emotive e comportamentali efficaci per il raggiungimento dei propri obiettivi di vita” (Cionini, 1998, pag. 152-153).

Le persone con diagnosi Borderline, mostrando punteggi di differenziazione bassi, sembrano incapaci di leggere e anticipare in modo articolato l'atteggiamento degli altri oltre che costruire alternative viabili laddove si sentono in difficoltà. Non avendo un sistema integrato, è come se vivessero in un mondo in cui i nessi fra le cose non ci sono e tutto appare netto ma isolato e privo di un senso unitario.

Per ciò che concerne i punteggi di estremità e quindi la dimensione di flessibilità/rigidità, le persone con diagnosi Borderline sembrano usare maggiormente punteggi estremi (Punteggi estremità = 51%) che hanno tuttavia un significato clinico anche se non risultano da un punto di vista statistico significativamente diversi rispetto ai DOC e al gruppo di controllo. Dai dati presenti in letteratura un tale punteggio sta a significare una tendenza alla valutazione rigida che procede prevalentemente per dicotomie e contrapposizioni nette (Armezzani, 2004).

Per sintetizzare, le persone con diagnosi Borderline sembrano vagare in un mondo relazionale a cui attribuiscono un senso stretto, rigido ma non persistente, in un'altalena di significato in cui l'oscillazione è imponente. Secondo Grimaldi (2003, pag. 45) "costrutti estremamente lassi impediscono il controllo sugli eventi e sono espressione della mancanza di confini che sfiora il timore della dispersione".

La flessibilità (punteggi estremi e intermedi nella media), che distingue il gruppo di controllo, è la caratteristica che consente di rimanere se stessi pur cambiando in funzione dei propri obiettivi personali. Implica anche la capacità di essere aperti alla parola dell'altro, tanto aperti da riuscire a mettere in discussione se stessi senza perdersi. Le persone flessibili sono aperte al dialogo, in quanto veicolo della relazione alla pari e c'è parità laddove c'è riconoscimento pieno dell'altro (Hegel, 1807).

Per quanto riguarda i profili di costruzione del Sé delle persone con diagnosi Borderline, gli indici adottati in questa fase della ricerca evidenziano il prevalere di un'immagine di Sé negativa, caratterizzata da bassa autostima (Media correlazione Sé- Sé Ideale = - 0,11); ogni caratteristica attribuita al Sé attuale correla pochissimo e negativamente con qualsiasi altra attribuita al Sé Ideale. In altri termini le persone con diagnosi Borderline costruiscono il Sé come diverso da ciò che vorrebbero essere. Il Sé Futuro, inoltre, è altamente correlato al Sé Ideale ($M=0,74$). Questo potrebbe esser letto come la presenza dell'idea di una possibilità di cambiamento e quindi come un possibile spostamento dalla posizione attuale di malessere; tuttavia il fatto che l'elemento del Sé Ideale venga collocato sul polo opposto rispetto a quello usato per definire il Sé implica che il cambiamento dovrebbe essere radicale e appare quindi più che altro idealizzato. Riprendiamo a tal proposito, le parole di Bannister e Fransella (1971, pag. 153) “il problema principale è quello di trovare nuove dimensioni di significato lungo le quali vedere la propria vita, non di rotolare all'altro estremo di dimensioni che sono già fin troppo definite”. Quest'ultima citazione ci rimanda alla struttura già descritta in precedenza in cui la frammentazione e la rigidità sembrano convivere in un sistema personale che è immobile nella sofferenza, incapace di costruire vie percorribili con cui raggiungere i propri scopi esistenziali pur continuando a sperare in un futuro idealmente migliore.

Concludiamo le riflessioni sulle persone con diagnosi Borderline discutendo i risultati dell'analisi di contenuto.

La caratteristica più evidente della modalità costruttiva dei Border, rispetto agli altri due gruppi, è una loro maggiore “originalità”, nel senso che utilizzano in modo predominante (58 costrutti su 203) costrutti non appartenenti alla categorie della SCCPi. Dalle analisi statistiche emerge una differenza

significativa nell'area ALTRI 2 sia rispetto al gruppo di controllo ($p = 0,029$) che rispetto ai DOC ($p = 0,0000$).

Anche il nostro gruppo di controllo potrebbe esser definito tendenzialmente originale nelle proprie costruzioni nella misura in cui 37 costrutti su 201 rientrano nella categoria ALTRI2 ma questa modalità costruttiva è inserita in un sistema che, come abbiamo detto ad inizio del capitolo, è complesso, integrato e differenziato. Una modalità costruttiva divergente, non convenzionale può essere definita creativa nella misura in cui si accompagna alla complessità del sistema.

Nelle persone con diagnosi Borderline, la modalità costruttiva "originale" è inserita in un sistema frammentato; questo fa sì che sia difficile considerarlo come un processo costruttivo creativo (con l'accezione che abbiamo definito sopra) perché o non sembrano essere in grado di restringere le proprie idee tanto da poterle mettere a fuoco e sottoporle a verifica o sembrano passare con estrema facilità da una polarità a quella opposta. Inoltre costruire l'esperienza, e quindi anche le relazioni con gli altri, in modo così frammentato, altalenante e "diverso dal solito", potrebbe spiegare il perché i Border incontrano così tanta difficoltà a comunicare con gli altri e ad intessere relazioni significative e durature. È come se fossero stranieri in una terra sconosciuta, non parlano la stessa lingua del luogo in cui si trovano e inoltre la loro lingua non ha nemmeno una grammatica e una fonetica precisa ma è mutevole e di difficile apprendimento per gli altri. I Border sembrano non riuscire a farsi capire né tantomeno a capire gli altri. Riprendo le parole di Kelly (in Bannister & Fransella, 1971, pag. 161) "se non riusciamo a capire le persone [...] allora possiamo fare delle cose con loro ma non metterci in relazione con loro". Le persone con diagnosi Borderline sembra che trovino difficile l'entrare in relazione forse perché "l'interazione interpersonale esiste nei termini della comprensione reciproca" (Armezzani, Grimaldi, Pezzullo, 2003 pag. 42).

La cosa che colpisce è che non sembrano averne consapevolezza. Infatti l'indice vicinanza-lontananza col proprio mondo socio-affettivo è nella norma ($M = 0,43$); in letteratura (Armezzani, Grimaldi & Pezzullo, 2003) sono i punteggi compresi fra $-0,20$ e $+0,20$ a significare un isolamento sociale importante. La differenza statistica col gruppo di controllo è fortemente significativa ($p = 0,003$), il gruppo Border mostra valori più bassi in questo indice e quindi si sentono un po' più isolati del controllo, ma da un punto di vista clinico è come se le persone con diagnosi Borderline stessero in un buon equilibrio relazionale.

A conferma di quanto appena detto, i Border utilizzano pochi costrutti di tipo relazionale ($N = 20$), in numero minore sia rispetto al gruppo di controllo ($N = 30$) sia rispetto al gruppo DOC ($N = 43$) anche se solo quest'ultima differenza è statisticamente significativa, come se la dimensione interpersonale fosse meno rilevante nel loro processo costruttivo.

I costrutti delle dimensioni Morale, Personale, Intellettuale, Valori e Interessi Specifici e ALTRI₁, sono distribuiti in modo equivalente al gruppo di controllo. Per ultima cosa, ma non per ordine di importanza, è da notare la percentuale molto elevata di conflitti interni. Senza entrare nel merito del contenuto dei dilemmi implicativi, una percentuale così elevata e distribuita fra le persone (circa il 94,44% delle persone con diagnosi Borderline presenta dilemmi col criterio clinico) ci fa pensare ad una situazione di blocco del movimento della persona, ovvero alla sua difficoltà a trovare alternative costruttive rispetto a quelle tipicamente utilizzate che sono parte integrante del dilemma stesso. È noto in letteratura (Feixas & Saúl, 2004) che più elevato è il grado di frammentazione nel sistema di costrutti, più è elevata la percentuale di dilemmi. Un livello così elevato di sofferenza è difficilmente tollerabile per le persone e seguendo la linea della Linehan (1993), potremmo pensare che i comportamenti impulsivi, come quelli autolesivi tipici dei Border, siano

utilizzati come processi funzionali ad ottenere sollievo da stati affettivo-emotivi intollerabili; Il punto decisivo è che il bisogno dell'altro, il bisogno di relazione è un bisogno vitale e ovviamente sentito anche dalle persone con diagnosi Borderline. L'impulsività, ovvero la tendenza ad agire velocemente senza ponderare bene i costi e i benefici di una scelta, può essere interpretata come un modo per fuggire altrettanto velocemente da un malessere che non sembra avere vie d'uscita.

Colpisce e potrebbe essere oggetto di un'ampia disquisizione teorica, che non verrà fatta in questo contesto, che i Borderline utilizzino la categoria "impulsivo-razionale" come gli altri due gruppi. Evidentemente questa dimensione che in letteratura viene attribuita al disturbo Borderline, non corrisponde ad un'equivalente autopercezione.

In sintesi, gli aspetti che emergono da questa analisi sembrano descrivere un quadro della personalità Borderline tendenzialmente coerente con quanto troviamo in letteratura, i cui elementi fondamentali sono riassunti di seguito:

- le persone Borderline sembrano non possedere i mezzi per costruire una relazione affettiva e la loro tipica instabilità potrebbe essere la manifestazione della mancanza di un "centro di gravità permanente" che si crea solo all'interno di una relazione significativa, e per dirla alla Heidegger (1927) "solo se abbiamo la capacità di abitare possiamo costruire".
- sembrano essere profondamente sofferenti e bloccate nella possibilità di percorrere la propria vita scontrandosi ogni giorno con il proprio tormento emotivo unito alla speranza che qualcosa accada di "miracoloso";
- inoltre sembrano aspettarsi qualcosa di ideale (da sé e supponiamo anche dagli altri) rimanendo immancabilmente delusi, non rendendosi conto che per costruire un'anticipazione viabile è necessario conoscere l'altro e quello che ti può offrire, senza la competenza necessaria a comprendere che "niente è

complicato se ci cammini dentro. Il bosco visto dall'alto è una macchia impenetrabile ma puoi conoscerlo albero per albero” (Benni, 2011, pag. 11).

Per quanto riguarda i DOC e facendo riferimento solo alle analisi statistiche descritte nel capitolo 3, potremmo affermare che i risultati degli indici strutturali e tematici del gruppo DOC sono praticamente sovrapponibili a quelli delle persone Borderline. E fermandoci solo a questo livello e visto l'evidente diversità della fenomenologia dei due disturbi presi in considerazione, potremmo affermare che la GR è uno strumento utile in campo clinico ma che discrimina solo fra “buon funzionamento globale” (vedi gruppo di controllo) e “cattivo funzionamento globale” (vedi DOC e Border). In realtà questa è solo un angolo della prospettiva attraverso cui guardare a questi risultati.

Per ciò che concerne il profilo di complessità cognitiva, troviamo un sistema frammentato anche nelle persone con diagnosi DOC ($ICC = 0,31$; $RMS = 0,42$), cioè anch'essi vagano da un punto di vista all'altro al contrario di quanto ipotizzato da Feixas & Cornejo-Alvarez (1996).

Cambiando livello di osservazione e lavorando su un piano puramente qualitativo, notiamo nelle griglie dei DOC un utilizzo dei punteggi estremi (Punteggi estremi = 40,7%) sovrapponibile al gruppo di controllo ($M = 41\%$) ma inferiore rispetto ai Border ($M = 51,2\%$), sebbene l'ANOVA non indichi una differenza statistica significativa fra i tre gruppi. Da un punto di vista clinico e non statistico, nei soggetti DOC sembra così mancare la rigidità dei Border, quel procedere per assoluti senza dare spazio a discriminazioni più fini. Anche in altre ricerche (Bannister & Fransella, 1966, 1967 in Bannister & Fransella, 1971) fu riscontrato nelle persone ossessive una modalità costruttiva molto lassa, con poche dimensioni a disposizione per costruire gli eventi e scarsamente integrate. I due autori spiegarono questo risultato inatteso,

sostenendo che “l’ossessivo ha talmente ristretto il processo di costruzione dell’ambiente che l’unica parte del suo sistema con una struttura stretta è quella che ha a che fare con i pensieri e gli atti ossessivi”, “è come se la persona ossessiva visse nell’unico modo che ha senso per lei, mentre al di fuori delle sue ossessioni, tutto è vaghezza e confusione” (Bannister & Fransella, 1971, pag. 185). La struttura concettuale ossessiva appare quindi non articolata e segmentata, senza nemmeno le certezze assolute tipiche dei Border, senza riuscire a definire in modo netto nessun elemento che riguarda sé e gli altri significativi.

Nel capitolo di Cionini & Provvedi (2003, pag. 375), vi è una descrizione della funzionalità dei sintomi ossessivi che si lega molto bene alla frammentazione strutturale che abbiamo riscontrato in questa ricerca: “i sintomi sono percepiti come un tentativo di reagire ad una situazione complessiva, di relazioni e di vita, sentita come caotica e quindi difficile da costruire in termini di significato”.

In genere si parla di autostima per indicare un buon rapporto con se stessi, ovvero un buon dialogo interiore, una buona immagine di sé, e quindi anche una reale capacità di andare incontro agli altri e di tollerare eventuali frustrazioni. L’indice di correlazione Sé - Sé Ideale è l’indice che rappresenta il concetto di autostima che nei DOC risulta essere molto bassa ($M = 0,16$) ma migliore di quella riscontrata nelle persone Border ($M = - 0,11$). La correlazione fra Sé futuro e Sé Ideale è abbastanza buona ($M = 0,53$) ma non eccessiva come nei Border. Questi due indici messi insieme ci dicono che le persone DOC appaiono meno idealizzanti dei Border, è come se fossero più ancorate al concreto, al possibile che non all’ideale. Il gruppo di controllo mostra una tendenza simile al gruppo DOC ma con valori più elevati; infatti mostra un livello di autostima ritenuto piuttosto buono ($0,54$) e una correlazione Sé Ideale - Sé Futuro altrettanto positiva ($0,77$), come se avessero una buona

percezione di Sé e come se ci fosse la possibilità di cambiare ulteriormente in senso positivo in futuro.

Per quanto riguarda l'analisi di contenuto, ci siamo trovati davanti a dei risultati non attesi. Ci saremmo aspettati una preponderanza di costrutti morali visto l'enfasi di vari modelli sulla moralità negli ossessivi e sulla centralità che questo aspetto riveste in questo tipo di scompenso. I nostri risultati non mostrano una differenza nella frequenza di costrutti morali nelle tre popolazioni prese in considerazione, nemmeno della sottocategoria "responsabile-irresponsabile" (1g). Altresì risulta evidente un utilizzo massiccio di costrutti relazionali nelle persone ossessive rispetto alle persone Borderline ($p = 0,007$), con una differenza statisticamente quasi significativa col gruppo di controllo ($p = 0,061$); le frequenze mostrano che il controllo ha un utilizzo intermedio di costrutti relazionali ($N = 30$) rispetto ai DOC ($N = 43$) e ai Border ($N = 20$). Le persone ossessive usano per interpretare la realtà molti costrutti che contemplano la dimensione interpersonale (Area 3). Se andiamo a sbirciare fra le sottocategorie di quest'area, notiamo che i DOC utilizzano moltissimi costrutti "misti", cioè che hanno i due poli appartenenti a due diverse sottoaree e che perciò sono stati codificati come "3 altri". Questo risultato è particolare se lo pensiamo nella geografia complessiva dei DOC perché è l'unico esempio di costruzione meno "scontata" nei DOC, dove per scontata intendiamo l'evidente utilizzo di costrutti pienamente aderenti alle categorie confezionate. I DOC infatti utilizzano molto meno e in modo statisticamente significativo rispetto al controllo e ai Border le categorie ALTRI 1 e ALTRI 2. È come se usassero "il senso comune", come costruissero l'esperienza usando costrutti "comuni", "stereotipati" fuorché nell'area relazionale. Se assumiamo che gli ossessivi tendono ad aderire a criteri esterni a loro (vedi Guidano, 2011; Ugazio, 2012), a prendere in prestito etichette per definire ciò che li circonda e riguarda, compreso il Sé, perché non ci riescono o

ci riescono meno nell'area interpersonale? È come se nelle relazioni non fossero in grado di far riferimento a criteri precostituiti, come se fosse difficile per loro costruire un'esperienza relazionale usando termini socialmente condivisi. L'indice di vicinanza-distanza relazionale percepita (RMS del Sé = 0,40) risulta significativamente più basso rispetto al gruppo di controllo ($p = 0,0002$) e sovrapponibile a quello riscontrato nei Border (0,43, $p = 0,58$). Da un punto di vista clinico però un isolamento sociale importante è definito per valori compresi tra -0,20 e 0,20. Quindi è come se i DOC si sentissero un po' più distanti relazionalmente dagli altri significativi ma non in modo clinicamente rilevante. Riassumendo, per i DOC l'esperienza relazionale sembra essere molto rilevante, sembrano costruirla come "un po' fuori dal consueto" e sembrano percepirsi come abbastanza soddisfatti della loro vita socio-affettiva.

Un altro aspetto particolarmente significativo sembra essere l'utilizzo maggiore anche di costrutti emozionali (N=40) rispetto alla popolazione di controllo (N= 26, $p = 0,037$) e alle persone Border (N=28, $p = 0,067$). Nello studio di Feixas et al. (2009) con persone depresse, il risultato fu sovrapponibile a questo. Anche in questo tipo di popolazione clinica risultò una predominanza di costrutti emozionali che gli autori interpretarono come un aspetto tipico del disturbo depressivo, come se l'area dell'emotività fosse la più compromessa proprio perché così centrale nell'interpretare la realtà. Quello che è certo è che gli ossessi ricorrono a un numero elevato di costrutti "emotivi" per definire gli elementi del loro spazio psicologico. Ma è anche altrettanto riconosciuto a livello clinico (Guidano, 2011; Ugazio, 2012; Cionini & Provvedi, 2003) che per le persone DOC il mondo emotivo è un mondo misterioso e sconosciuto, in cui i rumori emotivi sembrano essere indecodificabili, minacciosi per la coerenza interna, per la propria immagine di sé. Va però specificato che l'esperienza emotiva non corrisponde

necessariamente all'espressione verbale delle emozioni. È infatti noto in letteratura quanto gli ossessivi siano molto attenti alla parola più che agli aspetti non verbali della comunicazione o del clima emotivo. In questo studio risulta che i DOC interpretano la realtà utilizzando maggiormente costrutti sia relazionali che emotivi, senza che quest'ultimi però corrispondano necessariamente all'esperienza vissuta a livello del sentire.

I livelli di conflitto negli ossessi sono significativamente maggiori che nel controllo ($p = 0,022$) ma distribuiti in modo diverso rispetto ai Border. Nelle persone con diagnosi Borderline, la percentuale di dilemmi implicativi era notevole in ogni soggetto presente nella ricerca mentre nelle persone DOC vi è una distribuzione meno omogenea: ci sono persone con percentuali elevatissime di dilemmi e persone con nessun dilemma. Le uniche due persone ossessive ricoverate in clinica e sottoposte a terapia farmacologica, presentano una percentuale altissima di dilemmi, molto più alta che gli altri partecipanti. Questo aspetto della ricerca andrebbe approfondito in futuro: potrebbe esserci un legame fra gravità del disturbo e presenza massiccia di conflitti. Il livello comunque elevato di conflitti interni fa pensare ad una situazione di blocco del movimento e di grande malessere interiore.

In sintesi, gli ossessivi sembrano bloccati nella vaghezza, senza punti di riferimenti precisi, forse perché "il paziente ossessivo diffida soprattutto di sé" (Ugazio, 2012, pag. 175), motivo per cui sembrano prendere in prestito il senso comune per definire e definirsi, come se i parametri interni fossero inaffidabili. Il nostro campione di persone con diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo risulta avere un'idea di Sé ancora lontana dal proprio ideale a cui immagina di avvicinarsi in futuro senza investirci grosse aspettative miracolose. Gli aspetti più inattesi di questa ricerca sono risultati quelli emersi a livello di analisi di contenuto. Il mondo dei DOC sembra esser colorato di tinte relazionali ed emotive, tralasciando completamente l'aspetto morale e del senso di

responsabilità che riempie pagine e pagine di letteratura. Mentre i costrutti dell'area emozionale rientrano quasi totalmente nelle sottocategorie del SCCPi, i costrutti relazionali sono risultati essere meno aderenti al precostituito finendo nella sottoarea "3altri". Come se i DOC fossero in grado di definire le emozioni, il che non significa viverle, usando criteri condivisi mentre risultassero più incompetenti nel definire la dimensione interpersonale, come se costruire la relazione con l'altro fosse più difficile per loro, come se su questo piano mancassero di parole socialmente condivise.

Concludo con una citazione di Charles Bukowski (2001, pag. 25), che ben riassume il senso di queste discussioni sui DOC: "Allora, tu dici che le tue ossessioni sono dure a morire? È questo che sono gli uomini? Ossessioni? Non ti viene mai voglia di dare un taglio al gioco del dolore e della caccia e degli scacchi e delle corna? Non riesci a formulare un giudizio di valore? Non riesci a scegliere qualcuno? Qualcuno accanto a cui coricarti e guardare il soffitto e ascoltare musica, fumare sigarette, parlare, ridere e lasciarti andare? Non ti farebbe sentire bene il fatto di diventare qualcosa? (..) Qualcuno dovrebbe esserci. Una persona per un'altra persona, anche se dovessi essere tu stessa. È su questo che sto lavorando: me stesso per me stesso, piano piano, e poi forse potrò aprire la porta a qualcun altro".

5.2 Conclusioni

I risultati emersi nelle persone con Disturbo Borderline di Personalità confermano in parte quanto presente nella letteratura specialistica. La dimensione di estrema frammentazione del sistema unita all'utilizzo di posizioni estreme rimanda alla teorizzazione di Kernberg "sulle

rappresentazioni scisse di Sé e degli altri, con la conseguente interiorizzazione di relazioni oggettuali completamente <<buone>> o completamente <<cattive>>” (Kernberg, 1996 in Lingardi, 2004), oscillando frequentemente da un estremo all’altro. I Border non sembrano altresì utilizzare in modo predominante costrutti emozionali per costruire le proprie esperienze. Nella letteratura viene riportata, rispetto ai Border, la presenza di un’emoività estrema, le cosiddette “tempeste emotive” (Lingardi, 2004), rabbia immotivata ed intensa, oscillazioni rapide dell’umore, intensità caotica delle relazioni affettive, paura esagerata di fronte alla possibilità di essere abbandonati, e incapacità di controllare gli impulsi emotivi che può arrivare fino ai comportamenti autolesivi (Linehan, 1993). Si potrebbe ipotizzare che queste intense esperienze emozionali si verificano attivando dimensioni implicite che non trovano riscontro a livello di costrutti verbalizzabili; infatti il numero relativamente basso di costrutti emozionali potrebbe essere legato al fenomeno delle “tempeste emotive” proprio perché quest’ultime sono un’attivazione particolarmente intensa che però risulta difficilmente anticipabile e costruibile a livello esplicito. Sembra emergere che i Border si trovino in difficoltà nelle relazioni con gli altri in quanto sembrano carenti nella cosiddetta capacità di “mentalizzazione” o “funzione riflessiva” (Dimaggio & Semerari, 2003; Fonagy & Target, 2001), cioè di comprendere gli stati mentali altrui. Liotti (2014) sostiene che solo grazie alle capacità metacognitive è possibile disporre, nel corso dello sviluppo, degli strumenti mentali che secondo Linehan (1993) costituiscono il sistema di regolazione delle emozioni. L’autostima sembra essere molto bassa e anche questo dato è piuttosto noto in letteratura. Quello che emerge in questa ricerca e che non è presente nelle varie teorizzazioni dei Border è una certa tendenza ad anticipare un cambiamento positivo in futuro senza progettarlo ma idealizzandolo.

L'aspetto che a nostro avviso risulta più interessante anche a livello clinico è l'aspetto di originalità nell'interpretare la realtà, il loro modo unico e irripetibile di dare senso a ciò che li riguarda che male si adatta alla condivisione con l'altro ma che li rinchioda in un senso di estrema solitudine di linguaggio e significato. Inoltre le percentuali elevate di conflitto interno ci dicono quanto le persone con diagnosi Borderline siano estremamente sofferenti e bloccate nella loro possibilità di movimento. Tutto ciò rende difficile il lavoro del clinico che dovrà intessere una relazione significativa con una persona chiusa in un Sé che si fa "schifo" (costrutto utilizzato da una ragazza con diagnosi Borderline), che costruisce i suoi significati utilizzando criteri che sono difficili da comprendere per gli altri, che è immobile rispetto alla possibilità di cambiare perché legata in dilemmi inestricabili ma che nello stesso tempo attende un cambiamento radicale e che passa velocemente da un punto di vista a uno opposto credendoci fermamente ogni volta.

Per quanto riguarda i DOC, la letteratura offre modelli esplicativi molto differenti del Disturbo Ossessivo-Compulsivo, che pongono alla radice del disturbo aspetti radicalmente diversi. I nostri risultati disconfermano un profilo "Semplice" ovvero una modalità interpretativa definita del "tutto o nulla" caratterizzata da poche dimensioni di significato. Il profilo appare invece frammentato in linea con quanto riscontrato dai teorici della PCP. I DOC sembrano oscillare (e con questo termine si rimanda alla metafora del pendolo del Modello della Ugazio, 2012) fra una posizione e l'altra senza definirne nettamente alcuna. Navigano nella vaghezza senza punti di riferimento interni a cui appigliarsi. La percezione di Sé è scarsamente correlata al loro ideale di Sé ma mantengono un'aspettativa realistica su una possibile evoluzione di sé in positivo.

La dimensione della moralità non è emersa in modo significativo, non sembrano utilizzare costrutti morali per definire gli elementi del loro spazio psicologico come invece sottolineano i cognitivisti razionalisti. Sembrano invece dare rilevanza alla dimensione relazionale ed emozionale, al contrario di quanto riscontrato nei Border. È interessante notare come i Border, descritti in letteratura come persone con un'emotività intensa, utilizzino meno costrutti emozionali rispetto ai DOC, descritti come persone che tendono a razionalizzare tutte le esperienze e che tentano di escludere la dimensione emotiva per la minaccia che rappresenta. Sembra che i Border non abbiano parole per ciò che avviene a livello emotivo mentre i DOC abbiano bisogno di tante parole per definire ciò che per loro è oscuro e minaccioso. La preponderanza di costrutti relazionali forse potrebbe essere legata al loro bisogno di controllo relazionale; nello stesso tempo l'utilizzo di costrutti "misti" nell'area 3 ci fa pensare ad una loro difficoltà a recuperare etichette semantiche socialmente condivise per quanto riguarda la dimensione interpersonale, come se avessero una necessità estrema di relazione ma facciano fatica a costruirla.

L'utilizzo di costrutti aderenti alle categorie precostituite è in linea con quanti affermano la loro esigenza di definire usando criteri esterni a loro, in quanto "diffidano di Sé" (Ugazio, 2012), basandosi "sull'impersonale universalità del pensiero" (Guidano, 2011).

Il lavoro del clinico con una persona con queste caratteristiche, sarà principalmente quello di immergersi sotto le etichette "prese in prestito" perché "per fare il balzo egli deve fare qualcosa di più che scoprirsi: deve rischiare una buona percentuale di confusione. Poi, al più presto, come afferra la fugace visione di una vita diversa, deve trovare la maniera di superare il momento della minaccia paralizzante e per questo vive l'attimo in cui si chiede

chi sia realmente, quello che è o quello che sta per divenire. Adamo deve aver sperimentato un momento del genere" (Kelly, 1964, pag.158).

Il nostro obiettivo era esplorare il modo in cui le persone incontrate definite Borderline e le persone definite DOC costruirono se stessi, gli altri e la loro realtà, in modo da poter guardare da dentro perché, come scrisse Kelly (1955, in Rossi & Travaglini, 2012, pag. 29) "per quanto vicino potessi arrivare alla persona, io la vedevo sempre attraverso i miei occhiali particolari [...] così smisi di essere realista". Abbiamo la consapevolezza che pur tentando di entrare nell'esperienza costruttiva di queste persone, le interpretazioni che abbiamo effettuato non sono altro che prospettive e non certo esaustive. L'approfondimento e la comprensione dell'altro non ha mai fine perché la soggettività umana è un universo in continuo movimento.

Inoltre questa ricerca presenta delle scelte metodologiche che potrebbero essere ridiscusse in futuro, fra cui la decisione di costruire altre due categorie (ALTRI 1 e ALTRI 2) fuori da quelle stabilite dal SCCPi. Aderire completamente alle categorie del SCCPi ci avrebbe permesso di confrontare la nostra classificazione dei costrutti con quelle presenti in letteratura, in special modo per quanto riguarda il campione normativo, ma nello stesso tempo, forzando la classificazione, avremmo perso le sfumature che sono risultate veramente interessanti.

Un utile approfondimento futuro potrebbe essere l'analisi di contenuto dei dilemmi implicativi, così da cogliere quali dimensioni di significato impediscono la possibilità di movimento nelle due popolazioni cliniche.

Appendice B

SISTEMA DI CATEGORIE DI CONTENUTO DEI COSTRUTTI PERSONALI

Feixas, Pizzonia & Dada (2010)

AREA 1

1A:	BUONO	CATTIVO
1B:	ALTRUISTA Aiuta gli altri Disponibile Premuroso Fa stare bene Etico Generoso	EGOISTA Chiuso in sé Assente Indifferente Non considera Arrivista
1C:	UMILE Modesto	PRESUNTUOSO Si crede d'essere
1D:	RISPETTOSO Comprensivo Senza pregiudizi	IRRIVERENTE Giudica Snob
1E:	LEALE Fedele	SLEALE Infedele
1F:	SINCERO Spontaneo Vero Autentico Schietto	FALSO Bugiardo Ipocrita Finto Calcolatore Opportunista
1G:	RESPONSABILE Affidabile Con senso del dovere	IRRESPONSABILE Vago Incosciente
1ALTRI:		

AREA 2

2A:	IMPULSIVO Istintivo Si accende Immediato Si lascia andare Emotivo Reattivo	RAZIONALE Riflessivo Pacata Ponderato Controllato Pensa prima di agire Calmo
2B:	SENSIBILE Affettuoso Tenero Dolce Amorevole Calorosa	INSENSIBILE Anaffettivo Duro Freddo Menefreghista Gelida
2C:	POSITIVO Vitale Ottimista Spensierato Solare	NEGATIVO Spento Pessimista Demoralizzato Cupo
2D:	CALMO Stabile Armonico Rilassato Tranquillo Serena Leggera	AGITATO Irrequieto Caotico Ansioso Problematico Fobica Paranoica
2E:	EMOZIONI CONCRETE	
	Allegro Soddisfatto Passionale Humor Realizzato Grintoso	Triste Insoddisfatto Malinconico Musone Frustrato Pauroso Iracondo
2F:	SESSUALITA'	
	Disinibito Sessualmente attraente	Bloccato Sessualmente repellente
2ALTRI:		

AREA 3

3A:	APERTO Estroverso Conviviale Coinvolgente Socievole Espansivo	CHIUSO Introverso Asociale Silenzioso Solitario Timido
3B:	SIMPATICO Divertente Interessante	ANTIPATICO Noioso Pesante
3C:	SEMPLICE Diretto	SOFISTICATO Ha tatto
3D:	PERMISSIVO Compartecipe Democratico	AUTORITARIO Severo Orgoglioso Possessivo
3E:	CONFORMISTA Si accontenta Accondiscendente	COMBATTIVO Polemico Desidera affermare propria identità
3F:	AUTONOMO Se la cava da solo Mantiene i propri spazi	DIPENDENTE Chiede aiuto Paura di stare solo
3G:	PACIFICO Sta bene con poco	AGGRESSIVO Inquieto
3H:	COMPENSIVO Ascolta Supportivo	NON COMPENSIVO Parla Scoraggiante Non gli importa capire
3I:	FIDUCIOSO	DIFFIDENTE

AREA 4

4A:	FORTE Sicuro Deciso Determinata Reattivo Determinato	DEBOLE Insicuro Indeciso Remissiva Sottomesso Arrendevole
4B:	ATTIVO Intraprendente Dinamico Spigliato Pratico Si diverte Esplorativo	PASSIVO Indolente Statico Flemmatico Lento Paura dei cambiamenti Limitato
4C:	COSTANTE Operoso Organizzato Impegnato	INCOSTANTE Viziato Pigro Superficiale
4D:	ATTENTO Ordinato Pragmatico Perfezionista Costruttivo	DISTRATTO Disorganizzato Confusionario Pressapochista
4E:	DECISO Consapevole	INDECISO Dispersivo Disorientato
4F:	FLESSIBILE Si adatta Arriva a compromessi Si sperimenta Versatile Trasgressivo	RIGIDO Categorico Testardo Cristallizzato Monotono Conformista
4G:	PROFONDO Si mette in discussione Riflessivo	SUPERFICIALE Inconsapevole Sbrigativo
4H:	MATURO Serio Realista Affidabile Professionale	IMMATURO Farfallone Sognatore Inaffidabile Frivolo
4I:	INGENUO	FURBO
4L:	PAZIENTE	IMPAZIENTE
4M	COERENTE	INCOERENTE
4ALTRI:		

AREA 5

5A:	CAPACE Con talento Abile	INCAPACE Senza talento
5B:	INTELLIGENTE	STUPIDO
5C:	ACCULTURATO Curioso Piace apprendere Studioso	IGNORANTE Passivo Disinteressato Non studioso
5D:	CREATIVO Originale Prova cose nuove Ha stile Esteta Fantasioso	NON CREATIVO Monotono Abitudinario Anonimo Banale Schematico
5ALTRI:		

AREA 6

6A:	VALORI SOCIALI, POLITICI, MORALI, IDEOLOGICI E DI GENERE Rivolto al sociale Libero Critica i fatti della politica	Cura i propri interessi Vittima del sistema Materialista Tradizionalista
6B:	PASSIONI E INTERESSI SPECIFICI Appassionato Amore per la famiglia Importanza della pulizia Passione per il lavoro Amore per la natura Crede nell'amicizia Goloso	Senza interessi Pensa prima a se stesso Sporco Lavoro come sostentamento Sta chiuso in casa Diffida degli amici Non goloso
6ALTRI:		

Bibliografia

Adams-Webber, J. (1970). Actual structure and potential chaos. In D. Bannister (Ed). *Perspective in Personal Construct Theory* (pp. 30-45). Academic Press, London.

Adams-Webber, J. (1996). Asymmetric relations in positive and negative evaluations of acquaintances. *Journal of Constructivist Psychology*, 9, 45–61.

Adams-Webber, J. (2003). Cognitive complexity and Confidence in Evaluating Self. *Journal of Constructivist Psychology*, 16, 273-279.

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. (a cura di) (2004). *In prima persona*. Il Saggiatore, Milano.

Armezzani, M., Cassini, A., Comparini, A., Ferlini, G.M., Patarnello, L., Semeraro, R. & Tibaldi, G. (1999). *Salute, ben-essere e soggettività*. McGraw-Hill, Milano.

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

Baldzinski, S. I., & Anderson, J. A. (2012). An exploration of the identification of implicative dilemmas and their relationship to personal construct theory-congruent measures of psychological well-being in nonclinical sample. *Journal of Constructivist Psychology*, 25, 1-33.

Bannister, D. & Fransella, F. (1971), *Inquiring Man: The psychology of personal constructs*. Penguin Books, Harmondsworth (Trad. it. *L'uomo ricercatore*. Martinelli Editore, Firenze, 1986).

Bara, B. (2005). *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino.

Bara, B. (2007). *Dinamica del cambiamento e del non-cambiamento*. Bollati Boringhieri, Torino.

Barbaranelli, C.(2007). *Analisi dei dati*. LED Edizioni Universitarie di Lettere Economia Diritto, Milano.

Barbaranelli, C., & D'Olimpio F. (2007) *Analisi dei dati con SPSS*. LED Edizioni Universitarie di Lettere Economia Diritto, Milano.

Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. Chandler Pub. Co. (Trad. It. *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi, Milano, 1976).

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>).

Benasayang, R., Feixas, G., Mearin, F., Saúl, L.A. & Laso, E. (2004). Conflictos cognitivos en el Síndrome del Intestino Irritable (SII): un estudio exploratorio. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 105-119.

Benni, S. (2001). *Saltatempo*. Feltrinelli, Milano.

Biasi, V. (2006). *Il conflitto psichico: analisi fenomenologiche e verifiche sperimentali*. Monolite Editrice, Roma.

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.

Brenner, C. (1976), *Psychoanalytic technique and psychic conflict*, International University Press, New York. (Trad. it. *Tecnica psicoanalitica e conflitto psichico*. Martinelli Editore, Firenze, 1978).

Bruner, J.S. (1986). *Actual Minds, Possible Worlds*. Harvard University Press, Cambridge (MA) (Trad. it. *La mente a più dimensioni*. Laterza, Roma-Bari, 1988).

Bukowski, C. (2001). *Birra, fagioli, crackers e sigarette. Lettere. Minimum Fax, Roma.*

Chiari, G. & Nuzzo, M.L. (2007). *Le basi epistemologiche delle psicoterapie cognitive*, in B. Bara (a cura di), *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino.

Cionini, L. (1991). *Psicoterapia Cognitiva*. Carocci Editore, Roma.

Cionini, L. (a cura di) (1998). *Psicoterapie. Modelli a confronto*. Carocci Editore, Roma.

Cionini, L. (a cura di) (2013). *Modelli di Psicoterapia*. Carocci 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.

Cionini, L. & Ranfagni, C. (2009). *Dal setting descrittivo al setting funzionale: regole d'improvvisazione nel gioco della terapia* in Loriedo, C. & Acri, F. (a cura di), *Il setting in psicoterapia. Lo scenario dell'incontro terapeutico nei differenti modelli clinici di intervento*. FrancoAngeli, Milano.

Cionini, L. & Ranfagni, C. (2011). *La Psicoterapia*. In Salvini, A. & Dondoni M. (a cura di), *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia*. Giunti, Firenze.

Cipriano, D. (2003). *La terapia cognitiva post-razionalista: teoria, psicopatologia ed intervento*. Tesi di laurea. www33.brinkster.com/gi_psicoterapia.

Compañ, V., Feixas, G., Varlotta-Dominguez, N., Torrea-Vinals, M., Aguilar-Alonso, A., Dada, G. & Saúl, L. S. (2011). Cognitive Factors in fibromyalgia: the role of self-concept and identity related conflicts. *Journal of Constructivist Psychology*, 24, 56–77.

Correale, A., Alonzi, A.M., Carnevale, A., Di Giuseppe, P. & Giacchetti, N. (2009). *Bordeline. Lo sfondo psichico naturale*. Edizioni Borla, Roma.

Dada, G. (2008). *Autovaloración, factores cognitivos y de personalidad en la predicción de*

sintomatología alimentaria en mujeres universitarias. Unpublished manuscript, University of Barcelona, Barcelona, Spain.

Dèttore, D. (1998). *Il disturbo ossessivo-compulsivo: caratteristiche cliniche e tecniche di intervento*. McGraw-Hill, Milano.

Diaz, F., Feixas, G., Pellungrini, I. & Saúl, L. A. (2001). Cuando relacionarse amenaza la identidad: la fobia social desde un enfoque constructivista. *Boletín de Psicología*, 72, 43-55.

Dimaggio, G. & Semerari A. (2003). *I disturbi di personalità*. Laterza, Roma-Bari.

Dorough, S., Grice, J. & Parker, J. (2007). Implicative dilemmas and general psychological well-being. *Personal Construct Theory & Practice*, 4, 83-101.

Eco, U. (1996). *La struttura assente*. Bompiani, Milano.

Erikson, E. H. (1963). *Childhood and Society*. Norton & Co. Inc, New York. (trad. It. *Infanzia e società*. Armando, Roma, 2008).

Feixas, G., Bach, L. & Laso, E. (2004). Factors affecting interpersonal construct differentiation when measured using the Repertory Grid. *Journal of Constructivist Psychology*, 17, 297-311.

Feixas, G., Bados, A., García-Grau, E., Montesano, A., Dada, G., Compañ, V., Aguilera, M., Salla, M., Soldevilla, J. M., Trujillo, A., Paz, C., Botella, L., Corbella, S., Saúl-Gutiérrez, L.A., Cañete, J., Gasol, M., Ibarra, M., Medeiros-Ferreira, L., Soriano, J., Ribeiro, E., Caspar, F. & Winter, D. (2013). Efficacy of a dilemma-focused intervention for unipolar depression: study protocol for a multicenter randomized controlled trial. *Trials*, 14, 144-155.

Feixas, G. & Cornejo-Alvarez, J.M. (1996). *Manual de la técnica de rejilla mediante el programa Record v. 2.0*. Ediciones Paidós, Barcelona. (Trad. it. *Manuale per lo studio delle griglie di repertorio con il programma "griglia"*, Vita e Pensiero, Milano, 1998).

Feixas, G. & Cornejo-Alvarez, J.M. (2002). *Gridcor: Correspondence analysis for grid data (version 4.0)* [computer software]. Barcelona: Authors.

Feixas, G., Erazo, M.I., Harter, S. & Bach, L. (2008). Construction of Self and Others in Unipolar Depressive Disorders: A Study Using Repertory Grid Technique. *Cognitive Therapy Research*, 32, 386–400.

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., Montebruno, C., Dada, G., del Castillo M. & Compañ, V. (2010). Self construction, cognitive conflicts and polarization in bulimia nervosa. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 10, 3, 445-457.

Feixas, G., Montesano, A. & Varlotta, N. (2009). Analisis de contenido de constructos personales en la depresion. *Salud Mental*, 32, 371-379.

Feixas, G., Montesano, A., Erazo-Caicedo, M.I., Compañ, V. & Pucurull, O. (2014). Implicative dilemmas and symptom severity in depression: a preliminary and content analysis study. *Journal of Constructivist Psychology*, 27, 1-11.

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. (2004). The Multi-Center Dilemma Project: An Investigation on the Role of Cognitive Conflicts in Health. *The Spanish Journal of Psychology*, 7, 69-78.

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.

Feixas, G., Saúl, L.A., Ávila-Espada, A. & Sánchez, V. (2001). Implicaciones terapéuticas de los conflictos cognitivos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, X, 5-13.

Feixas, G., Saúl, L. A., & Sánchez, V. (2000). Detection and analysis of implicative dilemmas: Implications for the therapy process. In Joern W. Scheer

(Ed.), *The person in society - Challenges to a constructivist theory* (pp. 391-399). Giessen: Psychosozial-Verlag.

Feixas, G. & Villegas, M. (1991). Personal construct analysis of autobiographical texts: a method presentation and case illustration. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 4, 51-83.

Feixas, G. & Villegas, M. (2000). *Constructivismo y Psicoterapia* (3ª ed.). Bilbao: DDB.

Fernandes, E., Maia, A., Meireles, C., Rios, S., Silva, D. & Feixas, G. (2005). Dilemas implicativos e ajustamento psicológico: um studio com alunos recém-chegados a Universidade do Minho. *International Journal of Personal Construct Psychology*, vol. 5, 2, 285-304.

Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*, Stanford, CA, Stanford University Press. (Trad. it. *Teoria della dissonanza cognitive*, FrancoAngeli, Milano, 1973).

Fonagy, P. & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Raffaello Cortina, Milano.

Fransella, F. (1972). *Personal change and reconstruction. Research on a treatment of stuttering*. Academic Press, London.

Freud, S. (1909). *Bemerkungen über einen Fall von Zwangneurose. Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen*, 1, 357-421. (Trad. It.: *Il caso dell'uomo dei topi. Osservazioni su un caso di nevrosi ossessiva*. In *Opere di S. Freud 1886/1921*. Vol. 22. Bollati Boringhieri, Torino, 1976).

Freud, S. (1912) *Dinamica della traslazione* in *Opere*, vol. 6. Bollati Boringhieri, Torino, 1976.

Freud, S. (1915). *Metapsicologia*, in *Opere*, vol. 8. Bollati Boringhieri, Torino, 1976.

Gabbard, G.O. (2000). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice: Third edition*. Washington, DC: American Psychiatric Press (Trad. it. *Psichiatria psicodinamica: Terza edizione*, Raffaello Cortina, Milano, 2002).

Gergen, K.J. (1985). The Social Constructionist Movement in Modern Psychology. *American Psychologist*, 40, 226-275.

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

Grice, J. W. (2007). Idiogrid (versione 2.4) [computer software]. Stillwater, Oklahoma: Idiogrid Software.

Grimaldi, F. (2003). *L'alternativismo costruttivo*. In Armezzani, M., Grimaldi, F. & L. Pezzullo (Eds.), *Tecniche costruttiviste per la diagnosi psicologica* (pp. 27-54). McGraw-Hill, Milano.

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

Hegel, F. (1807). *Phänomenologie des Geistes*. Bamberg und Würzburg (Goebhardt). (Trad. it. *Fenomenologia dello spirito*, Armando Editore, Roma, 2000).

Heidegger, M. (1927). *Sein und Zeit*. J.C.B. Mohr, Tubingen. (Trad. It. *Essere e Tempo*. Longanesi, Milano, 1976).

Heider, F. (1946). Attitudes and cognitive organization. *The Journal of Psychology*, 21, 107-112.

Hinkle, D.N. (1965). *The change of personal constructs from the viewpoint of a theory of construct implications*. Unpublished doctoral dissertation, Ohio State University, Columbus.

Horley, J. (1988). Cognitions of child sexual abusers. *The Journal of Sex Research*, 25, 542-545.

Howells, K. (1979) Some meanings of children for pedophiles. En: M. Cook, G. Wilson (eds.), *Love and attraction*. Pergamon Press, Oxford.

Husserl, E. (1936). *Die Krisis der Europäischen Wissenschaften und die transzendente Phanomenologie*, Husserliana; Bd. VI, Martinus Nijoff, Den Haag, Dordecht. (Trad. it. *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*. Net, Milano.

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

Kelly, G.A. (1964). The language of hypothesis: Man's psychological instrument. *Journal of Individual Psychology*, 20, 137-158.

Kernberg, O.F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 641-685.

Krippendorff, K. (2004). Reliability in content analysis: some common misconceptions and recommendations. *Human Communication Research*, 30, 411-433.

Landfield, A.W. (1971) *Personal Construct Systems in Psychotherapy*. Lincoln: University of Nebraska.

Landfield, A.W. (1976). A personal construct approach to suicidal behaviour. In P. Slater (ed.), *The measurement of intrapersonal space by grid technique*. Vol. 1. Wiley, London.

Landfield, A.W. (1977). *Interpretive man. The enlarge self-image*, in Landfield, A.W., & Cole, J.K. (ed.). *Nebraska Symposium on Motivation 1976. Personal Construct Theory*. Lincoln, University of Nebraska Press.

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press (Trad. it. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline: Il modello dialettico*, Raffaello Cortina, Milano, 2001).

Lingiardi, V. (2004). *La personalità e i suoi disturbi*. Il Saggiatore, Milano.

Liotti, G. (2014). Il nucleo del Disturbo Borderline di Personalità: un'ipotesi integrativa. *Psychomedia Telematic Review*. (<http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/liotti-1.htm>).

Loriedo, C. & Acri F. (2009). *Il setting in psicoterapia*. FrancoAngeli, Milano.

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

Mancini, F. & Semerari, A. (a cura di) (1985). *La psicologia dei costrutti personali. Saggi sulla teoria di G.A. Kelly*. FrancoAngeli, Milano.

Mannino, G. (2013). Psicopatologia esplicativa del disturbo ossessivo-compulsivo: una veduta postrazionalista. *Rivista di psichiatria*, 46, 5-6.

Maturana, H. & Varela, F. (1980). *Autopoiesis and Cognition. The Realization of the Living*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht (Trad.it. *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*. Marsilio, Venezia, 1985).

Mazzarra, B. M. (2011). *Metodi qualitative in psicologia sociale*. Carocci Editore, Roma

McCoy, M. M. (1977). A reconstruction of emotion. In D. Bannister (Ed.). *New perspective in personal Construct Theory* (pp. 93-124). Academic Press, London.

Montesano, A. (2009). *Identidad y narrativa en la distimia: Análisis de contenido de constructos personales*. Tesi Master en Terapia Familiar Sistémica.

Montesano, A., Feixas, G. & Varlotta, N. (2009). Análisis de contenido de constructos personales en la depresión. *Salud Mental*, 32, 371-379.

Neimeyer, G. & Hall, A. G. (1988) Personal identity in disturbed marital relationships. In: F. Fransella & L. Thomas (eds.), *Experimenting with personal construct psychology* (pp.297-307). Routledge & Kegan Paul, London.

Piaget, J. (1970). *L'épistémologie génétique*. Presses Universitaire de France, Paris. (Trad. it. *L'epistemologia genetica*, Laterza, Roma-Bari, 1971).

Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ, Princeton University Press.

Rossi, S. & Travaglini, R. (a cura di) (2012). *Formazione all'ascolto*. Franco Angeli, Milano.

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

Siegel, D.J. (2001). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Slade, P. D., & Sheehan, M. J. (1979). The measure of "conflict" in repertory grids. *British Journal of Psychology*, 70, 519-524.

Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489.

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

Veglia, F. (a cura di) (1999). *Storie di vita. Narrazione e cura in psicoterapia cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino.

Von Glasersfeld, E. (1994). La costruzione della conoscenza. *Scienze dell'interazione*, 1, 5-13.

Von Glasersfeld, E. (1998). *Il costruttivismo radicale. Una via per conoscere e apprendere*. Società Stampa Sportiva, Roma.

Winter, D. A. (1992). *Personal construct psychology in clinical practice: theory, research and applications*. Routledge, New York.

Winter, D. A., Bell, R. C., & Watson, S. (2010). Midpoint ratings on personal constructs: constriction or middle way? *Journal of Constructivism Psychology*, 23, 337-356.

World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: Author (Trad. it. *ICD-10: Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali*, Masson, Milano, 1992).