

RICERCA E FORMAZIONE

La Cartella Clinica “Relazionale”.

Uso di uno strumento molteplice nell’ambito del training.

*Elisa Avalle, Valeria Buttarelli, Chiara Bertuolo, Cristiana Chirivì, Cristina Nobili, Stefania Petronio**

Abstract

Il presente articolo illustra la fase iniziale di una ricerca in corso presso l’Istituto Dedalus di Roma. Il materiale clinico è stato sistematizzato ed elaborato attraverso il Modulo di studio e ricerca per la valutazione del trattamento psicoterapico con le famiglie, le coppie e gli individui, utilizzato per tutte le situazioni psicoterapeutiche prese in carico nei gruppi training di specializzazione in supervisione diretta, e che costituisce una delle tre sezioni della Cartella Clinica “Relazionale” elaborata dal Dottor Colacicco.

Gli obiettivi di tale ricerca sono molteplici: creare un database, pianificare ed organizzazione il lavoro clinico ed infine stimolare un lavoro che riesca a coniugare la pratica terapeutica e la ricerca.

*Psicologhe e psicoterapeute in formazione.

Abstract

This article illustrates the initial phase of an ongoing research at the Dedalus Institute in Rome. The clinical material was systematized and elaborated through the study and research module for the evaluation of psychotherapeutic treatment with families, couples and individuals, used for all psychotherapeutic situations taken care of in the training groups of specialization in direct supervision, and which constitutes one of the three sections of the "Relational" Clinical Record prepared by Doctor Colacicco Francesco.

The objectives of this research are many: to create a database, to plan and organize clinical work and finally to stimulate a work that is able to combine therapeutic practice and research.

INTRODUZIONE E PRESENTAZIONE DELLA RICERCA

Il presente articolo è il frutto del lavoro svolto dal gruppo di ricerca “*Legami familiari*” dell’Istituto Dedalus, Scuola di specializzazione in psicoterapia sistemica e relazionale di Roma. Il materiale clinico presentato è stato raccolto prendendo, come campione, le situazioni in carico presso il centro clinico dell’Istituto da gennaio 2019 a giugno 2021. Tale materiale è stato sistematizzato ed elaborato attraverso il Modulo di studio e ricerca per la valutazione del trattamento psicoterapico con le famiglie, le coppie e gli individui.

Esso è parte integrante della Cartella Clinica “Relazionale” elaborata dal Dottor Colacicco, la quale si divide in tre sezioni:

- una prima parte descrittiva, generalmente compilata a mano e contenente i principali dati dei pazienti oltre che il progetto terapeutico;
- il quaderno della terapia, che viene stilato ad ogni seduta;
- il Modulo di Raccolta Dati, dove vengono sintetizzati e sistematizzati i dati al fine di poter essere quantificati ed utilizzati per scopi scientifici.

Rispetto alle tradizionali cartelle cliniche utilizzate nella pratica terapeutica essa si distingue in quanto pone maggior attenzione ad alcuni aspetti quali, ad esempio, la fase del ciclo di vita, le interazioni con il sistema familiare, il contesto ambientale, il livello delle organizzazioni difensive e la struttura di personalità. In questo modo, il focus si sposta dalla sola sfera psicopatologica dei pazienti e si pone su aspetti più relazionali.

Il Modulo è stato recentemente revisionato in varie parti, la prima relativa all’inquadramento diagnostico (aggiornato al DSM 5) e la seconda relativa agli interventi e agli obiettivi terapeutici.

Tutti i gruppi training di specializzazione in supervisione diretta, hanno compilato il Modulo per ciascuna situazione presa in carico, prima del passaggio alla fase successiva del training.

Gli obiettivi di tale lavoro di ricerca sono molteplici:

- creare un database, al fine di sistematizzare gli interventi terapeutici svolti all’interno dell’Istituto nel corso degli anni;
- aiutare i terapeuti a formulare ipotesi, monitorare l’andamento del percorso terapeutico, pianificare interventi futuri e organizzare i follow up;

- aiutare lo specializzando/terapeuta, grazie all'utilizzo del Modulo, a creare una mappa che lo possa orientare nel percorso terapeutico;
- stimolare l'avvio di un lavoro che riesca a coniugare la pratica terapeutica e la ricerca.

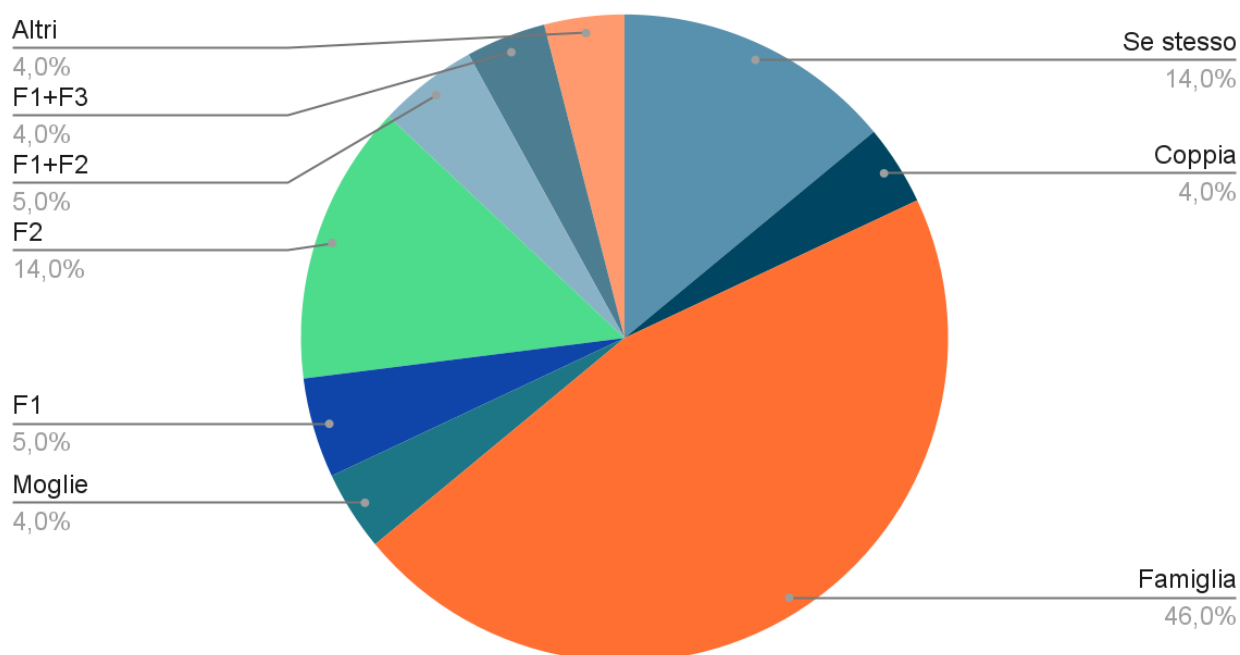
DATI GENERALI SUI PAZIENTI

Illustreremo di seguito l'analisi effettuata al fine di esporre i primi dati raccolti e mostrare l'efficacia pratica e teorica di questo strumento in ambito psicoterapeutico. Sono state analizzate un totale di 22 situazioni cliniche, tutte trattate in supervisione diretta. Gli inviati delle situazioni sono prevalentemente i servizi territoriali (32% - SerD, CSM e Consultori Familiari), le strutture ospedaliere (18%), le strutture del servizio sociale (18%) e i privati (9%), il restante 14% giunge spontaneamente presso l'Istituto.

Nella maggior parte dei casi la richiesta d'aiuto viene effettuata dalla madre (32%), in seguito da entrambi i genitori (18%), da mogli o fidanzate (14%), da padri (14%); mentre, in piccola percentuale da situazioni diverse come, ad esempio, nucleo padre - figli e uomini separati (10%). Infine, per il 14% non è ben definibile l'origine della richiesta.

La richiesta viene effettuata nel 46% dei casi per la famiglia, nel 28% per i figli, nel 14% per sé stesso ed infine per la coppia, per la moglie o per altri, rispettivamente il 4% per ogni categoria (Grafico 1).

Grafico 1 - Richiesta effettuata per



Nelle situazioni prese in carico, il 77% dei pazienti vive in famiglia. È interessante notare come il livello economico e della realtà urbana in cui vivono i pazienti appaia piuttosto eterogeneo: per lo più medio (50%), basso (27%) e alto (14%). Per il restante 9% non è stato possibile definire tale livello.

Il paziente del campione, infine, ha prevalentemente la licenza media inferiore (55%) o il diploma (18%); solo il 5 % possiede una laurea mentre per il 23% non è stato possibile individuare il livello di istruzione.

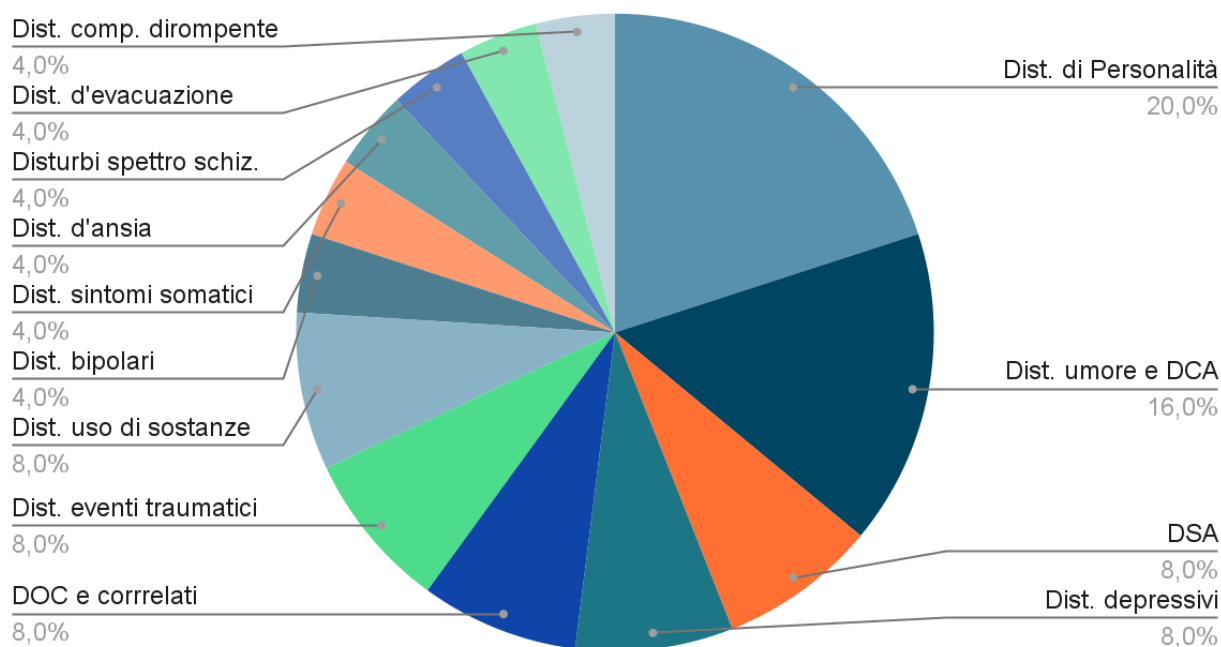
VALUTAZIONE PSICOPATOLOGICA

Per la valutazione psicopatologica delle situazioni prese in carico ci siamo avvalsi del DSM 5, effettuando una valutazione diagnostica su tutti i membri del sistema familiare. In un'ottica Sistemico Relazionale, si intende l'intero gruppo familiare come portatore di sintomi e non il singolo individuo. La valutazione psicopatologica effettuata è di tipo descrittivo.

Data l'affluenza presso l'Istituto di situazioni inviate da vari contesti, sia pubblici che privati, è possibile riscontrare una grande eterogeneità nella valutazione diagnostica dei soggetti. Sono presenti in particolar modo Disturbi di personalità (25%), Disturbi dell'umore, dell'alimentazione e della nutrizione (18%), Disturbi

specifici dell'apprendimento (9%), Disturbi depressivi (9%), DOC e correlati (9%), Disturbi da eventi traumatici (9%), Disturbi correlati all'utilizzo di sostanze (9%). In misura minore altri Disturbi visibili nel grafico (Grafico 2).

Grafico 2 - Valutazione psicopatologica



Per quanto riguarda i disturbi dell'alimentazione e della nutrizione è stato riscontrato come, nella totalità dei casi, la sintomatologia riportata fosse quella relativa all'anoressia di tipo nervoso. In queste situazioni si riscontra un rifiuto del cibo, per lo più in fase preadolescenziale e adolescenziale, tipicamente caratterizzate dal processo di individuazione che, in questi casi, è ostacolato dall'invischiamento familiare.

Relativamente ai disturbi correlati all'uso di sostanze (8 % dei casi), si rileva che la totalità dei casi ne fa un uso abituale e continuativo (50 % uso di eroina e 50 % uso di cannabis).

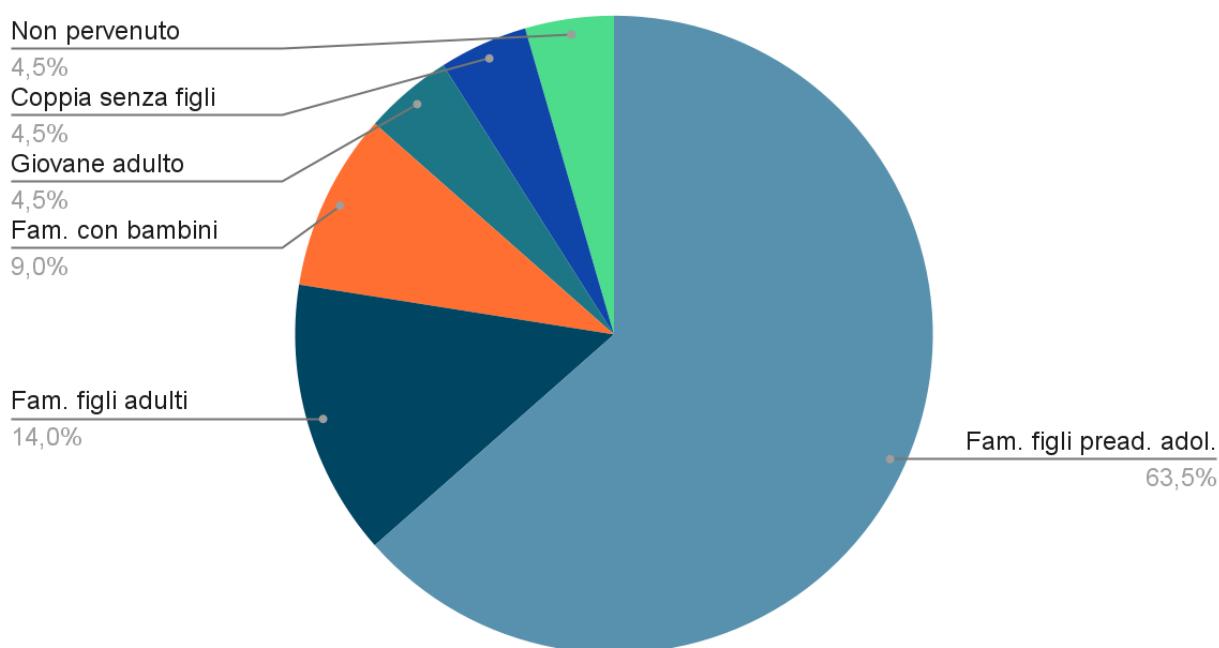
La Valutazione globale del funzionamento indica che nel 50% dei casi non è stata riscontrata una sintomatologia evidente, mentre il 18 % dei soggetti presenta sintomatologia lieve e il 14 % presenta sintomi gravi.

VALUTAZIONE SISTEMICO RELAZIONALE

Per una valutazione sistemica e relazionale delle situazioni prese in carico sono state analizzate la fase del ciclo di vita, la specificità della situazione trattata e le emergenze soggettive sollevate dai pazienti, elaborando ed integrando le tavole delle corrispondenze di Luigi Cancrini (Cancrini, 1987).

È interessante notare come chi fa richiesta, rispetto alla fase del ciclo di vita in cui si trova, sono perlopiù famiglie con figli adolescenti e preadolescenti (63,5% dei casi) e quelle con figli adulti (14% dei casi). Le altre situazioni, presenti in percentuale minore, sono individuabili nel grafico corrispondente (Grafico 3).

Grafico 3 - Fase del ciclo vitale in cui i pazienti chiedono aiuto



Le principali difficoltà riscontrate, coerentemente con la fase del ciclo di vita che queste famiglie attraversano, riguardano il processo di individuazione e svincolo, sia nel caso di genitori che non hanno concluso il proprio (32%), che nel caso di giovani che si trovano alle prese con la fase dell'individuazione affettiva (32%).

Per quanto riguarda la fase in cui insorgono i problemi, nella maggior parte dei casi il dato appare non pervenuto. È possibile ipotizzare che tale mancanza di informazione sia dovuta ad un'insufficiente esplorazione da parte dei terapisti di questo specifico aspetto e/o ad un errore sistematico nella compilazione dello strumento. Riteniamo, a maggior ragione, che il Modulo rappresenti un'opportunità

per riflettere ed approfondire alcuni dati che talvolta, nella pratica clinica, vengono involontariamente sottovalutati.

Riguardo all'emergenza soggettiva sollevata dai pazienti al momento della presa in carico, dai dati a disposizione, è possibile fare un'analisi considerando il livello della coppia, il livello dei genitori e quello dei figli in età adolescenziale e preadolescenziale.

Nello specifico, nelle situazioni analizzate, vengono identificate emergenze soggettive a livello della coppia nel 54% dei casi, a livello dei genitori nel 63%, a livello dei figli adolescenti e preadolescenti nel 59% e dei figli adulti nel 18%. Bisogna sottolineare, però, che ogni situazione analizzata può presentare più emergenze soggettive a diversi livelli.

In riferimento alla coppia, l'emergenza soggettiva risultata con maggior frequenza è la tendenza alla modulazione del conflitto coniugale attraverso i figli (58%), seguita dalla conflittualità tra i partner (42%); con minor frequenza, invece, vi sono le misure protettive prese dalle Istituzioni verso i figli (33%), i comportamenti di rottura della coppia (25%) e le difficoltà o i problemi legati all'area della sessualità (17%).

A livello dei genitori risulta che le principali emergenze si riferiscano a: depressione nevrotica e/o endoreattiva (29%), nevrosi traumatiche (21%), disturbo di personalità con funzionamento occasionale (21%), disturbo di personalità con funzionamento a bassa soglia (14%), crollo psicotico nel caso di svincolo non avvenuto (14%) e ansia libera (14%).

Infine, a livello dei figli, è stato riscontrato che nel 69% dei casi sono presenti difficoltà nelle relazioni sociali, nel 46% comportamenti di rottura con la famiglia e/o la scuola, nel 31% disturbi alimentari psicogeni o dipendenze e, nel restante 23% si riscontrano disturbi nevrotici e difficoltà o blocco nelle attività.

ANALISI DEI DATI RELATIVI AI TRE SISTEMI TRATTATI: L'INDIVIDUO, LA COPPIA, LA FAMIGLIA

Di seguito verranno analizzati i dati relativi ai singoli sistemi trattati: individuo, coppia e famiglia, così da offrire un profilo più dettagliato di ognuno di essi.

La richiesta per un percorso psicoterapico individuale è giunta soprattutto per donne (75%) con un'età media di 32 anni.

Nella valutazione diagnostica non è stata rilevata alcuna prevalenza; è possibile, tuttavia, evidenziare come nel 50% dei casi analizzati, le difficoltà portate si riferiscano a problemi legati all'ambiente sociale.

Relativamente al funzionamento globale è stata riscontrata la presenza di una sintomatologia grave nel 25% ed un'alterazione dell'esame di realtà sempre nel 25% dei casi.

Dei 22 casi presi come campione della nostra ricerca, vi è stata una sola richiesta per un percorso psicoterapico di coppia. Essendo l'unica situazione di coppia in carico, non è stato possibile procedere con l'analisi e la comparazione dei dati in quanto non sarebbe emersa alcuna significatività.

La richiesta per un percorso psicoterapico familiare è giunta soprattutto per donne (56%).

Nel 25% dei casi, attraverso la valutazione diagnostica, è emersa una prevalenza di disturbi alimentari, in particolare anoressia nervosa, seguiti poi da disturbi specifici dell'apprendimento (12,50%) e DOC e disturbi correlati (12,50%).

Dalle osservazioni fatte, i problemi relazionali sono quelli riportati dal 37,50% delle famiglie mentre il 31% di queste segnala problemi legati alla propria storia personale.

Rispetto al funzionamento globale, il 19% delle famiglie presenta una sintomatologia lieve e il 13%, invece, sintomi gravi.

Dai dati raccolti è stato riscontrato che nel 75% dei casi la famiglia giunge in terapia quando si trova nella fase del ciclo di vita con figli preadolescenti e adolescenti. Questo dato trova conferma se si vanno ad osservare le situazioni che le famiglie portano in terapia, infatti, nel 37,50% dei casi si ha avuto a che fare con figli preadolescenti e adolescenti impegnati nel loro processo di individuazione e di svincolo e dall'altra parte, sempre nel 37,50% con genitori che hanno difficoltà a rapportarsi a tale richiesta, anche a causa di un proprio mancato svincolo.

INTERVENTO, OBIETTIVI E STRUMENTI

È emerso come gli interventi effettuati siano stati portati avanti utilizzando un approccio strutturale nell'86% dei casi ed, in misura significativamente inferiore, contro-paradossale (14%).

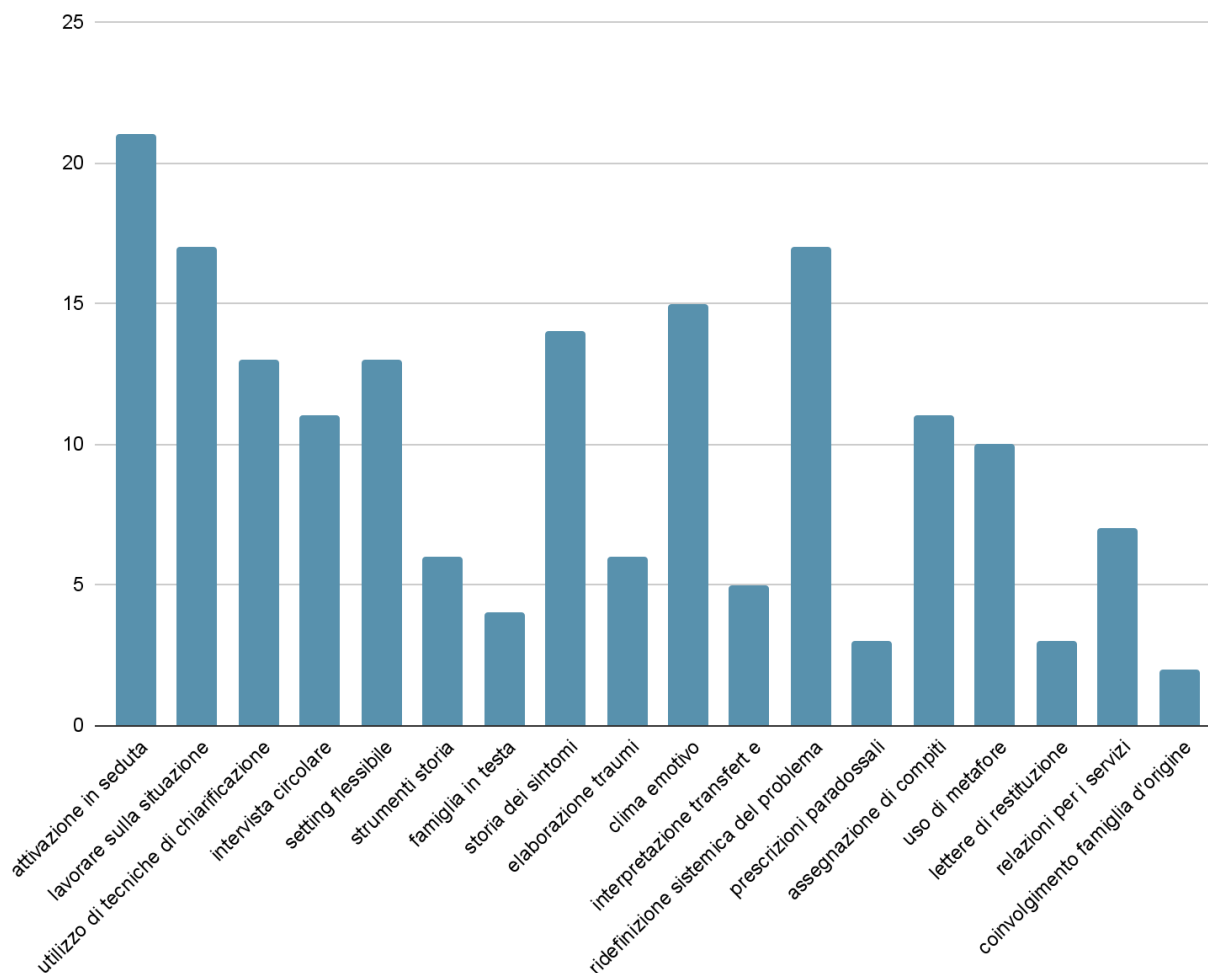
Tale dato risulta comprensibile prendendo in considerazione il contesto in cui avvengono le terapie (centro clinico e scuola di specializzazione in psicoterapia) e la tipologia di pazienti presi in carico (perlopiù famiglie inviate da servizi pubblici), per i quali l'assunzione di una nuova logica e la spinta al cambiamento appare di primaria importanza. Differentemente, l'intervento contro-paradossale mira a rispettare le ragioni profonde del sintomo, perché troppo forti o importanti e dunque implica l'utilizzo di interventi di tipo indiretto.

Riguardo agli obiettivi dell'intervento abbiamo riscontrato come i più frequenti siano: lavorare per far crescere i livelli di consapevolezza del paziente/dei pazienti e per allargare gli spazi di comprensione di sé e delle proprie relazioni/lavorare sulle resistenze e sui meccanismi difensivi (35%), ristrutturazione attraverso il cambiamento (28%), ricerca dei significati positivi dei comportamenti sintomatici (24%) e ricostruzione della storia familiare attraverso il racconto (13%).

Gli strumenti maggiormente utilizzati risultano essere l'attivazione in seduta e l'uso dello spazio (strumento utilizzato in 21 situazioni tra le 22 presenti), lavorare sulla situazione nel qui ed ora e ridefinizione sistemica del problema con connotazione in positivo dei sintomi (entrambi utilizzati in 17 situazioni), lavorare sul clima emotivo come, ad esempio, alzare la tensione e contenere l'angoscia (15 situazioni) e ricostruzione della storia dei sintomi (14 situazioni).

Nel grafico che segue (Grafico 4) sono visibili i numerosi strumenti terapeutici utilizzati dai terapeuti in seduta. È importante sottolineare come questi strumenti possano essere utilizzati insieme ed in maniera integrata. Ogni professionista impara ad arricchire, nel corso del training e della propria esperienza professionale, la propria "cassetta degli attrezzi", ricca e variegata. Il terapeuta potrà dunque attingere a quest'ultima sulla base della situazione che ha in carico ed adattare ogni strumento sulla base dell'esigenza emersa.

Grafico 4 - Strumenti terapeutici



La media delle sedute per le situazioni riportate è di 15 incontri, perlopiù a frequenza quindicinale (68% dei casi). Nel 40% delle situazioni si è ritenuto necessario operare delle transazioni da un sistema ad un altro, nel 66% delle situazioni la transazione avvenuta ha riguardato l'ampliamento del contesto, dall'individuo alla famiglia. Tale dato appare coerente con il modello sistemico relazionale secondo cui il sintomo non rappresenta un problema "nelle" persone quanto piuttosto "tra" le persone, per cui è fondamentale uscire dall'ottica di paziente designato e comprendere le funzioni del sintomo, ricercando collegamenti e comprendendo le ragioni profonde. Il lavoro terapeutico, infatti, non si imposta esclusivamente sulla remissione dei sintomi quanto piuttosto sulla comprensione, prevenzione e sostegno in situazioni di disagio e sofferenza.

Per quanto riguarda il controtransfert, i terapeuti, nel 55% dei casi, affermano di manifestare un'empatia esagerata con il paziente designato che sviluppa sentimenti di onnipotenza e utilizza il meccanismo dell'identificazione proiettiva. Il rischio è che finiscano per colludere con gli atteggiamenti sadici ed onnipotenti del paziente designato.

In misura lievemente minore (41%) dichiarano di essere eccessivamente preoccupati per il comportamento "pericoloso" e/o troppo "fragile" del paziente designato, rischiando di mettere in atto iniziative di controllo sadico o materno.

Nel lavoro con i pazienti, ma soprattutto con le famiglie, è possibile che il terapeuta si attivi, mettendo in campo i propri contenuti emotivi e miti familiari. Proprio per queste ragioni, la collaborazione con un'*equipe* ed un lavoro di supervisione risultano di primaria importanza poiché permettono una riflessione più distaccata sul lavoro svolto ed una prevenzione del *burn out*. Bisogna considerare come le situazioni prese in carico possono risultare, in alcuni casi, particolarmente drammatiche ed intense, soprattutto per professionisti all'inizio della loro pratica clinica per cui un lavoro sul controtrasfert appare necessario (Colacicco, 2013).

CASO CLINICO

Nel rispetto della privacy dei pazienti, i nomi e le informazioni di seguito riportate sono stati modificati in modo da non permetterne il riconoscimento.

La famiglia arriva presso l'Istituto Dedalus, in seguito all'invio da parte di un servizio pubblico che ha stipulato una convenzione con l'Istituto e per la quale alcune situazioni possono usufruire di un pacchetto di venti incontri gratuiti. Il caso è stato seguito in supervisione diretta.

La famiglia è composta dal padre Paolo (51 anni), la madre Carlotta e le due figlie, Giada di 16 anni e Alessia di quasi 18 anni. Paolo lavora per una grande azienda mentre Carlotta occupa una posizione dirigenziale. Giada e Alessia frequentano entrambe il liceo. La famiglia arriva in terapia poiché preoccupata per la condizione della figlia minore, la quale da un anno circa ha iniziato a sviluppare i sintomi di un'anoressia nervosa. A seguito dell'assenza del ciclo mestruale, la ragazza è stata sottoposta alle prime analisi, seguite da un colloquio psicologico presso lo sportello scolastico su suggerimento di un'insegnante preoccupata per la visibile perdita di

peso. Giada è stata dunque indirizzata al servizio inviante dove è stata seguita da un nutrizionista e da uno psichiatra.

In seguito ad una prima valutazione, l'equipe terapeutica ha deciso di intraprendere un percorso familiare, sia per la giovane età della "paziente designata", sia per la rilevanza del sintomo riportato che, come sappiamo, frequentemente trae la sua origine da una storia di invischiamento familiare.

Si è proceduto a lavorare per sottosistemi, convocando alternativamente il sottosistema genitoriale, il sottosistema delle sorelle e prevedendo anche alcuni incontri individuali con Giada.

I principali obiettivi sui quali si è lavorato hanno riguardato in primo luogo la remissione dei sintomi, che all'epoca risultavano essere molto invalidanti (peso fortemente sottosoglia), e il favorire il processo di separazione e individuazione tipico della fase del ciclo di vita in cui si trovavano entrambe le figlie. Su questo particolare aspetto sembrava che la famiglia incontrasse le maggiori difficoltà. In particolar modo, la mamma sembrava esercitare un certo grado di controllo su Giada, impedendole di sviluppare un'autonomia pratica e decisionale.

Il padre Paolo, forse in contrapposizione al controllo materno, sembrava aver assunto il ruolo di alleato delle figlie, andando a mitigare il clima di tensione generato dai conflitti tra le figlie e la madre.

Paolo e Carlotta sembravano essere focalizzati principalmente sugli aspetti legati alla loro genitorialità mentre tendevano a rifuggire da ciò che riguardava la coniugalità. A tal proposito, negli incontri svolti con la coppia genitoriale è stato possibile lavorare sulla modulazione del conflitto coniugale attraverso il coinvolgimento dei figli.

La psicoterapia è proseguita per alcuni mesi con regolarità e con la collaborazione del gruppo familiare. L'intervento è stato per lo più di tipo strutturale. Le tecniche e le principali manovre terapeutiche utilizzate dai terapisti sono state: attivazione in seduta, ristrutturazione attraverso il cambiamento dei confini dei sottosistemi, uso dello spazio, interventi di rottura di regole rigide, ridefinizione dei ruoli genitoriali, intervista circolare, lavoro sulla situazione e setting flessibile. Altre tecniche utilizzate sono state: tecniche di chiarificazione e confronto, lavorare per far crescere i livelli di consapevolezza dei pazienti, lavorare per allargare gli spazi di comprensione di sé e delle proprie relazioni, lavorare sulle resistenze dei pazienti, ridefinizione sistemica del problema e infine l'assegnazione di compiti come, ad esempio, quello del

Referendum familiare, nel quale la famiglia si è riunita con lo scopo di parlare di un argomento di interesse comune.

Attraverso questo lavoro la famiglia ha cominciato ad acquisire uno stile comunicativo più evoluto, a sviluppare dinamiche relazionali più flessibili, a adeguare la struttura familiare alla fase del ciclo di vita in cui essa si colloca, a mostrare una prima riduzione della sofferenza ed una maggiore consapevolezza di sé e dei singoli membri. In conclusione, sembra si sia avviato nella famiglia un circuito relazionale meno condizionato dalla propria impalcatura difensiva, sia verso il mondo esterno che verso sé stessa, determinando un contesto in cui, dentro e fuori il sistema familiare, ciascun membro ed il gruppo nel suo insieme, è più libero rispetto alle proprie scelte, con una conseguente riduzione dei sintomi.

Al termine di questa prima fase l'equipe terapeutica, considerati i notevoli cambiamenti operati dal nucleo familiare, ha deciso di spostare il focus dalla famiglia all'individuo, concentrando le ultime sedute sul lavoro con Giada. In seguito all'ultimo incontro effettuato con la ragazza, constatando un notevole progresso, sia in termini di remissione dei sintomi che in termini di autonomia e di sviluppo di dinamiche relazionali funzionali fuori e dentro il nucleo familiare, è stato deciso di convocare, dopo due mesi, l'intero nucleo per un incontro di follow up.

Nell'ultima seduta effettuata, il nucleo familiare appariva completamente mutato rispetto al momento del suo arrivo in terapia. Il costante impegno messo in atto dalla famiglia ha portato a grandi risultati sia per quanto riguarda la remissione dei sintomi di Giada, sia per quanto riguarda la riorganizzazione dei sottosistemi coppia, genitori e figli che avevano riconquistato la loro posizione all'interno del sistema familiare, favorendo in tal modo il processo di individuazione delle figlie.

CONCLUSIONI

In conclusione possiamo affermare che gli obiettivi posti dal gruppo di ricerca "Legami familiari" dell'Istituto Dedalus in questa prima fase della ricerca, volti a sistematizzare gli interventi terapeutici nel corso degli anni, ad aiutare i terapeuti nella formulazione delle ipotesi, a monitorare l'andamento del percorso terapeutico, a pianificare gli interventi futuri, ad aiutare gli specializzandi a creare una mappa che li possa orientare nel percorso terapeutico ed, ancora, a stimolare l'avvio di un lavoro che riesca a coniugare la pratica terapeutica con il lavoro di studio e ricerca,

siano stati adeguatamente perseguiti. I risultati ottenuti hanno evidenziato come il Modulo di studio e ricerca per la valutazione del trattamento psicoterapico con le famiglie, le coppie e gli individui si sia rivelato uno strumento efficace nelle mani del terapeuta, in quanto consente di raccogliere in maniera organizzata, accurata e sistematica i dati dei pazienti e di impostare e seguire la terapia nel corso del tempo. Esso rappresenta, inoltre, un mezzo attraverso il quale le strutture possono raccogliere dati sulla propria utenza, effettuare una valutazione degli interventi e delle proprie prestazioni e impostare dei progetti di ricerca.

Infine, grazie al focus allargato agli aspetti relazionali, è possibile analizzare le situazioni prese in carico mettendole in correlazione con la fase del ciclo vitale dei pazienti, le emergenze soggettive sollevate, la specificità delle situazioni trattate ed il tipo di intervento psicoterapico effettuato.

Seppur i dati raccolti risultino essere soddisfacenti, è opportuno sottolineare come la ricerca sull'utilizzo del Modulo nel contesto terapeutico, si trovi ancora in una fase embrionale e pertanto si ritiene di fondamentale importanza che i terapisti vengano addestrati ad un corretto utilizzo di questo strumento al fine di poter sfruttare al massimo le sue potenzialità e non trascurare aspetti importanti che talvolta nella pratica clinica vengono tralasciati.

BIBLIOGRAFIA

Cancrini, L. (1987), *La Psicoterapia: Grammatica e Sintassi*, Roma: La Nuova Italia Scientifica.

Cancrini, L., La Rosa, C. (1991), *Il vaso di Pandora*, Roma: Nis.

Colacicco F. (2013), *La mappa del terapeuta*, Roma: Scione Editore.

Colacicco F., Martini F., Bianco M.G., Prete A. R., Romano A., Vaglio R. (2014). *La valutazione del trattamento psicoterapico con le famiglie, le coppie, gli individui*, in *Ecologia della mente*, 37(2).