

RICERCA
IN
PSICOTERAPIA

Rivista semestrale della SPR- Italia
Sezione italiana della
Society for Psychotherapy Research

VOLUME 9 - NUMERO 2
Luglio - Dicembre 2006

Ricerca in Psicoterapia

ISSN: 1592-8543

© 2006 Edizioni Carlo Amore
Firera & Liuzzo Group

www.carloamore.it

RICERCA IN PSICOTERAPIA

Rivista semestrale della SPR-Italia Sezione italiana della
Society for Psychotherapy Research

Direttore responsabile:

Salvatore Freni

Direttore scientifico:

Emilio Fava

Comitato scientifico:

Massimo Ammaniti (Roma)
Antonio Andreoli (Ginevra)
Alessandro Antonietti (Milano)
Paolo Azzone (Milano)
Wilma Bucci (New York)
Antonio Carcione (Roma)
Italo Carta (Monza)
Giorgio Caviglia (Roma)
John F. Clarkin (New York)
Reiner W. Dahlbender (Ulm)
Nino Dazzi (Roma)
Alessandra De Coro (Roma)
Enrico De Vito (Milano)
Santo Di Nuovo (Catania)
Rita Fioravanzo (Milano)
Horst Kächele (Ulm)
Hans Kordy (Stoccarda)
Giovanni Liotti (Roma)
Adriana Lis (Padova)
Lester Luborsky (Filadelfia)
Cinzia Masserini (Milano)
Erhard Mergenthaler (Ulm)
Poalo Migone (Parma)
Sergio Muscetta (Roma)
Corrado Pontalti (Roma)
Marco Sambin (Padova)
Carlo Saraceni (Roma)
Sandra Sassaroli (Milano)
Andrea Seganti (Roma)

Antonio Semerari (Roma)
Roberta Siani (Verona)
Orazio Siciliani (Verona)
Michael Stigler (Losanna)

Comitato di Redazione:

Redattore capo:
Cinzia Masserini

Redazione:

Paolo Azzone
Etrusca Centenero
Antonello Colli
Enzo Leone
Veronica Meletti
Giuseppe Niccolò
Igor Pontalti

Indirizzo per corrispondenza:

Prof. Salvatore Freni
“Unità di Psichiatria e Psicoterapia”
Via Ippocrate 45 – 20161 Milano
Tel. 02 6444. 5194/5196
Fax 02 6444.5222
E-mail: Psicoterapia@unimi.it

Citata nel database Psychinfo e embase

Chiuso in redazione il 20 Novembre 2006
Stampa: Arti Grafiche Colombo
Muggiò - MI

SEGNAVIA

La "Teoria della Mente" nella schizofrenia: una rassegna della letteratura esistente

"Theory of Mind" in Schizophrenia: A Review of the Literature

M. Brune, traduzione di E. Centenero

123

STRUMENTI E METODI

L'individuazione di costrutti cognitivi sovraordinati attraverso l'analisi standardizzata degli ABC

Cognitive constructs' assessment through a standardized analysis of ABC.

I. Camozzo Caneve, S. Lissandron, G. Maria Ruggiero,

G. Piccione, S. Sassaroli

179

RICERCA CLINICA

Studio preliminare per la messa a punto di Trattamenti Intensivi Precoci per bambini in età 2-6 anni con Disturbi dello Spettro Autistico: una sfida per nuove integrazioni tra clinica e ricerche sullo sviluppo.

A preliminary study in order to develop Early Interventions for children (age 0-3 years) with Autistic Spectrum Disorders: a challenge to find new integrations between clinical approach and infant research.

R. Montoli, D. Biunno, A. Gernone, C. Careni, P. Incoronato,

M. Mondini, F. Cortesi

193

PSICOTERAPIA DELLE ISTITUZIONI

Uno studio empirico in un setting psicoterapeutico istituzionale: l'applicazione del CCRT di Luborsky ai trascritti di una psicoterapia di gruppo ad orientamento psicodinamico.

T. Cappellucci, M. A. Ciavarella, A. De Coro, E. Fusco

235

RECENSIONI

Intorno ad alcune premesse della ricerca empirica in psicoterapia. Osservazioni a valle della lettura di Come funzionano le psicoterapie, di Santo di Nuovo, Girolamo Lo Verso e collaboratori.

Sergio Salvatore

261

CONVEGNO MENTE E CORPO

Alba, 8 - 10 giugno 2007

281

NORME REDAZIONALI

283

LA “TEORIA DELLA MENTE” NELLA SCHIZOFRENIA: UNA RASSEGNA DELLA LETTERATURA ESISTENTE

*Martin Brune**

Traduzione di Etrusca Centenero

Il termine teoria della mente (ToM) si riferisce alla capacità di comprendere intuitivamente i propri e gli altrui stati mentali. Una considerevole raccolta di ricerche ha evidenziato l'evoluzione della ToM nei primati, la sua manifestazione nella ontogenesi umana, e il deficit di ToM in una serie di disturbi neuropsichiatrici, inclusa la schizofrenia. Esiste una buona evidenza empirica che rileva un deficit specifico di ToM nella schizofrenia, e che molti sintomi psicotici – per esempio i deliri di controllo e di persecuzione, la presenza di disorganizzazione di pensiero e di linguaggio e altri sintomi comportamentali – possono essere compresi meglio alla luce di una ridotta capacità dei pazienti di mettere in rapporto le proprie intenzioni con un comportamento attuativo, e di interpretare le intenzioni altrui. Tuttavia è ancora oggetto di dibattito come un deficit di ToM nella schizofrenia sia associato ad altri aspetti della cognizione, come questo deficit oscilla nelle fasi di acuzie o cronicità del disturbo schizofrenico, e come questo influisce sull'uso del linguaggio e sul comportamento sociale del paziente. Oltre a queste possibili aree di ricerca, degli studi futuri potrebbero anche valutare se i pazienti potrebbero trarre beneficio da un training cognitivo in questa area.

Parole chiave: teoria della mente, evoluzione della mente, schizofrenia, linguistica, comportamento, competenza sociale.

* Centro di Psichiatria e Psicoterapia, Università di Bochum, Germania

Summary

The term theory of mind (ToM) refers to the capacity to infer on one's own and other persons' mental states. A substantial body of research has highlighted the evolution of ToM in nonhuman primates, its emergence during human ontogeny, and impaired ToM in a variety of neuropsychiatric disorders, including schizophrenia. There is good empirical evidence that ToM is specifically impaired in schizophrenia and that many psychotic symptoms - for instance, delusions of alien control and persecution, the presence of thought and language disorganization, and other behavioral symptoms - may best be understood in light of a disturbed capacity in patients to relate their own intentions to executing behavior, and to monitor others' intentions.

However, it is still under debate how an impaired ToM in schizophrenia is associated with other aspects of cognition, how the impairment fluctuates with acuity or chronicity of the schizophrenic disorder, and how this affects the patients' use of language and social behavior. In addition to these potential research areas, future studies may also address whether patients could benefit from cognitive training in this domain.

Key-words:

Il termine *teoria della mente* (ToM) si riferisce alla capacità cognitiva di rappresentare i propri e gli altrui stati mentali, per esempio, in termini di pensiero, credenza o finzione. È interessante notare che il termine fu usato per la prima volta dai primatologi e psicologi Premack e Woodruff, che si chiesero se lo scimpanzé avesse una teoria della mente (Premack e Woodruff 1978). Negli anni successivi a questa pubblicazione è stato sostenuto da un punto di vista evolutivo che una "teoria della propria e delle altrui menti" è emersa nella evoluzione degli ominidi come risposta di adattamento ad un ambiente sociale sempre più complesso (Brothers 1990). Secondo quella che è divenuta nota come la "ipotesi della mente sociale" (Brothers 1990; Dunbar 1998), gli individui con delle buone capacità di lettura della mente possono superare in successo sociale coloro che hanno scarse capacità, il che può in ultima analisi aumentare il successo riproduttivo dei primi.

Può tuttavia essere dispendioso avere una ToM troppo sviluppata (Brune 2001). Negli umani, per esempio, la ToM è apparentemente costantemente “online”, tanto che le altre persone e talvolta persino gli oggetti inanimati sono continuamente “monitorati” per scoprire le loro presunte intenzioni. Quindi la ToM umana è implicitamente collegata al rischio di fare delle congetture errate sulle intenzioni degli altri, per esempio inferendo “troppo” o semplicemente sopravvalutando l'affettazione di qualcuno in una data interazione sociale. È pertanto di fondamentale importanza che chiunque attribuisca degli stati mentali agli altri sia in grado di riscontrare la propria inferenza con la realtà – cioè interpretare i segnali provenienti dall'ambiente sociale a supporto o confutazione della propria ipotesi. Estrarre il significato *adeguato* da un discorso dipende da una ToM intatta. Per utilizzare e interpretare correttamente il linguaggio di solito bisogna andare oltre il significato letterale delle parole e delle espressioni basandosi su informazioni contestuali (Sperber e Wilson 1986, 2002). Tuttavia un deficit funzionale o strutturale dei meccanismi neurali alla base della ToM può dare origine a vari tipi di psicopatologie, inclusa la schizofrenia (Frith 1992; Brune 2001).

Infatti un deficit di ToM è stato riscontrato in una serie di disturbi neuropsichiatrici. I più ampi studi sulla ToM sono stati effettuati in relazione ai disturbi legati all'autismo (Baron-Cohen et al. 1985; Baron-Cohen 1995), in pazienti adulti con danni al lobo frontale (Rowe et al. 2001; Stuss et al. 2001) e nella schizofrenia (analisi in Corcoran 200; Brune 2003a). Solo di recente la ricerca sulla ToM è stata estesa a pazienti affetti da demenza frontotemporale, morbo di Alzheimer o altri disturbi legati alla demenza (Cuerva et al. 2001; Gregory et al. 2002; Snowden et al. 2003; Starkstein e Garau 2003), disturbi di personalità antisociale (Richell et al. 2003) e normale invecchiamento (Happé et al. 1998; Maylor et al. 2002).

I dati clinici suggeriscono fortemente che i pazienti affetti da schizofrenia evidenziano un deficit di interazione sociale a causa della loro ridotta capacità di stabilire una comunicazione efficace (Trognon 1992; Sperber e Wilson 2002). Frith (1992) ha suggerito in primo luogo che la ToM nei pazienti affetti da schizofrenia è compromessa a causa della loro incapacità di monitorare i propri e gli altrui stati mentali e comportamenti, il che spiegherebbe molti sintomi positivi e negativi della schizofrenia. Si discute tuttavia se la ToM sia ridotta o eccessiva in alcuni tipi di schizofrenia, se la ToM rappresenti uno stato

o un tratto di tali disturbi, e in che misura le anomalie di ToM nella schizofrenia siano associate all'espletamento di altre funzioni cognitive e al linguaggio.

In questo articolo – basato su una ricerca MEDLINE e EMBASE della letteratura rilevante pubblicata tra il 1995 e il 2003, inclusi importanti riferimenti incrociati – sintetizzerò le ricerche sulla ToM nella schizofrenia e prenderò in esame alcune possibili vie future. La prima parte tratta di questioni teoriche fondamentali riguardanti la ToM; la seconda parte illustra i dati principali emersi da ricerche empiriche sulla ToM nella schizofrenia.

1. Basi teoriche

Traiettorie evolutive della ToM.

Il punto di vista evolutivo della ToM nel contesto della schizofrenia è utile quando la manifestazione della ToM negli umani è accompagnata da modifiche di adattamento del cervello. Secondo, sono esattamente le aree del cervello interessate dalla ToM quelle frequentemente, sebbene non esclusivamente, trovate anormali nella schizofrenia, come parti della corteccia prefrontale (di particolare interesse potrebbe essere la corteccia paracingolare) e la corteccia temporale, inclusa la connettività corticale (Crow 1993; Narr et Al. 2001; Burns, in stampa). Inoltre le ricerche sulla ToM nei primati hanno aiutato a chiarire come è possibile concettualizzare e testare meglio la ToM (Brownell et al. 2000).

La ToM probabilmente è emersa abbastanza di recente, durante il tardo Pleistocenico, negli ominidi perché gli individui avevano necessità di fare fronte ad un ambiente sociale sempre più complesso (Whiten 2000). I costi e i vantaggi della vita di gruppo in termini di sopravvivenza e riproduzione sono già stati affrontati (Alexander 1987); un vantaggio della socialità potrebbe essere stato una maggiore protezione dai predatori, mentre un problema potrebbe essere stato come essere socialmente brillante (e pertanto avere maggiori possibilità di successo nella riproduzione rispetto ad altri della stessa specie). Mentre i primati e le grosse scimmie sono esperti nella “lettura del comportamento” – per esempio la lettura di gesti, movimenti intenzionali ed espressioni facciali di emozioni – l'abilità di “leggere” la mente e di rappresentare cognitivamente

la propria e le altrui mentalizzazioni (ToM matura) non dipende necessariamente da uno stimolo sensoriale proveniente dall'ambiente esterno (sebbene in situazioni di vita reale generalmente è così); un individuo può pensare cosa hanno in mente gli altri senza vederli (Premack e Woodruff 1978).

Indipendentemente se la ToM (e il linguaggio) si sia sviluppata per migliorare la capacità della persona ad una adeguata "preparazione sociale" (Dunbar 1996), per scoprire un tentativo di inganno da parte di appartenenti alla stessa specie (Byrne 2003), o per entrambe, c'è una evidenza empirica che dimostra che le altre grosse scimmie, soprattutto gli scimpanzé, hanno sviluppato la capacità cognitiva di rappresentare le menti degli altri fino a un certo livello – e forse andare oltre, come si potrebbe concludere dall'osservazione di insegnamenti e inganni apparentemente intenzionali (Suddendorf e Whiten 2001; Byrne 2003). Recentemente, tuttavia, l'entusiasmo iniziale riguardo alla ToM degli scimpanzé ha lasciato il posto al dibattito se gli scimpanzé abbiano abilità di tipo ToM come la previsione visiva e se tali capacità riflettano l'abilità degli scimpanzé di comprendere le menti degli altri scimpanzé o se gli scimpanzé siano semplicemente "diversi" e utilizzino altri mezzi per prevedere il comportamento dei loro simili (Povinelli e Vonk 2003; Tomasello et al 2003). Tuttavia l'approfondimento di questo punto va oltre l'ambito di questo articolo.

È interessante notare dal punto di vista evolutivo che esiste evidenza che il sistema neurale alla base della ToM molto probabilmente si è sviluppato dalla capacità di monitorare il movimento biologico come rappresentato nel solco temporale superiore, la corteccia prefrontale mediana e in particolare la parte anteriore del cingolo (Frith e Frith 1999, 2001; Siegal e Varley 2002); o dalle strutture neurali che contribuiscono al comportamento imitativo come i cosiddetti neuroni mirror (Gallese e Goldman 1998; Umiltà et al. 2001). In altre parole il monitoraggio del *comportamento* degli appartenenti alla stessa specie può avere costituito la base dell'evoluzione del monitoraggio delle *menti* degli altri.

Ontogenesi della ToM.

Comprendere l'ontogenesi delle abilità di ToM nel contesto delle ricerche sulla ToM nella schizofrenia è fondamentale per due ragioni: primo,

i test standard ideati dagli psicologi dell'età evolutiva per valutare l'acquisizione della ToM da parte dei *bambini* sono stati adottati dai ricercatori che si occupano di schizofrenia; secondo, non sappiamo se l'ipotesi implicita che lo sviluppo della ToM nei pazienti affetti da schizofrenia prima della manifestazione clinica del disturbo fosse normale – al contrario dei pazienti autistici – sia corretta.

Baron-Cohen (1995) ha proposto un modello ontogenetico della maturazione della ToM basato su un concetto evolutivo. Secondo questo modello, molto presto nello sviluppo, i neonati prestano selettivamente attenzione a stimoli visivi. A circa 18 mesi il bambino è in grado di associare il “vedere” con il “conoscere”, di utilizzare il gesto dell'indicare proto-dichiarativo e di esercitare il gioco di finzione (Leslie 1987). Allo stesso tempo il bambino inizia a riconoscersi allo specchio. Fino all'età di 3-4 anni tuttavia il bambino non è in grado di distinguere tra le proprie credenze e quelle degli altri – per esempio che qualcuno possa avere delle false credenze che non corrispondono alla conoscenza del bambino, una situazione nota comunemente come falsa credenza di primo ordine. A 6-7 anni i bambini imparano a comprendere rappresentazioni di ordine più elevato – per esempio sapere che qualcun altro pensa che una terza persona crede qualcosa. Una gaffe è un po' più difficile da comprendere perché comporta la capacità di capire una situazione in cui una persona avrebbe dovuto nascondere ad un'altra qualcosa ma non lo ha fatto. La comprensione da parte dei bambini delle gaffe è instabile fino a circa 10 anni, con le bambine apparentemente in grado di capire la gaffe un po' prima dei bambini.

Tuttavia questo modello abbastanza rigido di acquisizione della ToM nella ontogenesi trascura in parte l'impatto dell'ambiente sociale sullo sviluppo delle abilità di ToM nei neonati e nei bambini. Come hanno notato Carpendale e Lewis (in stampa), per esempio, i bambini piccoli i cui genitori utilizzano spesso espressioni che si riferiscono a stati mentali quando parlano con loro, superano i test di ToM ad una età inferiore rispetto ai bambini i cui genitori utilizzano questi termini meno spesso. Inoltre la presenza di fratelli maggiori accelera la comprensione dei più piccoli delle loro menti (analisi Carpendale e Lewis, in stampa). Pertanto c'è chiaramente uno stimolo proveniente dall'ambiente sociale che facilita la maturazione cognitiva, inclusa la ToM.

Concettualizzazioni teoriche della ToM.

Ci sono vari termini che circoscrivono più o meno accuratamente la capacità cognitiva di rappresentare gli stati mentali propri e di altri, incluso “teoria della mente”, “attribuzione di stato mentale”, assunzione di “atteggiamento intenzionale”, “mentalizzare” e “consapevolezza riflessiva”. Sebbene qualcuno possa obiettare sull’espressione “teoria della mente” io la utilizzerò perché è quella originale creata da Premack e Woodruff (1978).

Più importante è il fatto che esistono diverse concettualizzazioni teoriche riguardo l’architettura cognitiva della ToM.

Modulo ToM.

In relazione al concetto di Fodor (1983) di organizzazione modulare della mente umana, Leslie e i suoi collaboratori hanno proposto l’esistenza di un modulo ToM distinto (ToMM, recentemente aggiornato da Scholl e Leslie 1999). Come le altre capacità cognitive specifiche di dominio rappresentate nella mente che operano solo su una certa classe di informazioni, il ToMM dovrebbe elaborare informazioni limitate alla inferenza sociale. I moduli cognitivi dovrebbero essere affidabili, efficienti ed economici. Scholl e Leslie (1999) hanno inoltre affermato che il corretto funzionamento del ToMM dipende da quello che loro hanno definito processore di selezione (SP) che separa le informazioni contestuali rilevanti da quelle irrilevanti, che potrebbe aumentare la probabilità che l’inferenza di una persona degli stati mentali degli altri sia corretta.

La prospettiva Theory-theory.

La *Theory-theory* “metarappresentazionale” avanzata per la prima volta da Perner (1991) rappresenta principalmente un modello non modulare. Questo modello suggerisce che i neonati e i bambini acquisiscono diversi livelli di abilità rappresentazionali nelle fasi della ontogenesi, iniziando dalle rappresentazioni primarie di sé come agente attivo. La rappresentazione secondaria, che avviene dopo il secondo anno di età, consente la distinzione tra realtà e

situazioni ipotetiche. Delle “metarappresentazioni” genuine consentono a una persona (come nelle teorie scientifiche) di “teorizzare” sulle rappresentazioni di altre persone, includendo possibili errori di interpretazione (Perner 1991). In contrasto con il rigido modello modulare la teoria metarappresentazionale afferma che la differenziazione tra realtà e modelli mentali può essere alla base non solo della ToM ma anche della più generica capacità di “mettere insieme” modelli mentali multipli contemporaneamente (Suddendorf e Whiten 2001). In altre parole il modello *Theory-theory* afferma che le abilità metarappresentazionali non sono necessariamente limitate alla esecuzione della ToM.

Teoria della simulazione della ToM.

La teoria della “simulazione” propone che la ToM si riferisca all’abilità di immaginare di “essere al posto di un altro” (Davies e Stone 1995). In contrasto con il modello Theory-theory, la teoria della simulazione afferma che attribuire stati mentali a se stessi è alla base dell’inferenza di stati mentali altrui replicando o imitando la vita mentale di altri individui. Questo modello ha recentemente ricevuto ulteriori conferme dall’osservazione che le scimmie e gli umani possiedono neuroni mirror che sono attivi quando vengono osservati determinati movimenti di mano o di bocca negli altri. Gallese e Goldman (1998), per esempio, hanno affermato che l’abilità di “leggere la mente” potrebbe essersi sviluppata dal sistema di neuroni mirror nei primati.

Naturalmente questo articolo non può esaminare a fondo questi modelli teorici divergenti. Tutti hanno ricevuto un supporto empirico, ma non è ancora chiaro quale avvalori meglio l’architettura cognitiva della ToM. Sembra probabile che le posizioni divergenti in questo dibattito non siano inconciliabili, ma tale discussione va oltre l’ambito di questo articolo.

I sintomi della schizofrenia sono correlati alla ToM?

Il concetto di Frith di un deficit di ToM nella schizofrenia.

Chris Frith (1992) ha posto l’interessante questione se i sintomi psicotici nella schizofrenia possano essere spiegati in termini di una errata inter-

pretazione cognitiva di fondo delle intenzioni proprie e altrui – cioè di un deficit di ToM¹. Alcuni pazienti affetti da schizofrenia, per esempio, invece di prendere le credenze come rappresentazioni soggettive della realtà, identificano le loro rappresentazioni con la realtà e possono pertanto avere difficoltà nel distinguere tra soggettività e oggettività e mantenere le false credenze sotto forma di convinzioni maniacali. Inoltre ignorare i segnali sociali e le intenzioni presunte di altre persone può portare ad una interruzione della comunicazione e in ultima analisi a un disturbo del pensiero formale. Inoltre i pazienti schizofrenici che hanno difficoltà a interpretare il loro comportamento come il risultato delle loro intenzioni possono credere che le loro azioni siano sotto il controllo di forze esterne. Frith (1992) ha pertanto affermato che la compromissione della teoria della propria mente e delle menti altrui potrebbe spiegare nella schizofrenia (1) i disturbi delle “azioni intenzionali” (sintomi negativi e disorganizzati), (2) i disturbi della consapevolezza delle proprie intenzioni (deliri di influenzamento e allucinazioni uditive o altri sintomi di “passività”) e (3) i disturbi della consapevolezza delle intenzioni altrui, inclusi deliri di riferimento e di persecuzione. Secondo questo modello, Frith (1992) ha previsto che i pazienti si distingueranno per abilità di ToM a seconda del prevalere di sintomi oggettivi (“comportamentali”) o soggettivi (empirici). I pazienti con gravi sintomi negativi o disorganizzati (comportamentali) riporterebbero un maggiore deficit di ToM, simile alle persone autistiche, a causa della loro totale incapacità di rappresentare gli stati mentali. I pazienti con sintomi paranoidi avrebbero dei risultati scarsi, rispetto a soggetti sani di controllo, a causa delle loro difficoltà di interpretare correttamente le intenzioni di altre persone. Chiaramente i pazienti paranoidi hanno una ToM intatta nel senso che loro sanno che gli altri hanno degli stati mentali. Hanno tuttavia un deficit nell'utilizzare le informazioni contestuali, che li porta a fare delle inferenze “online” errate su quali siano questi stati mentali. Per i pazienti con sintomi di passività e i pazienti in remissione si prevedono risultati nella norma sui compiti di ToM, perché

¹ Molto prima Klaus Conrad (1958) aveva affermato, secondo un punto di vista teorico della Gestalt, che un deficit di previsione e una autoriflessione compromessa rappresentavano i sintomi chiave della schizofrenia.

la loro abilità a rappresentare gli stati mentali altrui, al contrario dei propri, dovrebbe essere relativamente intatta (Pickup e Frith 2001). Il concetto di Frith rispecchia meglio la teoria modulare della ToM.

Il concetto di Hardy-Baylé di deficit di ToM in relazione al pensiero, linguaggio e comunicazione disorganizzati nella schizofrenia.

In contrasto con Frith, Hardy-Baylé (1994) ha affermato che il deficit di ToM nella schizofrenia è principalmente correlato ad un deficit pianificazione o di esecuzione. In particolare per i pazienti con abilità di pensiero, linguaggio e comunicazione altamente disorganizzate (Andreasen 1986) si prevedono i risultati peggiori sui compiti di ToM, perché non sono in grado non solo di monitorare le proprie azioni ma anche di rappresentare adeguatamente gli stati mentali altrui e di integrare le informazioni contestuali (Hardy-Baylé et al. 2003). In altre parole l'assenza di una rappresentazione mentale delle proprie azioni intenzionali in un paziente compromette anche la capacità di quel paziente di attribuire stati mentali alle azioni degli altri. Secondo questo modello si prevede di riscontrare deficit di ToM esclusivamente in pazienti con grave disorganizzazione di pensiero e linguaggio, mentre per i pazienti senza sintomi disorganizzati si prevedono abilità di ToM intatte. Questo modello rispecchia meglio la teoria della simulazione di ToM.

Proposte alternative.

Una teoria diversa sulla ToM di pazienti affetti da schizofrenia è stata avanzata da Abu-Akel (1999). Questi ha suggerito, in parte contrariamente ai modelli sopra proposti, che alcuni pazienti affetti da schizofrenia con sintomi positivi potrebbero avere persino una "iper ToM". Il modo in cui i pazienti "iperattribuiscono" le intenzioni a se stessi e agli altri, come riscontrato nei deliri, può dipendere da una violazione delle regole pratiche nel loro uso del linguaggio. I pazienti affetti da schizofrenia possono inferire erroneamente che i loro partner di comunicazione condividano le loro conoscenze. Abu-Akel e Bailey (2000) hanno inoltre proposto un modello di

continuità dei deficit di ToM: (1) autentico deficit di ToM, (2) ToM normale senza l'abilità di applicare questa conoscenza, e (3) iper ToM, associata ad una eccessiva produzione di ipotesi e iperattribuzioni di stati mentali (Abu-Akel e Bailey 2000). In modo simile Walston et al. (2000) si sono espressi a favore di una ToM intatta in alcuni pazienti affetti da schizofrenia, poiché un deficit di capacità di attribuire stati mentali agli altri può essere un prerequisito per sviluppare deliri di persecuzione, almeno in disturbi deliranti "puri".

Questi modelli teorici sul ruolo della ToM nei sintomi schizofrenici, per quanto divergenti, sono aperti a prove empiriche. Come dichiarato nel successivo paragrafo il compito cruciale è di mettere a punto dei test sulla ToM adatti ad adulti affetti da schizofrenia senza interferire troppo con altre funzioni cognitive.

Test sulle abilità di ToM nella schizofrenia.

Molti test della ToM applicati alla ricerca sulla schizofrenia sono stati finora adottati mutuandoli dai compiti psicologici messi a punto per testare l'abilità dei bambini di interpretare gli stati mentali di altri individui (Doody et al. 1998). Mentre i bambini di 18 mesi iniziano a effettuare il "gioco di finzione" (Leslie 1987) come primo indice di sviluppo della ToM, perché fingere richiede almeno la capacità di distinguere tra situazioni ipotetiche e reali, il test della "parità aurea" per la comprensione delle menti altrui è comprendere che gli altri possono avere delle false credenze diverse dalla propria (corretta) conoscenza (Dennett 1978). Il classico test di Anne e Sally (Wimmer e Perner 1983) comporta la creazione empirica di una situazione in cui una persona deve distinguere fra la propria conoscenza che un oggetto è stato nascosto da un personaggio (Anne) in assenza dell'altro personaggio (Sally) e la conoscenza degli altri personaggi coinvolti. La questione centrale è dove Sally cercherà l'oggetto al suo ritorno: il luogo dove questo si trovava prima che lei lasciasse la stanza o il luogo in cui è stato spostato da Anne. I bambini al di sotto dei 4 anni generalmente hanno dei risultati molto scarsi in questo tipo di test. La capacità cognitiva per superare il test richiede la abilità di "metarappresentare" lo stato mentale di Sally, cioè "Io so che lei non sa dove si trova realmente

l'oggetto". Il test di Anne e Sally pertanto comporta ciò che è noto come comprendere una falsa credenza di primo ordine.

Capacità cognitive più sofisticate relative alla ToM includono la comprensione di false credenze di ordine più elevato (Perner e Wimmer 1985), metafora, ironia e gaffe. È stato affermato che capire una metafora richiede almeno una comprensione di ToM di primo ordine, mentre l'ironia comporta una ToM di secondo ordine, perché questi processi riguardano l'abilità di andare oltre il significato letterale delle espressioni indovinando cosa l'interlocutore abbia veramente voluto dire (Happé 1993; Langdon et al. 2002b).

Per quanto riguarda la presentazione dei compiti di ToM, i test semplici di false credenze di primo e secondo ordine possono essere raffigurati utilizzando storie illustrate o con del materiale scenico. Ciò risulta più facile da comprendere rispetto a una forma più astratta di presentazione come racconti brevi scritti che devono essere ricordati.

Nella ricerca sulla ToM nella schizofrenia sono stati utilizzati racconti brevi con o senza l'uso di materiale scenico e compiti che richiedevano di mettere in ordine di successione delle immagini per valutare i diversi livelli di "intenzionalità"; sono stati usati anche test di comprensione di suggerimenti dietro discorso indiretto, metafora e ironia. Negli anni i compiti di ToM utilizzati nella ricerca sulla schizofrenia sono stati modificati per controllare meglio l'interferenza con l'attenzione, la memoria, l'intelligenza "generale" e la verbalizzazione. Un problema nei primi studi era che i pazienti affetti da schizofrenia non solo avevano dei risultati scarsi nei compiti di ToM, ma non riuscivano neanche a rispondere correttamente alle domande di controllo o di "realtà" (Frith e Corcoran 1996; Drury et al. 1998). Pertanto sono stati introdotti compiti di controllo "fisico" di complessità simile ma senza il requisito del riferimento a stati mentali, in particolare per verificare se i deficit di ToM siano specifici (Frith e Corcoran 1996; Langdon et al. 1997; Sarfati et al. 1997a; Drury et al. 1998; Brunet et al. 2003a). Bisognerebbe, tuttavia, tenere a mente che il problema della presentazione "realistica" dei compiti non può essere risolto in maniera soddisfacente in test di laboratorio sperimentali "offline". Pertanto le persone affette da disturbi psichiatrici con un alto coinvolgimento personale nei loro sistemi maniacali, per esempio, potrebbero in situazione di test rimanere relativamente indifferenti in compiti di ragionamento astratto (Simpson et al. 1998). Inoltre la comparabilità degli

studi di ToM nella schizofrenia può in qualche modo essere limitata a causa di sottili differenze di presentazione dei compiti, per esempio, utilizzando storie illustrate che mostrano l'esito della scena piuttosto che sequenze di immagini aperte (Sarfati et al. 1997b; Brune 2003a).

2. Risultati empirici della ToM nella schizofrenia

Specificità dei deficit di ToM.

Un quesito fondamentale della ricerca sulla ToM nella schizofrenia riguarda il dubbio se i deficit in questo dominio siano specifici, simili ai deficit rilevati nei disturbi autistici, o siano la conseguenza di deficit cognitivi più generali di attenzione, esecuzione, memoria, intelligenza generale e così via (Mitchley et al. 1998; Langdon et al. 2001; Pickup e Frith 2001). La risposta a questo quesito getterebbe un po' di luce sulla validità delle diverse concettualizzazioni teoriche della ToM, cioè la modularità, la Theory-theory, o la simulazione.

Solo uno studio ha trattato direttamente il problema di quale delle sopra citate concettualizzazioni della ToM si presti meglio alla ricerca sulla schizofrenia. Langdon et al. (2001) hanno dichiarato che la Theory-theory è la meno adatta a spiegare i deficit di ToM nella schizofrenia perché, contrariamente alle persone affette da autismo, ai pazienti schizofrenici non necessariamente manca la conoscenza concettuale della rappresentazione degli stati mentali. Per esempio i pazienti maniacali possono essere in grado di comprendere che le credenze possono essere false.

Per quanto riguarda la teoria della simulazione di ToM, Langdon et al. (2001) hanno sostenuto che se i deficit di ToM nella schizofrenia fossero collegati alla incapacità dei pazienti di imitare immaginativamente gli stati mentali di altri, allora il deficit di ToM potrebbe emergere da una di due cause: (1) la incapacità di inibire cognitivamente delle informazioni salienti ("deficit di disimpegno"), o (2) "un deficit della capacità di ragionare consequenzialmente sulla base di stati ipotetici". In una serie di esperimenti che utilizzano le cosiddette "capture stories" oltre alle storie illustrate della ToM, dove un indizio fondamentale deve essere soppresso a favore di informazioni meno

importanti, Langdon et al. (2001) hanno scoperto che un sottogruppo di pazienti affetti da schizofrenia avevano un deficit specifico nei compiti di ToM indipendentemente da un deficit di pianificazione esecutiva. Essi interpretarono questo dato come prova contro la teoria della simulazione. A causa della specificità dei deficit di ToM nella schizofrenia in pratica questo studio per lo più supporta l'ipotesi di una organizzazione modulare della ToM (Langdon et al. 2001). Questa ipotesi sarebbe inoltre supportata dalla considerazione teorica di un possibile disordine funzionale di ToMM e SP. Un danno alla *interfaccia* tra ToMM e SP, lasciando entrambi i meccanismi intatti, potrebbe portare ad una intatta capacità di interpretare gli stati mentali ma ad una incapacità ad usare informazioni contestuali che potrebbe, per esempio, spiegare l'ideazione paranoica (Frith 1992; Langdon et al. 2001).

Mettendo insieme le evidenze ne risulta una prova sostanziale che probabilmente i deficit di ToM nella schizofrenia sono specifici piuttosto che il risultato di deficit cognitivi generali (Langdon et al. 2001; Pickup e Frith 2001; analisi in Brune 2003a), sebbene i deficit probabilmente non siano gli stessi di quelli riscontrati nell'autismo (Corcoran 200; Pilowsky et al. 2000). La Tabella 1 sintetizza i progetti di studio e i risultati principali della ricerca sulla ToM in pazienti adulti affetti da schizofrenia.

Mentre i deficit di attenzione, la disfunzione esecutiva e dei bassi punteggi ai test di intelligenza influiscono negativamente sui risultati dei compiti di ToM, le differenze tra i soggetti schizofrenici e le persone di confronto sane nella esecuzione dei compiti rimangono significative, anche quando i deficit cognitivi generali e le misurazioni della funzione esecutiva sono controllati, sebbene il mio studio abbia suggerito che la prestazione di ToM possa essere strettamente associata alla intelligenza verbale nei pazienti disorganizzati (Brune 2003b). Questi dati sembrano solidi, indipendentemente se vengono utilizzati compiti di mettere in sequenza delle immagini (Langdon et al. 1997, 2001; Sarfati et al. 1997a, 1997b, 1999; Brunet et al. 2003a); compiti che comportano la comprensione di ironia (Mitchley et al. 1998), metafora, o "intenzioni reali" dietro discorso indiretto (Corcoran et al. 1995); brevi passi di testo illustrati da fumetti (Frith e Corcoran 1996; Pickup e Frith 2001); o giochi visivi illustrati in disegni a fumetti (Corcoran et al. 1997). Prevedibilmente, in generale i risultati dei pazienti nei compiti dipendono dalla complessità del compito di inferenza sociale, così che i risultati su test di ordine superiore o

di ToM più sottile rivelano un deficit maggiore rispetto ai risultati nei compiti di primo ordine (Doody et al. 1998). Tuttavia molti studi hanno attualmente dimostrato che le difficoltà dimostrate dai pazienti affetti da schizofrenia nel mettere nella giusta sequenza le storie di ToM non sono dovute ad un generico deficit di sequenza, perché le abilità dei pazienti di disporre in sequenza storie “fisiche” possono anche essere intatte. È piuttosto la loro mancanza di comprensione degli stati mentali dei personaggi della storia che li fa fallire in tali test (Langdon et al. 1997, 2001; Pickup e Frith 2001; Brunet et al. 2003a).

Sebbene finora non sia stata specificatamente trattata, una associazione tra il deficit di ToM e i trattamenti medici sembra almeno improbabile (Sarfati et al. 1999).

Table 1. Overview of ToM studies in schizophrenia in chronological order

Study	Sample (n) inclusion criteria	Symptom cluster	Mean age	Sex (m:f)	Medication	ToM method/tasks	Additional variables/measures	Main findings/conclusion
Corcoran et al. (1995)	55 schizophrenia (DSM-III-R) 14 depressed/anxious 30 controls	23 paranoid 10 negative 3 incoh. 7 passivity 8 remitted 4 other	31.8	38:17	?	10 short stories about a social interaction between 2 characters, read aloud to subjects (“hinting task”)	IQ (Quick Test, Ammons and Ammons 1962) psychopathology (PSE)	Schizophrenia patients with negative symptoms performed worst on ToM tasks, even when IQ was covaried out. Patients with passivity symptoms and remitted patients performed equally compared to controls; patients with incoherence and paranoid symptoms were in between. This study suggests that performance on ToM tasks is a state rather than a trait variable.

cont...

Study	Sample (n) inclusion criteria	Symptom cluster	Mean age	Sex (m:f)	Medication	ToM method/tasks	Additional variables/measures	Main findings/conclusion
Langdon et al. (1997)	20 schizophrenia (DSM-III-R)	11 chronic residual 8 chronic paranoid 1 acute paranoid 20 controls	33.4 Matched Matched	9:11	+	4 four-card picture sequences of false beliefs	Social-script picture sequences mechanical picture sequences capture picture sequences mental state language in story narratives self-awareness block design, digit backward (WAIS-R) SANS, SAPS	Patients were impaired in monitoring their own and others' mental states. Subgroups of patients could be differentiated according to their representational abilities. Picture sequencing difficulties were associated with psychomotor poverty symptoms and reality distortion, suggesting impaired symbolic representation in the former, and a failure to critically evaluate cause-effect consequences. Impaired ToM was associated with an "autistic-like" syndrome.

cont...

Study	Sample (n) inclusion criteria	Symptom cluster	Mean age	Sex (m:f)	Medication	ToM method/tasks	Additional variables/measures	Main findings/conclusion
Sarfati et al. (1997a)	24 schizophrenia (DSM-III-R) 12 depressed 24 controls	7 paranoid 6 residual 5 disorg. 6 undiff.	31.9 41.9 32.4	19:5 3:9 14:10	+	30 picture stories consisting of 3 pictures and 3 answer cards (15 false belief and 15 intention attribution stories)	IQ (BPVS) TLC SANS; SAPS	Performance on ToM tasks correlated with thought and language abilities and level of disorganization. No differences among the schizophrenia group emerged when it was traditionally classified into subtypes.
Sarfati et al. (1997b)	12 schizophrenia (DSM-III-R) 12 depressed 12 controls	4 paranoid 5 undiff. 3 residual	27.2 36.3 26.2	5:7 3:9 6:6	+	30 picture stories consisting of 3 pictures and 2 answer cards (15 false belief and 15 intention attribution stories) presented in 2 different conditions	TLC SANS; SAPS	Schizophrenia patients could be divided into 2 groups according to their ToM abilities (normal vs. poor performers), corresponding to their level of thought and language disorder. False belief tasks were significantly more difficult than attribution of intentions.

cont...

Study	Sample (n) inclusion criteria	Symptom cluster	Mean age	Sex (m:f)	Medication	ToM method/tasks	Additional variables/measures	Main findings/conclusion
Doody et al. (1998)	28 schizophrenia (DSM-III-R) 12 depressed 19 learning disabil. 18 comorbid. 20 controls		46.3 42.3 50.7 50.4 20.4	17:11 1:11 7:12 10:8 9:11	?	Sally Anne Task (Wimmer and Perner 1983; first order false belief), Ice-cream-Van Test (Perner and Wimmer 1985; second order false belief), tasks illustrated by dolls and maps	ART Quick Test (Ammons and Ammons 1962) PANSS	Schizophrenia patients with a comorbid learning disorder performed worst on ToM tasks; schizophrenia patients in general performed more poorly on second order false belief tests compared to normal controls, associated with level of psychopathology. Patients with learning disabilities also performed more poorly compared to healthy controls, suggesting interference of ToM abilities with IQ.

cont...

Study	Sample (n) inclusion criteria	Symptom cluster	Mean age	Sex (m:f)	Medication	ToM method/tasks	Additional variables/measures	Main findings/conclusion
Drury et al. (1998)	14 schizophrenia (DSM-IV) 10 psychotic controls 12 depressed	9 paranoid 3 undiff. 2 disorg	30.1 40.7 42.41	11:3 6:4 6:6	+ + +	3 second order false belief tasks, read aloud and enacted with props; assessment after admission and following recovery	Substitution of coreferential terms, metaphor sentence completion task, interpretation of irony and metaphor symptomatology (PAS) WAIS-R (partially)	Acute schizophrenia patients performed more poorly on ToM tasks and metaphor tasks compared to nonschizophrenia patients. No such difference emerged after recovery. Patients with persecutory delusions performed more poorly on memory tasks during the acute phase, and after recovery on the second order false belief task, indicating interference of ToM abilities with attention and memory load.

cont...

Study	Sample (n) inclusion criteria	Symptom cluster	Mean age	Sex (m:f)	Medication	ToM method/tasks	Additional variables/measures	Main findings/conclusion
Mitchley et al. (1998)	18 schizophrenia 13 various psychiatric controls		45.28 41.31	15:3 2:11	+	9 brief written scenarios involving irony	9 brief written scenarios to be literally interpreted IQ (NART) PANSS	Schizophrenia subjects were impaired in understanding irony relative to psychiatric controls. They were also more likely to interpret the ironical stories literally. The failure to understand irony was associated with lower IQ and with negative (but not positive) symptoms in the schizophrenia group. The difference between the schizophrenia subjects and controls remained significant when IQ was covaried out.

cont...

Study	Sample (n) inclusion criteria	Symptom cluster	Mean age	Sex (m:f)	Medication	ToM method/tasks	Additional variables/measures	Main findings/conclusion
Sarfati and Hardy-Bayle' (1999)	25 schizophrenia (DSM-IV) 10 manic 15 controls	15 disorg. 10 non-disorg.	35.7 29.2 33.9 28.6	5:10 2:8 6:4 5:10	+	14 comic strips consisting of 3 pictures; a fourth picture to be chosen from 4 pictorial alternatives	IQ (BPVS) PANSS TLC	Schizophrenia patients with disorganization performed more poorly compared to nondisorganized schizophrenia patients, manic patients, and controls on ToM tasks. Global psychopathology score was also elevated in this group, suggesting that the ToM deficit is a state variable rather than a trait.
Sarfati et al. (1999)	26 schizophrenia (DSM-III-R)	13 disorg. 13 non-disorg. 13 depressed 13 controls	35.1 30.3 40.6 33.0	11:2 10:3 4:9 11:2	+	28 comic strips consisting of 3 pictures; a fourth picture to be chosen from 4 alternative pictures, in a second assessment from 4 alternative sentences	IQ (BPVS) PANSS TLC	Disorganized schizophrenia patients performed more poorly on both the verbal and nonverbal mode of ToM tasks compared to nondisorganized patients and controls. Positive and negative symptomatology did not account for the differences.

cont...

Study	Sample (n) inclusion criteria	Symptom cluster	Mean age	Sex (m:f)	Medication	ToM method/tasks	Additional variables/measures	Main findings/conclusion
Sarfati et al. (2000)	25 schizophrenia (DSM-IV) 25 controls		?	7:18		28 comic strips consisting of 3 pictures; a fourth picture to be chosen from 4 alternative pictures, in a second assessment from 4 alternative sentences	IQ (BPVS) PANSS TLC	A subgroup of schizophrenia patients improved in ToM measures after introduction of verbal material, whereas a subgroup of poor performers did not, possibly related to chronicity of the disorder.
Mazza et al. (2001)	35 schizophrenia (DSM-IV) 17 controls	11 disorg. 16 psychomotor 8 reality distortion	35.3 33.06 34.5 37.3	10:1 15:1 5:3 1:16	+	2 first and 2 second order ToM tasks read aloud plus cartoon drawings	WAIS Verbal Memory Test (Novelli et al. 1986) Verbal Fluency Test (Novelli et al. 1986) TOL WCST SANS; SAPS	Schizophrenia patients with psychomotor poverty performed worst on first order ToM tasks and on one of the second order ToM tasks. Disorganized patients performed more poorly than the other groups and controls on the other second order false belief test, suggesting that negative symptoms may affect metarepresentational capacities in schizophrenia independent of IQ.

cont...

Study	Sample (n) inclusion criteria	Symp- tom cluster	Mean age	Sex (m:f)	Medi- cation	ToM method/tasks	Additional variables/ measures	Main findings/ conclusion
Pickup and Frith (2001)	41 schi- zophrenia (DSM-IV)	16 para- noid 16 behav. 1 passiv- ity 8 remit- ted	40.9 37.3 22.0 36.4	10:6 12:4 0:1 7:1	+	2 first order and 1 second order ToM task enacted with props; answers rated according to their explana- tory power and use of mental state language	Two first order and one second order nonmental control tasks IQ (Quick Test, Am- mons and Ammons 1962) psychopa- thology (PSE)	Patients with behavioral symptoms performed more poorly on second or- der false belief tasks and made less use of mental state language compared to controls, independent of memory and IQ. Paranoid patients per- formed more poorly as well, but this effect disappeared when IQ was controlled for, indicating a specific and state-depen- dent ToM deficit in schi- zophrenia.
	18 de- pressed/ anxious		43.6	7:11				
	35 controls		43.3	19:16				

cont...

Study	Sample (n) inclusion criteria	Symptom cluster	Mean age	Sex (m:f)	Medication	ToM method/tasks	Additional variables/measures	Main findings/conclusion
Langdon et al. (2001a)	30 schizophrenia (DSM-IV) 2 schizoaffective 24 controls		37.31 34.54	18:14 12:12	+	4-card picture sequences of false beliefs	Social-script picture sequences mechanical picture sequences capture picture sequences visual memory (WMS-R) TOL SANS, SAPS	Schizophrenia patients have executive planning deficits, disengagement failures, and poor mentalizing abilities compared to controls. Multiple regression analysis revealed that poor mentalizing predicted the odds of being a patient. Executive planning deficits did not fully account for poor ToM, thus supporting the modular hypothesis of mental state representation. However, no association between ToM abilities and positive symptoms (e.g., paranoia) was found.

cont...

Study	Sample (n) inclusion criteria	Symptom cluster	Mean age	Sex (m:f)	Medication	ToM method/tasks	Additional variables/measures	Main findings/conclusion
Langdon et al. (2002)	23 schizophrenia (DSM-IV) 2 schizoaffective 20 controls			?	+	4-card picture sequences of false beliefs computerized story comprehension of metaphor and irony	Social-script picture sequences mechanical picture sequences capture picture sequences Spot-the-Word Test (Baddeley et al. 1993) verbal memory (WAIS-R) TOL SANS, SAPS	Selective impairments of schizophrenia patients on ToM tasks confirmed. Metaphor and irony understanding made independent contributions to distinguish patients from controls, suggesting divergent underlying mechanisms. Irony but not metaphor comprehension was associated with ToM abilities. Positive formal thought disorder was associated with poor performance on ToM tasks, whereas negative formal thought disorder was associated with poor metaphor understanding. Impaired ToM may relate to poor pragmatic use of language in schizophrenia.

cont...

Study	Sample (n) inclusion criteria	Symptom cluster	Mean age	Sex (m:f)	Medication	ToM method/tasks	Additional variables/measures	Main findings/conclusion
Roncone et al. (2002)	40 schizophrenia (DSM-IV) 4 schizoaffective	25 paranoid 2 disorg. 1 catatonic 6 undiff. 6 residual	33.4	34:10	+	2 first and 2 second order ToM tasks read aloud plus cartoon drawings	IQ (SPMR) Verbal Memory Test (Novelli et al. 1986) Verbal Fluency Test (Novelli et al. 1986) TOL WCST BPRS DAS	Patients' poor ToM abilities contributed significantly to predicting their poor social functioning in the community. Duration of illness, verbal fluency, and the presence of negative and positive symptoms also contributed to poor social functioning, with duration of illness being the strongest predictor of impaired social functioning.
Herold et al. (2002)	26 schizophrenia (DSM-IV) 26 controls	20 paranoid in remission	?	?	+	1 first order ToM task 1 second order ToM task 2 metaphor and 2 irony tasks	PANSS	The major difference between patients and controls was their ability to correctly interpret irony, indicating impaired ToM to be a traitlike state in schizophrenia.

cont...

Study	Sample (n) inclusion criteria	Symp- tom cluster	Mean age	Sex (m:f)	Medi- cation	ToM method/tasks	Additional variables/ measures	Main findings/ conclusion
Brunet et al. (2003a)	25 schi- zophrenia (DSM-IV) 25 controls	4 para- noid 9 disorg. 6 undiff. 6 re- sidual	31.2 34.2	19:6 17:8	+	14 comic strips consist- ing of 3 pic- tures; a fourth picture to be chosen from 4 pictorial alternatives	28 picture stories involving physical causality depicted IQ (BPVS) PANSS TLC	Patients performed significantly more poorly than controls on tasks requir- ing attribution of intentions. This deficit was found to be specific and independent of IQ.
Brune (2003b)	23 schi- zophrenia (DSM-IV)	23 dis- org. 12 con- trols	29.2 30	17:6 7:5	+	ToM picture story involv- ing first and second order false belief and deception	“Non- social” picture se- quencing task IQ (MWT) BPRS	Patients were impaired on ToM tasks; after IQ was covaried out, no differ- ence emerged compared to controls, inde- pendent of du- ration, age at onset of illness, or psychopa- thology

cont...

Study	Sample (n) inclusion criteria	Symptom cluster	Mean age	Sex (m:f)	Medication	ToM method/tasks	Additional variables/measures	Main findings/conclusion
Mazza et al. (2003)	42 schizophrenia (DSM-IV) 42 controls	18 paranoid 17 residual 7 undiff.	31.27	?	+	2 first and 2 second order ToM tasks read aloud plus cartoon drawings	IQ (SPMR) SAPS SANS BPRS Mach-IV	Patients who performed well on ToM tasks showed a more cynical and pragmatic view of life as indicated by higher scores on the Mach-IV scale. Patients with negative symptoms were less strategic in their thinking than patients with positive symptoms.
Janssen et al. (2003)	43 schizophrenia (RDC) 41 first degree relatives 43 controls	34 re-mitted	32.9 40.2 34.8	24:19 16:25 22:21	+	2 short stories involving a social interaction between 2 characters, read aloud to subjects, and 4 "hinting" tasks adopted from Frith and Corcoran 1996	Digit span AVLT verbal fluency SCWT CST GIT BPRS PANSS	Patients with schizophrenia performed more poorly on ToM tasks compared to controls, with first degree relatives performing in between. This was largely independent of age, education, or IQ. These findings indicate that impaired ToM in schizophrenia may reflect a traitlike deficit.

cont...

Study	Sample (n) inclusion criteria	Symptom cluster	Mean age	Sex (m:f)	Medication	ToM method/tasks	Additional variables/measures	Main findings/conclusion
Corcoran and Frith (2003)	59 schizophrenia (DSM-IV) 44 controls	16 paranoid 10 negative 10 thought disorder 8 passivity 15 remitted	40.5 40.0	50:9 35:9	+	10 short stories involving a social interaction between 2 characters, read aloud to subjects ("hinting task"); 4 ToM stories involving a first order or a second order false belief; additional cartoon drawings	IQ (Quick Test, Ammons and Ammons 1962) psychopathology (PSE) AMI (autobiographical section) AMIPB (story recall subtest)	As with previous studies, patients with schizophrenia were impaired on ToM task performance; schizophrenia patients (particularly those with negative symptoms) also had poorer recall of autobiographical events compared to controls. Performance on ToM tasks and autobiographical memory were related. This could indicate that schizophrenia patients have problems with inductive reasoning when inferring the mental states of others.

Note

AMI = Autobiographical Memory Interview (Kopelman et al. 1990); AMIPB = Adult Memory and Information Processing Battery (Coughlan and Hollows 1985); ART = Adult Reading Test (Nelson and O'Connell 1978); AVLT = Auditory Verbal Learning Task (Lezak 1995); behav. = behavioral symptoms; BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale (Overall and Gorham 1962); BPVS = Binois and Pichot Vocabulary Scale (Binois and Pichot 1947); CST = Concept Shifting Test (Houx et al. 1991); DAS = Disability Assessment Schedule, Italian (Morosini et al. 1988); disorg. = disorganized; GIT = Groningen Intelligence Test (Luteijn and van der Ploeg 1983); MWT = Multiple Verbal Comprehension Test (Lehrl 1976); NART = National Adult Reading Test (Nelson 1991); nondisorg. = nondisorganized; PANSS = Positive and Negative Syndrome Scale (Kay et al. 1987); PAS = Psychiatric Assessment Scale (Krawiezcza et al. 1977); PSE = Present State Examination (Wing et al. 1974); psychomotor = psychomotor poverty; RDC = Re-

search Diagnostic Criteria; SANS=Scale for the Assessment of Negative Symptoms (Andreasen 1984a); SAPS=Scale for the Assessment of Positive Symptoms (Andreasen 1984b); SCWT = Stroop Color-Word Test (Stroop 1935); SPMR = Standard Progressive Matrices of Raven (Raven 1960); TLC = Thought, Language and Communication Disorders (Andreasen 1979); TOL = Tower of London Test (Morice and Delahunty 1996); undiff. = undifferentiated; WAIS-R = Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised (Wechsler 1982); WCST = Wisconsin Card Sorting Test (Heaton 1981); WMS-R = Wechsler Memory Scale-Revised (Wechsler 1987).

3. I modelli di Frith e Hardy-Baylé messi alla prova

I sintomi principali della schizofrenia e il deficit di ToM.

Oltre alle sopra citate questioni riguardanti la specificità dei deficit di ToM nella schizofrenia, un numero notevole di studi sono stati effettuati per testare i modelli teorici proposti da Frith (1992) e Hardy-Baylé (1994) in relazione ai sintomi principali della schizofrenia. Entrambi i modelli hanno ricevuto un supporto empirico, ma alcuni studi hanno riportato risultati contraddittori (maggiori dettagli riguardo alle dimensioni dei campioni, sottoclassificazioni, trattamenti medici e materiali di studio sono illustrati nella tabella 1). Come previsto da Frith (1992) i pazienti con sintomi comportamentali negativi come avolizione o la chiusura sociale, o sintomi comportamentali positivi come discorsi incoerenti o inadeguati, hanno conseguito i risultati peggiori sui compiti di ToM nei vari studi. I pazienti che hanno esperito sintomi soggettivi di passività come l'inserzione del pensiero o deliri di influenzamento e i pazienti in remissione hanno conseguito dei risultati relativamente normali nei compiti di ToM (Corcoran et al. 1995, 1997; Frith e Corcoran 1996). Esiste tuttavia un certo disaccordo sulla natura del deficit di ToM in pazienti paranoici. Un paio di studi hanno dimostrato, in linea con il modello di Frith, che i pazienti che sperimentano una ideazione paranoica, ma non rivelano sintomi comportamentali, hanno un deficit di capacità di ToM (Corcoran et al. 1995, 1997), ma altri studi non hanno potuto confermare un legame tra la paranoia o "distorsione della realtà" (Liddle 1987) e deficit di ToM (Langdon et al. 2001; Mazza et al. 2001). Pickup e Frith (2001) hanno suggerito che alcuni pazienti paranoici potrebbero essere in grado di compensare i loro deficit di ToM utilizzando l'intelligenza generale. Questa ipotesi sarebbe compatibile con i risultati di

Walston et al. (2000) che i pazienti con deliri di persecuzione “puri” hanno riportato dei risultati normali nei compiti di ToM. Questi autori hanno suggerito di distinguere tra deliri di persecuzione e deliri di autoriferimento, poiché i deficit cognitivi dei pazienti potrebbero essere distinti. È pertanto concepibile che i pazienti con deliri di persecuzione siano particolarmente a disagio quando devono “mentalizzare sul momento” ma possono comportarsi abbastanza normalmente quando non sono sotto pressione (Pickup e Frith 2001). È interessante notare che Corcoran e Frith (2003) hanno recentemente elaborato i loro modelli per includere la capacità dei pazienti affetti da schizofrenia di ricordare eventi autobiografici. Essi sostenevano che interpretare gli stati mentali di altri spesso comporta l'utilizzo di precedenti esperienze nelle interazioni sociali. In uno studio che prendeva in esame le prestazioni di ToM e la memoria autobiografica, i pazienti affetti da schizofrenia hanno riportato dei risultati più scarsi nei compiti di ToM rispetto ai soggetti di confronto. Inoltre in un colloquio sulla memoria autobiografica, i pazienti affetti da schizofrenia tendevano a ricordare eventi strani o negativi. Un deficit di risultati di ToM e una scarsa memoria autobiografica erano correlate nel gruppo di pazienti. Questo risultato indica che la scarsa memoria dei pazienti affetti da schizofrenia relativamente a informazioni su interazioni sociali del passato potrebbe compromettere la loro abilità di interpretare gli stati mentali degli altri (Corcoran e Frith 2003).

Allo stesso modo il modello di Hardy-Baylé è stato confermato in una serie di studi che hanno indicato che i pazienti con una grave disorganizzazione del pensiero e del linguaggio hanno un deficit nello svolgimento dei compiti di ToM (Sarfati et al. 1997a, 1997b, 1999; Sarfati e Hardy-Baylé 1999). Tuttavia secondo il suo modello i pazienti *senza* disorganizzazione del pensiero e del linguaggio dovrebbero avere dei risultati relativamente normali in tutte le misurazioni di ToM, il che apparentemente non accade in maniera inequivocabile. Per esempio Mazza et al. (2001) hanno trovato un supporto solo parziale al modello di Hardy-Baylé perché i pazienti con sintomi di carenze psicomotorie hanno avuto dei risultati più scarsi nei compiti di ToM rispetto ai pazienti disorganizzati, e nel mio studio i pazienti con schizofrenia disorganizzata non hanno riportato dei risultati più scarsi rispetto ai soggetti di confronto quando veniva presa in considerazione la loro intelligenza verbale (Brune 2003/b). Al contrario, e come previsto dal

modello di Hardy-Baylé, vari studi hanno rivelato che almeno in un sottogruppo di pazienti con disorganizzazione del pensiero e del linguaggio, l'introduzione di materiale verbale può migliorare la prestazione sui compiti di ToM, ma probabilmente non nei pazienti più cronici (Sarfati et al. 1999, 2000).

Un certo numero di studi ha basato i confronti tra i gruppi sul modello tridimensionale di schizofrenia di Liddle (1987), che distingue tra carenza psicomotoria, distorsione della realtà e sindromi da disorganizzazione. Tutti i sottogruppi hanno rivelato deficit di prestazione nei compiti di ToM (Langdon et al. 1997; Mazza et al. 2001), ma probabilmente per diverse ragioni. In virtù di tutte le evidenze raccolte, è probabile che i pazienti con sintomi negativi prevalenti siano quelli con un deficit più grave di ToM, in particolare quando la sintomatologia somiglia a quella dell'autismo (Langdon et al. 1997).

Il deficit di ToM nella schizofrenia – stato o tratto variabile?

Secondo il modello di Frith (1992), i pazienti con psicosi in remissione e i pazienti che rivelano solo sintomi di “passività” possono comportarsi abbastanza normalmente di fronte ai compiti di ToM. Allo stesso modo il modello di Hardy-Baylé sostiene che i pazienti senza sintomi disorganizzati si comporterebbero normalmente di fronte ai compiti di ToM. Ciò suggerisce che un deficit di ToM rappresenta uno stato piuttosto che un tratto variabile (Corcoran et al. 1995; Drury et al. 1998; Pickup e Frith 2001). Tuttavia, il fatto che non sono solo i pazienti con esasperazioni acute che riportano dei risultati scarsi nei compiti di ToM, ma anche i pazienti affetti dal disturbo da lungo tempo indica che è probabile che si verifichi un calo delle capacità di ToM nei casi cronicamente degeneranti (Drury et al. 1998; Sarfati et al. 2000).

L'ipotesi che i deficit di ToM dipendano da uno stato è stata messa in dubbio da uno studio della ToM in persone con alti e bassi punteggi di schizotipia (Langdon e Coltheart 1999). Langdon e Coltheart hanno previsto che se esiste una linea continua tra schizotipia e schizofrenia, le persone con con alti punteggi su una scala di schizotipia dovrebbero avere dei risultati più scarsi nei test di ToM rispetto agli “schizotipi bassi”. Infatti il dato che

gli “alti schizotipi” sono andati meno bene rispetto alle persone con bassi punteggi di schizotipia può essere interpretato a favore della teoria di deficit di ToM come tratto. È interessante notare che non solo il deficit negli alti schizotipi era specifico per le capacità di ToM, ma coloro che hanno riportato risultati scarsi dimostravano anche una tendenza (non significativa) ad avere pensieri inerenti la magia ed esperienze percettive inusuali, confermando l’ipotesi che i deficit di ToM possano avere un rapporto di causalità con alcuni sintomi psicotici (Langdon e Coltheart 1999). In modo simile, a favore di un deficit persistente, Herold et al. (2002) hanno scoperto che i pazienti in remissione affetti da schizofrenia paranoide hanno riportato dei risultati più scarsi su un compito relativo all’ironia rispetto ai soggetti di controllo, mentre non sono emerse differenze significative per quanto riguarda i compiti di primo e secondo ordine o nella comprensione di metafore. L’ipotesi che il deficit di ToM sia un deficit di tipo di tratto nella schizofrenia è stata ulteriormente alimentata da uno studio in cui i pazienti in remissione affetti da schizofrenia erano messi a confronto con parenti di primo grado e soggetti di confronto senza una storia familiare di disturbi psicotici. Janssen et al. (2003) hanno scoperto che i pazienti affetti da schizofrenia avevano il più alto deficit nei compiti di ToM rispetto ai soggetti di confronto sani e che i parenti di primo grado si attestavano più o meno a metà strada su questi compiti. Questo dato ha avvalorato un rapporto preliminare in cui i fratelli sani di pazienti affetti da schizofrenia avevano un analogo deficit nello svolgimento di compiti di ToM (Wykes et al. 2001). Pertanto non esistono prove sufficienti per affermare che i deficit di ToM nella schizofrenia rappresentano un tratto del disturbo non spiegato solo dalla acutezza o cronicità del disturbo.

In sintesi, indipendentemente da alcuni risultati contraddittori, si può concludere che il modello di Frith e il modello di Hardy-Baylé si sono rivelati dei tentativi fruttuosi di trattare la questione del deficit di ToM nei pazienti schizofrenici utilizzando un approccio basato sui sintomi. Si potrebbe criticamente notare a questo punto che, data la notevole sovrapposizione fra il sottogruppo comportamentale di Frith, il sottotipo disorganizzato di Hardy-Baylé, e la carenza psicomotoria e le sindromi di disorganizzazione di Liddle, si capisce perché entrambi i modelli di Frith e Hardy-Baylé siano stati in qualche misura rafforzati empiricamente.

ToM e abilità linguistiche nella schizofrenia.

Sin dagli anni 1970 molti studi hanno dimostrato che i pazienti affetti da schizofrenia hanno un deficit nella loro abilità di decodificare e utilizzare il linguaggio in maniera pragmatica. Un quesito stimolante che ha aperto nuove strade di ricerca riguardava la possibilità che i deficit di linguaggio nella schizofrenia fossero collegati al deficit di ToM dei pazienti schizofrenici. I linguisti hanno affermato, seguendo la teoria di Grice (1975) che l'uso del linguaggio comporta una serie di regole colloquiali, definite "pragmatica", per trasferire il significato in modo utile e che l'uso pragmatico del linguaggio in termini di codifica e decodifica richiede l'abilità di interpretare gli stati mentali degli altri (Trognon 1992; Trognon e Kostulski 1999). Estendendo la formulazione originaria di Grice, Sperber e Wilson (2002) hanno suggerito che gli umani hanno sviluppato un sottomodulo di ToM per estrarre rilevanza da discorsi o espressioni in modo cognitivamente efficace, perché le esigenze di comprensione del linguaggio andrebbero oltre una normale ToM in quanto comportano livelli multipli di metarappresentazione.

È da lungo tempo noto che i pazienti affetti da schizofrenia tendono a interpretare il discorso metaforico letteralmente (Gorham 1956). Più di recente vari studi hanno indicato che i pazienti affetti da schizofrenia *utilizzano* anche il linguaggio in modo anormale ed hanno un maggior deficit in pragmatica che in sintassi o semantica (Frith e Allen 1998). Inoltre è stato dimostrato che i pazienti affetti da schizofrenia hanno un deficit nell'utilizzo di informazioni dipendenti da un contesto quando viene presentato del materiale verbale ambiguo (Bazin et al. 2000). Più specificatamente le compromesse abilità linguistiche dei pazienti affetti da schizofrenia sembrano essere collegate al loro fallimento di adeguare i loro discorsi alle norme convenzionali – cioè che loro trascurano una conoscenza condivisa tra loro stessi e i loro interlocutori. (Harrow e Miller 1985). Corcoran e Frith (1996) per esempio, hanno dimostrato che i pazienti affetti da schizofrenia violano delle regole colloquiali universali come la quantità, la qualità, la rilevanza, la gentilezza e il tatto. Hanno scoperto che in particolare i pazienti paranoici non erano capaci di essere gentili e delicati, suggerendo che i pazienti con schizofrenia paranoide erano inadeguati nel "mentalizzare sul momento" (Corcoran e Frith 1996). Allo stesso modo l'abilità dei pazienti schizofrenici

di apprezzare gli scherzi visivi (Corcoran et al. 1997), i fumetti (Sarfaï et al. 1997a) e le affermazioni ironiche (Mitchley et al. 1998) è costantemente deficitaria.

In una interessante anamnesi di due pazienti affetti da schizofrenia disorganizzata non sottoposti a trattamento medico, Abu Akel (1999) ha rilevato che loro violavano le massime linguistiche di relazione e quantità e che usavano riferimenti non chiari più spesso rispetto a soggetti di confronto sani, indicando che i pazienti affetti da schizofrenia disorganizzata potrebbero non essere consapevoli di quali e quante informazioni sono richieste dai loro interlocutori per una conversazione efficace. Abu-Akel ha notato, tuttavia, che i suoi pazienti cercavano comunque di collaborare con i loro partner di colloquio, perché utilizzavano certi legami coesivi (cosiddetti riferimenti endoforici di collegamento) durante la conversazione. Questo potrebbe indicare che i pazienti facevano riferimento a una qualche realtà condivisa e persino ipotizzavano che i loro interlocutori condividessero le loro conoscenze. Questo a sua volta potrebbe supportare l'ipotesi che alcuni pazienti possano "iperattribuire" intenzioni e decisioni agli altri, cioè, avere una iper ToM, piuttosto che avere un deficit generico in questo dominio (Abu-Akel 1999).

In uno studio più ampio, Langdon et al. (2002a, 2002b) hanno esaminato la comprensione delle metafore e dell'ironia in relazione al comportamento dei pazienti affetti da schizofrenia nei compiti di ToM utilizzati in studi precedenti. È interessante notare che i deficit di ToM erano correlati ad un deficit di comprensione di ironia, ma non di comprensione di metafora. I deficit di comprensione di metafora e ironia hanno apportato dei contributi indipendenti nel distinguere i pazienti dai soggetti di confronto, il che implicava che i processi cognitivi di base erano qualitativamente distinti. Inoltre mentre la ToM e la comprensione dell'ironia erano associate alla gravità del disturbo del pensiero formale, la compromessa comprensione delle metafore era correlata a sintomi negativi e a scarsa abilità esecutiva. Gli autori hanno concluso che un deficit di comprensione dell'ironia potrebbe essere spiegato con le scarse abilità pragmatiche dei pazienti, mentre una scarsa comprensione delle metafore potrebbe invece essere collegata ad una scarsa semantica, cioè l'abilità di trasporre determinati attributi a una espressione contestualmente diversa (Langdon et al. 2002a, 2002b). Seguendo una via

simile Tenyi et al. (2002) hanno scoperto che i pazienti affetti da schizofrenia paranoide facevano notevolmente più errori rispetto ai soggetti di confronto nel rilevare una opinione negativa implicitamente codificata in una dichiarazione di un oratore su una persona in cui la massima della rilevanza era deliberatamente violata.

Deficit di ToM e competenza sociale.

Un quesito intrigante resta quello sulla possibilità che un deficit di ToM nei pazienti affetti da schizofrenia possa effettivamente spiegare le loro scarse competenze sociali. Solo alcuni studi hanno collegato direttamente un deficit di abilità di ToM dei pazienti schizofrenici al loro livello di competenza sociale. Accenni indiretti provengono da uno studio sulla capacità dei pazienti schizofrenici di comprendere la conoscenza sociale relativa alla loro cultura, nel quale hanno evidenziato una ingenuità sociale specifica rispetto ai pazienti depressi o maniacali (Cutting e Murphy 1990).

Un altro suggerimento indiretto proviene da uno studio che misurava l'attitudine dei pazienti affetti da schizofrenia all'uso di inganno interpersonale e questioni morali (Sullivan e Allen 1999). In pratica gli uomini affetti da schizofrenia evidenziavano un punteggio più basso sulla scala Mach-IV (Christie e Geis 1970) rispetto a soggetti di confronto maschili e alle donne affette da schizofrenia, mentre in campioni non clinici gli uomini generalmente avevano un punteggio più alto delle donne. Gli autori hanno concluso che sia gli uomini che le donne affetti da schizofrenia valutavano incondizionatamente l'onestà e la moralità ma che le donne affette da schizofrenia erano allo stesso tempo più sospettose, così che il loro punteggio totale non differiva dal gruppo di controllo femminile. Questi risultati, interpretati sperimentalmente, possono indicare che i pazienti affetti da schizofrenia hanno difficoltà nell'applicare regole sociali e tattiche strategiche a causa di un deficit di ToM (Sullivan e Allen 1999). Più di recente Mazza et al. (2003) hanno confermato direttamente che i deficit di ToM nella schizofrenia possono essere associati a un deficit di pensiero sociale. I pazienti con sintomi prevalentemente positivi che avevano dei risultati migliori nei compiti di ToM rispetto ai pazienti con sintomi negativi avevano anche una visione più "cinica" e pragmatica

del mondo come rilevata attraverso la scala Mach-IV, mentre i pazienti con sintomi negativi avevano dei punteggi più bassi nel machiavellismo. Pertanto un deficit di pensiero sociale strategico potrebbe riflettere un deficit di comprensione degli stati mentali di secondo ordine (Mazza et al. 2003).

Più specificatamente in relazione al comportamento sociale Roncone et al. (2002) hanno scoperto che delle abilità di ToM compromesse nella schizofrenia contribuiscono significativamente a prevedere correttamente uno scarso comportamento sociale dei pazienti nella comunità, sebbene in questo studio la durata della malattia era il fattore di previsione più significativo di uno scarso comportamento sociale.

Tutti questi studi puntano al fatto che il deficit di comprensione dei pensieri e delle intenzioni delle altre persone proprio dei pazienti schizofrenici è probabilmente correlato al livello di abilità sociali. Come ciò si collega alla sintomatologia effettiva dei pazienti, tuttavia, necessita di un maggiore approfondimento.

Imaging funzionale di ToM nella schizofrenia.

Gli studi di neuroimaging di ToM in soggetti sani hanno costantemente rivelato che la corteccia prefrontale mediale rappresenta un'area centrale, corrispondente alle aree di Brodmann 8/9 (analisi in Russell e Sharma 2003). Gallagher e Frith (2003) hanno recentemente attirato l'attenzione sul giro cerebrale paracingolare (area di Brodmann 32), che contiene un tipo specifico di cellula, le cosiddette cellule a fuso, emerse abbastanza di recente nella evoluzione degli ominidi (Nimchinsky et al. 1999). L'attivazione della corteccia prefrontale mediale durante i compiti di ToM è stata confermata in uno studio sulla ToM di potenziali evento-correlati. In uno studio con tomografia a emissione di positroni (PET) in individui sani, Brunet et al. (2000) hanno scoperto una attivazione specifica del mediale *destro*, la corteccia prefrontale mediale destra e la corteccia temporale utilizzando un paradigma che comportava l'attribuzione delle intenzioni di un personaggio raffigurato in storie illustrate.

I dati sulla rappresentazione cerebrale delle funzioni di ToM in pazienti affetti da schizofrenia sono scarsi. Nell'unico studio di ToM della schizofrenia

che utilizzava imaging di risonanza magnetica nucleare funzionale (fMRI), in cui cinque pazienti erano messi a confronto con sette soggetti di confronto abbinati, Russell et al. (2000) determinarono che le regioni cerebrali media, frontale inferiore e temporale media erano attivate durante lo svolgimento del test di ToM. Nella sua versione più semplice questo test richiedeva ad una persona di scegliere fra due parole quella che descriveva meglio lo stato mentale di un'altra persona di cui era visibile solo la regione oculare; il compito comprendeva un giudizio riguardo al sesso della persona con quegli occhi (Baron-Cohen et al. 1997). I pazienti affetti da schizofrenia, rispetto ai soggetti di confronto, hanno evidenziato una significativa sottoattivazione del giro cerebrale frontale inferiore sinistro (area di Brodmann 44/45) ma non nella amigdala. Tuttavia il numero di pazienti valutato era abbastanza basso, non erano raggruppati secondo la sintomatologia, e gli effetti di ToM venivano confusi con la lettura di parole. Un altro studio PET in cinque pazienti affetti da schizofrenia messi a confronto con otto soggetti normali durante lo svolgimento di un compito che richiedeva l'attribuzione di intenzioni utilizzando storie illustrate ha evidenziato che i pazienti affetti da schizofrenia non riuscivano ad attivare la loro corteccia prefrontale *destra* (Brunet et al. 2001). Come i soggetti normali, tuttavia, i pazienti schizofrenici mostravano una maggiore attivazione delle regioni occipitotemporali e la parte posteriore del solco temporale superiore durante la percezione di figure umane (Brunet et al. 2003b), una regione che si sa essere interessata nel monitoraggio del movimento biologico (Frith e Frith 1999, 2001; Gallagher e Frith 2003). Dei modelli di attivazione anormali sono stati scoperti anche in studi di imaging in pazienti con la sindrome di Asperger che, in uno studio PET, evidenziavano una attivazione supplementare nelle aree di Brodmann 9/10 adiacenti all'area 8 (Happé et al. 1996), mentre uno studio fMRI di Baron-Cohen et al. (1999) ha evidenziato una attivazione supplementare nelle aree prefrontale inferiore sinistra e nell'amigdala. Dato il ruolo potenziale del giro cerebrale paracingolare nelle prestazioni di ToM, vale la pena notare che questa regione cerebrale si è rivelata meno asimmetrica nei pazienti affetti da schizofrenia (Le Provost et al. 2003), ma non è stato stabilito un legame con le prestazioni di ToM.

Gli studi sull'autismo e la schizofrenia e gli studi sulle lesioni cerebrali hanno prodotto risultati diversi rispetto alla lateralità delle aree cerebrali responsabili dei deficit di ToM. Mentre i dati sull'autismo puntano principal-

mente a lesioni nelle aree prefrontale e temporale *sinistra*, gli studi sui pazienti con lesioni cerebrali hanno evidenziato risultati ambigui (Rowe et al. 2001; Stuss et al. 2001). Secondo Brownell et al. (2000) l'input dell'emisfero destro nella ToM è particolarmente importante in situazioni nuove o ambigue e quando è richiesta una "classificazione emotiva" di una interpretazione alternativa. La patologia dell'emisfero destro, invece, può costituire un aspetto di patologia schizofrenica, soprattutto nella formazione dei deliri. Quando si considerano gli studi di imaging in gruppi non clinici e in altri gruppi clinici, la spiegazione più probabile è che per interpretare correttamente gli stati mentali è necessaria una rete neurale estesa in entrambi gli emisferi e che i disturbi di questa rete corrispondono ad anomalie neuroanatomiche riscontrate nella corteccia prefrontale di pazienti affetti da schizofrenia e nell'autismo (Russell e Sharma 2003).

4. Discussione

La ricerca sulla ToM nei disturbi neuropsichiatrici rappresenta un approccio relativamente nuovo ed essenzialmente interdisciplinare alla comprensione della mente umana, che coinvolge la primatologia, la psicologia dello sviluppo, la neuropsicologia e neuropsichiatria cognitiva, imaging funzionale e linguistica. Questa area di ricerca ha dato dei risultati incredibilmente fruttuosi, in parte, come io credo, perché i diversi rami hanno adottato una posizione evolutiva come credo comune riguardo al perché e al come la mente umana è fatta così come è (Brune 2002). Questo tuttavia non è assiomatico, poiché la teoria evolutiva è stata a lungo trascurata dalla psichiatria in passato, sebbene un quadro convincente in relazione al comportamento sociale umano sia stato avanzato più di dieci anni fa (Brothers 1990).

L'analisi della architettura cognitiva nei termini di come gli esseri umani interagiscono con il loro ambiente sociale e delle patologie che possono derivare dai fallimenti ad avere un'adeguata interazione ha aumentato notevolmente la nostra comprensione di molti dei sintomi cognitivi e comportamentali riscontrati in un gruppo di disturbi che chiamiamo schizofrenia (Gallagher e Frith 2003). Tuttavia una serie di quesiti interessanti rimangono aperti all'esame scientifico.

Molte ricerche hanno evidenziato che i pazienti affetti da schizofrenia hanno delle difficoltà specifiche nell'interpretare ciò che gli altri intendono, pensano o fingono e questo deficit di ToM probabilmente influisce sul modo in cui i pazienti schizofrenici utilizzano il linguaggio e interpretano il discorso. Inoltre, poiché i pazienti schizofrenici hanno un deficit nel monitorare le proprie azioni (essendo queste autoprodotte e collegate alle loro intenzioni) (Spence et al. 1997; Frith et al. 2000) e hanno un deficit nell'applicare le regole pragmatiche della conversazione, si può prevedere che essi abbiano anche una difficoltà nel pianificare ed attuare un comportamento sociale strategico – cioè i pazienti affetti da schizofrenia possono avere delle difficoltà nell'utilizzare le cosiddette regole procedurali (Scmitt e Grammer 1997; Sarfati et al. 1997b; Brune 2003b; Brunet et al. 2003a). L'osservazione clinica suggerisce che le persone schizofreniche - contrariamente per esempio ai pazienti affetti da disturbi della personalità – raramente riescono ad ingannare o manipolare gli altri (per esempio i loro terapeuti), il che può essere una conseguenza diretta del loro deficit di ToM. Infatti i pazienti affetti da schizofrenia sembrano per lo meno compromessi nella loro comprensione degli atteggiamenti machiavellici (Christie e Geis 1970; Sullivan e Allen 1999; Mazza et al. 2003), ed è stato scoperto che un deficit di ToM nella schizofrenia contribuisce ad un comportamento sociale compromesso dei pazienti nella comunità (Roncone et al. 2002).

La maggior parte degli studi che si occupano di ToM nella schizofrenia ipotizzano implicitamente che la ToM si deteriora nelle persone colpite a causa di un qualche processo neuropatologico sconosciuto che comincia dopo la pubertà. Tuttavia, come già affermato, non sappiamo per certo che l'acquisizione di ToM nei pazienti affetti da schizofrenia sia normale nell'infanzia (Corcoran 2000; Brune 2003a). Infatti una serie di studi suggeriscono che i sintomi precursori della schizofrenia nell'infanzia sono comuni e che molti di essi si riscontrano nel dominio sociale, incluso il discorso (Crow et al. 1995). Gli individui che successivamente sviluppano la schizofrenia potrebbero pertanto avere una predisposizione (genetica) a un deficit di ToM, e ciò può influenzare le loro prime interazioni con i genitori e i coetanei. Pertanto occorrono degli studi longitudinali della ToM nei bambini a rischio di sviluppare schizofrenia. Inoltre non sappiamo virtualmente nulla sulle differenze di sesso della ToM nella schizofrenia, sebbene si possa speculare – poiché i ma-

schi generalmente evidenziano una insorgenza anticipata e un esito peggiore del disturbo – che gli uomini affetti da schizofrenia abbiano un esito peggiore delle donne nella schizofrenia.

Anche il legame tra ToM e le altre capacità cognitive sociali come il riconoscimento delle emozioni rappresenta un terreno di ricerca ancora inesplorato. Gli studi nei bambini affetti da autismo e altri disturbi dello sviluppo suggeriscono che ci possa essere un deficit di ToM e di riconoscimento emotivo unidirezionale (Buitelaar et al. 1999), ma non deve necessariamente essere così. Frith e Frith (1999, 2001) hanno proposto due reti neurali funzionalmente separate, una che collega la corteccia prefrontale mediale, il cingolo anteriore e il solco temporale superiore (il sistema “dorsale”), e l’altro che collega la corteccia orbitofrontale e le regioni circostanti l’amigdala (sistema “ventrale”). Il primo di questi circuiti cerebrali è ritenuto cruciale per la ToM, l’automonitoraggio e la percezione di movimenti biologici (ma non per i movimenti di oggetti inanimati), mentre il secondo è coinvolto nelle emozioni e nel riconoscimento dei visi (Frith e Frith 1999). Pertanto la ToM potrebbe essersi evoluta da un sistema neurale nei primati, responsabile della capacità di prevedere le azioni di altri individui, in particolare degli appartenenti alla stessa specie (Castelli et al. 2000).

Un altro problema che può essere affrontato solo brevemente in questa sede riguarda il dibattito aperto sulla questione se la schizofrenia sia un concetto valido per ricerche neuroscientifiche, per esempio, se questo gruppo di disturbi rappresenti una entità di malattia (come aveva sperato Kraepelin), se sia più adeguato un approccio dimensionale, o se l’intero concetto di schizofrenia non debba essere abbandonato (Langdon et al. 1997; Penn et al. 1997).

Nonostante questa controversia, la fenotipia comportamentale – come suggerito da Liddle (1987) Frith (1992) o Hardy-Bayl (1994) potrebbe contribuire a collegare la neuropsichiatria alla psichiatria clinica in termini della nostra capacità di prevedere meglio il decorso e l’esito del disturbo in casi singoli (Langdon et al. 1997). Attualmente non sappiamo se la ToM *inevitabilmente* si deteriora con la cronicità o se i trattamenti medici possono migliorare la cognizione sociale. Altrove ho ipotizzato che un declino di ToM potrebbe seguire l’ordine inverso dell’acquisizione ontogenica della complessità, cioè che la capacità dei pazienti di comprendere il concetto di gaffe e ironia potrebbe essere intaccata per prima, mentre la comprensione di problemi di ToM di

primo ordine e delle metafore possa inizialmente essere relativamente intatta (Brune 2003a). Alcuni tipi di comprensione metaforica potrebbero, tuttavia, corrispondere a livelli superiori di ToM, come per esempio nei proverbi, che generalmente comportano relazioni sociali (per esempio in “quando il gatto non c’è i topi ballano”).

In ogni caso i terapeuti dovrebbero riconoscere che molti pazienti schizofrenici potrebbero avere delle difficoltà nel capire gli stati mentali altrui. Nel ricordare ciò i terapeuti dovrebbero monitorare attentamente il proprio utilizzo pratico del linguaggio e le proprie espressioni non verbali per ridurre al minimo l’insorgere di incomprensioni e di ansia nei pazienti.

Infine, una ulteriore conseguenza terapeutica a seguito delle ricerche sulla ToM nella schizofrenia potrebbe essere quella di includere l’attribuzione di stati mentali nei programmi terapeutici cognitivo-comportamentali (Sarfati 2000), allo stesso modo dei promettenti risultati dell’addestramento al riconoscimento delle emozioni e alla classificazione delle emozioni nella schizofrenia (van der Gaag et al. 2002). Potrebbe anche essere utile studiare se una scoperta precoce e un trattamento dei disturbi schizofrenici (Klosterkötter et al. 2002) potrebbe porre rimedio all’esito relativo alle abilità comunicative e alla ToM.

L'autore

Martin Brune, M.D., è Consulente Psichiatrico, Centro per la Psichiatria e Psicoterapia, Università di Bochum, Bochum, Germania; è stato Ricercatore al Centro per la Mente, Scuola di Ricerca delle Scienze Biologiche, Università Nazionale Australiana, Canberra, Australia, e all’Università di Sydney, Sydney, Australia.

Bibliografia

- ABU-AKEL, A., Impaired theory of mind in schizophrenia. *Pragmatics and Cognition*, 7:247–282, 1999.
- ABU-AKEL, A., AND BAILEY, A.L., The possibility of different forms of theory of mind. *Psychological Medicine*, 30:735–738, 2000.

- ALEXANDER, R.D., *The Biology of Moral Systems*. New York, NY: Aldine DE Gruyter, 1987.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION DSM-IV: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: APA, 1994.
- AMMONS, R.B., AND AMMONS, C.H., *Quick Test*. Missoula, MT: Psychological Test Specialists, 1962.
- ANDREASEN, N., Scale for the assessment of thought, language, and communication (TLC). *Schizophrenia Bulletin*, 12(3):473–482, 1986.
- ANDREASEN, N.C., *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. Iowa City, IA: University of Iowa, 1984a.
- ANDREASEN, N.C., *Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*. Iowa City, IA: University of Iowa, 1984b.
- BADDELEY, A., EMSLIE, H., AND NIMMO-SMITH, I., The Spot-The-Word-Test: A robust estimate of verbal intelligence on lexical decision. *British Journal of Clinical Psychology*, 32:55–65, 1993.
- BARON-COHEN, S., *Mindblindness: An Essay on Autism and Theory of Mind*. Cambridge, MA: Bradford/MIT Press, 1995.
- BARON-COHEN, S., JOLLIFFE, T., MORTIMORE, C., AND ROBERTSON, M., Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high-functioning adults with autism or Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 38:813–822, 1997.
- BARON-COHEN, S., LESLIE, A.M., AND FRITH, U., Does the autistic child have a 'theory of mind'? *Cognition*, 21:37–46, 1985.
- BARON-COHEN, S., RING, H., WHEELWRIGHT, S., BULLMORE, E., BRAMMER, M., SIMMONS, A., AND WILLIAMS, S. Social intelligence in the normal and autistic brain: An fMRI study. *European Journal of Neuroscience*, 11:1891–1898, 1999.
- BAZIN, N., PERRUCHET, P., HARDY-BAYLE', M.C., AND FELINE, A., Context-dependent information processing in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 45:93–101, 2000.
- BINOIS, R., AND PICHOT, P., *Test de Vocabulaire*. Paris, France: Edition du Centre de Psychologie Appliquee, 1947.
- BROTHERS, L., The social brain: A project for integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain. *Concepts in Neuroscience*, 1:27–51, 1990.

- BROWNELL, H., GRIFFIN, R., WINNER, E., FRIEDMAN, O., AND HAPPE', F., Cerebral lateralization and theory of mind. In: Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H., and Cohen, D.J., eds. *Understanding Other Minds*. 2nd ed. Oxford, UK: Oxford University Press, 2000. pp. 311–338.
- BRUNE, M. Social cognition and psychopathology in an evolutionary perspective-current status and proposals for research. *Psychopathology*, 34:85–94, 2001.
- BRUNE, M., Toward an integration of interpersonal and biological processes: Evolutionary psychiatry as an empirically testable framework for psychiatric research. *Psychiatry*, 65:48–57, 2002.
- BRUNE, M., Social cognition and behaviour in schizophrenia. In: Brune, M., Ribbert, H., and Schiefenhover, W., eds. *The Social Brain. Evolution and Pathology*. Chichester, U.K.: Wiley and Sons, 2003a. pp. 277–313.
- Brune, M., Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 60:57–64, 2003b.
- BRUNET, E., SARFATI, Y., AND HARDY-BAYLE', M., Reasoning about physical causality and others' intentions in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 8:129–139, 2003a.
- BRUNET, E., SARFATI, Y., HARDY-BAYLE', M., AND DECETY, J., A P.E.T study of the attribution of intentions to others in schizophrenia. Comparison with normal subjects on a non-verbal task. [Abstract]. *Schizophrenia Research*, 49(Suppl 1):174, 2001.
- BRUNET, E., SARFATI, Y., HARDY-BAYLE', M., AND DECETY, J., Abnormalities of brain function during a nonverbal theory of mind task in schizophrenia. *Neuropsychologia*, 41:1574–1582, 2003b.
- BRUNET, E., SARFATI, Y., HARDY-BAYLE', M.C., AND DECETY, J., A PET investigation of the attribution of intentions with a nonverbal task. *NeuroImage*, 11:157–166, 2000.
- BUITELAAR, J.K., VAN DER WEES, M., SWAAB-BARNEVELD, H., AND VAN DER GAAG, R.J., Theory of mind and emotion recognition functioning in autistic spectrum disorders and in psychiatric control and normal children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 40:869–881, 1999.
- BURNS, J., An evolutionary theory of schizophrenia: Cortical connectivity, metarepresentation and the social brain. *Behavioral and Brain Sciences*, in

- press.
- BYRNE, R.W., Tracing the evolutionary path of cognition. In: Brune, M., Ribbert, H., and Schiefenovel, W., eds. *The Social Brain. Evolution and Pathology*. Chichester, UK: Wiley and Sons, 2003. pp. 43–60.
- CARPENDALE, J.I.M., AND LEWIS, C., Constructing an understanding of mind: The development of children's social understanding within social interaction. *Behavioral and Brain Sciences*, in press.
- CASTELLI, F., HAPPE', F., FRITH, U., AND FRITH, C., Movement and mind: A functional imaging study of perception and interpretation of complex intentional movement patterns. *NeuroImage*, 12:314–325, 2000.
- CHRISTIE, R., AND GEIS, F.L., *Studies in Machiavellianism*. New York, NY: Academic Press, 1970.
- CONRAD, K., *Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns* (1958). 5th ed. Stuttgart, Germany: Thieme, 1979.
- CORCORAN, R., Theory of mind in other clinical conditions: Is a selective 'theory of mind' deficit exclusive to autism?. In: Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H., and Cohen, D.J., eds. *Understanding Other Minds*. 2nd ed. Oxford, UK: Oxford University Press, 2000. pp. 391–421.
- CORCORAN, R., CAHILL, C., AND FRITH, C.D., The appreciation of visual jokes in people with schizophrenia. A study of 'mentalizing' ability. *Schizophrenia Research*, 24:319–327, 1997.
- CORCORAN, R., AND FRITH, C.D., Conversational conduct and the symptoms of schizophrenia. *Cognitive Neuropsychology*, 1:305–318, 1996.
- CORCORAN, R., AND FRITH, C.D., Autobiographical memory and theory of mind: Evidence of a relationship in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 33:897–905, 2003.
- CORCORAN, R., MERCER, G., AND FRITH, C.D., Schizophrenia, symptomatology and social inference: Investigating 'theory of mind' in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 17:5–13, 1995.
- COUGHLAN, A.K., AND HOLLOWES, S.E., *Adult Memory and Information Processing Battery*. Leeds, UK: Coughlan, 1985.
- CROW, T.J., Sexual selection, Machiavellian intelligence, and the origins of psychosis. *Lancet*, 342:594–598, 1993.
- CROW, T.J., DONE, D.J., AND SACKER, A., Childhood precursors of psychosis as clues to its evolutionary origins. *European Archives of Psychiatry and*

- Clinical Neuroscience*, 245:61–69, 1995.
- CUERVA, A.G., SABE, L., KUZIS, G., TIBERTI, C., DORREGO, F., AND STARKSTEIN, S.E., Theory of mind and pragmatic abilities in dementia. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology*, 14:153–158, 2001.
- CUTTING, J., AND MURPHY, D., Impaired ability of schizophrenics, relative to manics or depressives, to appreciate social knowledge about their culture. *British Journal of Psychiatry*, 157:355–358, 1990.
- DAVIES, M., AND STONE, T., *Mental Simulations: Evaluations and Applications*. Oxford, U.K.: Blackwell, 1995.
- DENNETT, D.C., *Brainstorm: Philosophical Essays on Mind and Psychology*. Cambridge, MA: MIT Press, 1978.
- DOODY, G.A., Gořtz, M., Johnstone, E.C., Frith, C.D., and Owens, D.G., Theory of mind and psychoses. *Psychological Medicine*, 28:397–405, 1998.
- DRURY, V.M., Robinson, E.J., and Birchwood, M., ‘Theory of mind’ skills during an acute episode of psychosis and following recovery. *Psychological Medicine*, 28:1101–1112, 1998.
- DUNBAR, R.I.M., *Grooming, Gossip, and the Evolution of Language*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1996.
- DUNBAR, R.I.M., The social brain hypothesis. *Evolutionary Anthropology*, 6:178–190, 1998.
- FODOR, J., *The Modularity of Mind*. Cambridge, MA: MIT Press, 1983.
- FRITH, C.D., *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates, 1992.
- FRITH, C.D., AND ALLEN, H.A., Language disorders in schizophrenia and their implications for neuropsychology. In: Bebbington, P., and McGuffin, P., eds. *Schizophrenia: The Major Issues*. Oxford, UK: Heinemann, 1988. pp. 172–186.
- FRITH, C.D., BLAKEMORE, S., AND WOLPERT, D.M., Explaining the symptoms of schizophrenia: Abnormalities in the awareness of action. *Brain Research. Brain Research Reviews*, 31:357–363, 2000.
- FRITH, C.D., AND CORCORAN, R., Exploring ‘theory of mind’ in people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 26:521–530, 1996.
- FRITH, C.D., AND FRITH, U., Interacting minds—a biological basis. *Science*, 286:1692–1695, 1999.

- FRITH, U., AND FRITH, C.D., The biological basis of social interaction. *Current Directions in Psychological Science*, 10:151–155, 2001.
- GALLAGHER, H.L., AND FRITH, C.D., Functional imaging of 'theory of mind.' *Trends in Cognitive Sciences*, 7:77–83, 2003.
- GALLESE, V., AND GOLDMAN, A. Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. *Trends in Cognitive Sciences*, 2:493–501, 1998.
- GORHAM, D.R., Use of the proverb test for differentiating schizophrenics from normals. *Journal of Consulting Psychology*, 20:435–440, 1956.
- GREGORY, C., LOUGH, S., STONE, V., ERZINCIOGLU, S., MARTIN, L., BARON-COHEN, S., AND HODGES, J.R. Theory of mind in patients with frontal variant frontotemporal dementia and Alzheimer's disease: Theoretical and practical implications. *Brain*, 125:752–764, 2002.
- GRICE, H.P., Logic and conversation. In: Cole, P., and Morgan, J.L., eds. *Syntax and Semantics*. Vol. 3. *Speech Acts*. New York, NY: Academic Press, 1975. pp. 41–58.
- HAPPE', F.G.E., Communicative competence and theory of mind in autism: A test of relevance theory. *Cognition*, 48:101–119, 1993.
- HAPPE', F.G.E., EHLERS, S., FLETCHER, P., FRITH, U., JOHANSSON, M., GILLBERG, C., DOLAN, R., FRACKOWIAK, R., AND FRITH, C. Theory of mind' in the brain. Evidence from a PET scan study of Asperger syndrome. *Neuroreport*, 20:197–201, 1996.
- HAPPE', F.G.E., WINNER, E., AND BROWNELL, H., The getting of wisdom: Theory of mind in old age. *Developmental Psychology*, 34:358–362, 1998.
- HARDY-BAYLE', M.C., Organisation de l'action, phenomenes de conscience et representation mentale de l'action chez des schizophrenes. *Actualites Psychiatriques*, 20:393–400, 1994.
- HARDY-BAYLE', M.C., SARFATI, Y., AND PASSERIEUX, C., The cognitive basis of disorganization symptomatology in schizophrenia and its clinical correlates: Toward a pathogenetic approach to disorganization. *Schizophrenia Bulletin*, 29(3):459–471, 2003.
- HARROW, M., AND MILLER, J.G., Schizophrenic thought disorders and impaired perspective. *Journal of Abnormal Psychology*, 89:717–727, 1985.
- HEATON, R.K., *A Manual for the Wisconsin Card Sorting Test*. Odessa, TX: Psychological Assessment Resources, 1981.
- HEROLD, R., TE'NYI, T., LENARD, K., AND TRIXLER, M., Theory of mind deficit

- in people with schizophrenia during remission. *Psychological Medicine*, 32:1125–1129, 2002.
- HOUX, P.J., VREELING, F.W., AND JOLLES, J. Age-associated cognitive decline is related to biological life events. In: Iqbal, D., McLachlan, D.R.C., Winblad, B., and Wisniewski, H.M., eds. *Alzheimer's Disease: Basic Mechanisms, Diagnosis and Therapeutic Strategies*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 1991. pp. 353–359.
- JANSSEN, I., KRABBENDAM, L., JOLLES, J., AND VAN OS, J. Alterations in theory of mind in patients with schizophrenia and nonpsychotic relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108:110–117, 2003.
- KAY, S.R., OPLER, L.A., AND LINDENMAYER, J.P. The Positive Negative Syndrome Scale (PANSS): Rationale and standardization. *British Journal of Psychiatry*, 158(suppl. 7):59–67, 1989.
- KERR, N., DUNBAR, R.I.M., AND BENTALL, R., Theory of mind deficits in bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 73:253–259, 2003.
- KLOSTERKOTTER, J., HELLMICH, M., STEINMEYER, E.M., AND SCHUTZE-LUTTER, F. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Archives of General Psychiatry*, 58:158–164, 2002.
- KOPELMAN, M.D., WILSON, B.A., AND BADDELEY, A.D., *The Autobiographical Memory Interview*. Bury St. Edmunds, UK: Thames Valley Test Company, 1990.
- KRAWIEZCKA, M., GOLDBERG, D., AND VAUGHN, M., Standardised psychiatric assessment scale for chronic psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 36:25–31, 1977.
- LANGDON, R., and COLTHEART, M. Mentalising, schizotypy, and schizophrenia. *Cognition*, 71:43–71, 1999.
- LANGDON, R., COLTHEART, M., WARD, P.B., AND CATTS, S.V. Mentalising, executive planning and disengagement in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 6:81–108, 2001.
- LANGDON, R., COLTHEART, M., WARD, P.B., AND CATTS, S.V. Disturbed communication in schizophrenia: The role of poor pragmatics and poor mind-reading. *Psychological Medicine*, 32:1273–1284, 2002a.
- LANGDON, R., DAVIES, M., AND COLTHEART, M. Understanding minds and understanding communicated meanings in schizophrenia. *Mind and*

- Language*, 17:68–104, 2002b.
- LANGDON, R., MICHIE, P.T., WARD, P.B., MCCONAGHY, N., CATTS, S., AND COLTHEART, M., Defective self and/or other mentalising in schizophrenia: A cognitive neuropsychological approach. *Cognitive Neuropsychiatry*, 2:167–193, 1997.
- LEHRL, S. Der MWT—ein Intelligenztest für die ärztliche Praxis. *Neurologie und Psychiatrie*, 7:488–491, 1976.
- LE PROVOST, J.B., BARTRE'S-FAZ, D., PAILLÈRE-MARTINOT, M.L., ARTIGES, E., PAPPATA, S., RECASENS, C., PEREZ-GOMEZ, M., BERNARDO, M., BAEZA, I., BAYLE, F., AND MARTINOT, J.L., Paracingulate sulcus morphology in men with early-onset schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 182:228–232, 2003.
- LESLIE, A. Pretence and representation: The origins of 'theory of mind.'. *Psychological Review*, 94:412–426, 1987.
- LEZAK, M.D., *Neuropsychological Assessment*. 3rd ed. New York, NY: Oxford University Press, 1995.
- LIDDLE, P.F. Schizophrenic symptoms: Cognitive performance and neurological dysfunction. *Psychological Medicine*, 17:49–57, 1987.
- LUTEIJN, F., AND VAN DER PLOEG, F.A.E., *Handleiding Groninger Intelligentietest (GIT) (Manual Groningen Intelligence Test)*. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger, 1983.
- MAYLOR, E.A., MOULSON, J.M., MUNCES, A.M., AND TAYLOR, L.A., Does performance on theory of mind tasks decline in old age? *British Journal of Psychology*, 93:465–485, 2002.
- MAZZA, M., DERISIO, A., SURIAN, L., RONCONE, R., AND CASACCHIA, M., Selective impairments of theory of mind in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 47:299–308, 2001.
- MAZZA, M., DE RISIO, A., TOZZINI, C., RONCONE, R., AND CASACCHIA, M., Machiavellianism and theory of mind in people affected by schizophrenia. *Brain and Cognition*, 51:262–269, 2003.
- MITCHLEY, N.J., BARBER, J., GRAY, Y.M., BROOKS, N., AND LIVINGSTON, M.G., Comprehension of irony in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 3:127–138, 1998.
- MORICE, R., AND DELAHUNTY, A., Frontal/executive impairments in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22(1):125–137, 1996.

- MOROSINI, P.L., VELTRO, F., CERRETA, A., GAIO, R., PALOMBA, U., AND VENTRA, C., Disabilità sociale. Adattamento dello strumento in lingua italiana. *Rivista Perimentale di Freniatria*, 3:541–563, 1988.
- NARR, K.L., THOMPSON, P.M., SHARMA, T., MOUSSAI, J., ZOUMALAN, C., RAYMAN, J., AND TOGA, A., Three-dimensional mapping of gyral shape and cortical surface asymmetries in schizophrenia. Gender effects. *American Journal of Psychiatry*, 158:244–255, 2001.
- NELSON, H.E. *National Adult Reading Test Manual*. 2nd ed. Windsor, UK: NFER-Nelson, 1991.
- NELSON, H.E., AND O'CONNELL, A. Dementia: The estimation of premorbid intelligence levels using the New Adult Reading Test. *Cortex*, 14:234–244, 1978.
- NIMCHINSKY, E.A., GILISSEN, E., ALLMAN, J.M., PERL, D.P., ERWIN, J.M., AND HOF, P.R., A neuronal morphologic type unique to human and great apes. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 96:5268–5273, 1999.
- NOVELLI, G., PAPAGNO, C., CAPITANI, E., LAIACONA, M., VALLAR, G., AND CAPPA, S.F., Three clinical tests for the assessment of lexical retrieval and production. Norms from 320 normal subjects. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 47:477–506, 1986.
- OVERALL, J.E., AND GORHAM, D.R. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10:799–812, 1962.
- PENN, D.L., CORRIGAN, P.W., BENTALL, R.P., RACENSTEIN, J.M., AND NEWMAN, L., Social cognition in schizophrenia. *Psychological Bulletin*, 121:114–132, 1997.
- PERNER, J. *Understanding the Representational Mind*. Cambridge, MA: MIT Press, 1991.
- PERNER, J., AND WIMMER, H. 'John thinks that Mary thinks.': Attribution of second-order beliefs by 5–10 year old children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 39:437–471, 1985.
- PICKUP, G.J., AND FRITH, C.D., Theory of mind impairments in schizophrenia: Symptomatology, severity and specificity. *Psychological Medicine*, 31:207–220, 2001.
- PILOWSKY, T., YIRMIYA, N., ARBELLE, S., AND MOZES, T., Theory of mind abilities of children with schizophrenia, children with autism, and normally

- developing children. *Schizophrenia Research*, 42:145–155, 2000.
- POVINELLI, D.J., AND VONK, J. Chimpanzee minds: Suspiciously human? *Trends in Cognitive Sciences*, 7:157–160, 2003.
- PREMACK, D., AND WOODRUFF, G. Does the chimpanzee have a ‘theory of mind’? *Behavioral and Brain Sciences*, 4:515–526, 1978.
- RAVEN, J.C. *Guide to the Standard Progressive Matrices*. London, UK: Lewis, 1960.
- RICHELL, R.A., MITCHELL, D.G.V., NEWMAN, C., LEONARD, A., BARON-COHEN, S., AND BLAIR, R.J.R. Theory of mind and psychopathy: Can psychopathic individuals read the ‘language of the eyes’? *Neuropsychologia*, 41:523–526, 2003.
- RONCONE, R., FALLOON, R.H., MAZZA, M., DERISIO, A., POLLICE, R., NECOZIO, S., MOROSINI, P., AND CASACCHIA, M., Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social functioning than with neurocognitive deficits? *Psychopathology*, 35:280–288, 2002.
- ROWE, A.D., BULLOCK, P.R., POLKEY, C.E., AND MORRIS, R.G., ‘Theory of mind’ impairments and their relationship to executive functioning following frontal lobe excision. *Brain*, 124:600–616, 2001.
- RUSSELL, T., AND SHARMA, T., Social cognition at the neural level: Investigations in autism, psychopathy and schizophrenia. In: Brune, M., Ribbert, H., and Schiefelholz, W., eds. *The Social Brain. Evolution and Pathology*. Chichester, U.K.: Wiley and Sons, 2003. pp. 253–276.
- RUSSELL, T.A., RUBIA, K., BULLMORE, E.T., SONI, W., SUCKLING, J., BRAMMER, M.J., SIMMONS, A., WILLIAMS, S.C., AND SHARMA, T., Exploring the social brain in schizophrenia: Left prefrontal underactivation during mental state attribution. *American Journal of Psychiatry*, 157:2040–2042, 2000.
- SABBAGH, M.A., AND TAYLOR, M., Neural correlates of theory-of-mind reasoning: An event-related potential study. *Psychological Science*, 11:46–50, 2000.
- SARFATI, Y., Deficit of the theory-of-mind in schizophrenia: Clinical concept and review of experimental arguments. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45:363–368, 2000.
- SARFATI, Y., AND HARDY-BAYLE, M.C., How do people with schizophrenia explain the behaviour of others? A study of theory of mind and its relationship to thought and speech disorganisation in schizophrenia. *Psycho-*

logical Medicine, 29:613–620, 1999.

- SARFATI, Y., HARDY-BAYLE', M.C., BESCHE, C., AND WIDLOCHER, D., Attribution of intentions to others in people with schizophrenia: A non-verbal exploration with comic strip. *Schizophrenia Research*, 25:199–209, 1997a.
- SARFATI, Y., HARDY-BAYLE', M.C., BRUNET, E., AND WIDLOCHER, D., Investigating theory of mind in schizophrenia: Influence of verbalization in disorganized and non-disorganized patients. *Schizophrenia Research*, 37:183–190, 1999.
- SARFATI, Y., HARDY-BAYLE', M.C., NADEL, J., CHEVALIER, J.F., AND WIDLOCHER, D., Attribution of mental states to others in schizophrenic patients. *Cognitive Neuropsychiatry*, 2:1–17, 1997b.
- SARFATI, Y., PASSERIEUX, C., AND HARDY-BAYLE', M., Can verbalization remedy the theory of mind deficit in schizophrenia? *Psychopathology*, 33:246–251, 2000.
- SCHMITT, A., AND GRAMMER, K., Social intelligence and success: Don't be too clever in order to be smart. In: Whiten, A., and Byrne, R.W., eds. *Machiavellian Intelligence II. Extensions and Evaluations*. Cambridge, MA: Cambridge University Press, 1997. pp. 86–111.
- SCHOLL, B.J., AND LESLIE, A., Modularity, development and 'theory of mind.' *Mind and Language*, 14:131–153, 1999.
- SIEGAL, M., AND VARLEY, R., Neural systems involved in 'theory of mind.' *Nature Reviews. Neuroscience*, 3:463–471, 2002.
- SIMPSON, J., DONE, J., AND VALLE'E-TOURANGEAU, F., An unreasoned approach: A critique of research on reasoning and delusions. *Cognitive Neuropsychiatry*, 3:1–20, 1998.
- SNOWDEN, J.S., GIBBONS, Z.C., BLACKSHAW, A., DOUBLEDAY, E., THOMPSON, J., CRAUFURD, D., FOSTER, J., HAPPE', F., AND NEARY, D., Social cognition in frontotemporal dementia and Huntington's disease. *Neuropsychologia*, 41:688–701, 2003.
- SPENCE, S.A., BROOKS, D.J., HIRSCH, S.R., LIDDLE, P.F., MEEHAN, J., AND GRASBY, P.M., A PET study of voluntary movement in schizophrenic patients experiencing passivity phenomena (delusions of alien control). *Brain*, 120:1997–2011, 1997.
- SPERBER, D., AND WILSON, D., Relevance: *Communication and Cognition*. Ox-

- ford, UK: Blackwell, 1986.
- SPERBER, D., AND WILSON, D., Pragmatics, modularity and mindreading. *Mind and Language*, 17:3–23, 2002.
- STARKSTEIN, S., AND GARAU, L., Awareness and theory of mind in dementia. In: Brune, M., Ribbert, H., and Schiefenho" vel, W., eds. *The Social Brain. Evolution and Pathology*. Chichester, U.K.: Wiley and Sons, 2003. pp. 419–431.
- STROOP, J.R., Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18:643–662, 1935.
- STUSS, D.T., GALLUP, G.G. JR., AND ALEXANDER, M.P. , The frontal lobes are necessary for 'theory of mind.'. *Brain*, 124:279–286, 2001.
- SUDDENDORF, T., AND WHITEN, A., Mental evolution and development: Evidence for secondary representation in children, great apes, and other animals. *Psychological Bulletin*, 127:629–650, 2001.
- SULLIVAN, R.J., AND ALLEN, J.S., Social deficits associated with schizophrenia in terms of interpersonal Machiavellianism. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99:148–154, 1999.
- TE'NYI, T., HEROLD, R., SZILI, M., AND TRIKLER, M., Schizophrenics show a failure in the decoding of violations of conversational implicatures. *Psychopathology*, 35:25–27, 2002.
- TOMASELLO, M., CALL, J., AND HARE, B., Chimpanzees understand psychological states - the question is which ones and to what extent. *Trends in Cognitive Sciences*, 7:153–156, 2003.
- TROGNON, A., L'approche pragmatique en psychopathologie cognitive. *Psychologie Francaise*, 37:191–202, 1992.
- TROGNON, A., AND KOSTULSKI, K., Elements d'une theorie sociocognitive de l'interaction conversationnelle. *Psychologie Francaise*, 44:307–318, 1999.
- UMILTÀ, M.A., KOHLER, E., GALLESE, V., FOGASSI, L., FADIGA, L., KEYSERS, C., AND RIZZOLATTI, G., I know what you are doing: A neurophysiological study. *Neuron*, 31:155–165, 2001.
- VAN DER GAAG, M., KERN, R.S., VAN DEN BOSCH, R.J., AND LIBERMAN, R.P., A controlled trial of cognitive remediation in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28(1):167–176, 2002.
- WALSTON, F., BLENNERHASSETT, R.C., AND CHARLTON, B.G., "Theory of

- mind,” persecutory delusions and the somatic marker mechanism. *Cognitive Neuropsychiatry*, 5:161–174, 2000.
- WECHSLER, D., *Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised*. London, UK: Psychological Corporation, 1955/1982.
- WECHSLER, D., *Wechsler Adult Memory Scale-Revised*. New York, NY: Psychological Corporation, 1987.
- WHITEN, A., Social complexity and social intelligence. *Novartis Foundation Symposium*, 233:185–196, 2000.
- WIMMER, H., AND PERNER, J., Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children’s understanding of deception. *Cognition*, 13:103–128, 1983.
- WING, J.K., COOPER, J.E., AND SARTORIUS, N., *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. Cambridge:Cambridge University Press, 1974.
- WYKES, T., HAMID, S., AND WAGSTAFF, K., Theory of mind and executive functions in the non-psychotic siblings of patients with schizophrenia. [Abstract]. *Schizophrenia Research*, 49(Suppl 1):148, 2001.

L'INDIVIDUAZIONE DI COSTRUTTI COGNITIVI SOVRAORDINATI ATTRAVERSO L'ANALISI STANDARDIZZATA DEGLI ABC

*Iacopo Camozzo Caneve**, *Susanna Lissandron**, *Giovanni Maria Ruggiero**,
*Gabriella Piccione**, *Sandra Sassaroli**

Riassunto

Gli ABC, oltre a costituire un utile strumento clinico utilizzato in psicoterapia cognitiva, si sono dimostrati efficaci nel descrivere i costrutti cognitivi prevalenti presenti in un particolare paziente (Lissandron et al, 2005). Il presente lavoro rappresenta un'ulteriore fase di validazione e di sviluppo del metodo proposto; scopo dello studio è stato quello di individuare delle *categorie cognitive standard* capaci di rappresentare ad un livello di generalità maggiore gli specifici costrutti cognitivi presenti negli ABC. 4 diversi esaminatori (clinici cognitivisti) hanno lavorato su 312 ABC estraendo da essi una lista di 43 categorie cognitive standard espresse sotto forma di convinzioni. 34 valutatori indipendenti hanno valutato su una scala Lickert 0-5 (punteggio medio 3.9) l'affidabilità delle categorie emerse nel descrivere il contenuto cognitivo degli ABC. Le categorie individuate hanno inoltre mostrato una specifica distribuzione nei 4 soggetti, rispecchiando, a livello clinico, i disturbi presentati. La lista di categorie cognitive standard si è dunque dimostrata uno strumento valido nell'analisi degli ABC.

Parole chiave: ABC, costrutti cognitivi, valutazione, terapia cognitiva.

Summary

ABCs are an useful clinical tool in cognitive psychotherapy; they have also been demonstrated to be able to reliably assess the prevalence of cognitive

* Studi Cognitivi, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale

constructs from ABC data in a specific patient (Lissandron et al, 2005). The present study represents a further step of development of the method; aim of the research is to individuate *standard cognitive categories* able to describe at a more general level the specific cognitive constructs in the ABCs. 4 raters (cognitive therapists) worked out a list of 43 standard cognitive categories, expressed as beliefs, from 312 ABCs. 34 independent raters assessed on a 5 point scale (average: 3.9) the reliability of the of the *standard categories* to describe the cognitive constructs implicit in the ABCs. Standard categories showed a distribution in the four subjects relative to the specific disorder. The list of standard ABC categories was able to reliably reflect and sums up the content of ABCs.

Key words: ABC, cognitive constructs, assessment, cognitive psychotherapy.

1. Introduzione

Molta dell'attuale ricerca in psicoterapia cognitiva muove verso l'obiettivo di identificare la struttura cognitiva alla base dei vari disturbi psicopatologici. Diverse forme di questionari sono state costruite per questo scopo, con tutti i limiti che tale strumento porta inevitabilmente con sé (Segal, 1988; Hammen, 1993). Tra questi si trovano lo *Schema Questionnaire* (SQ) per valutare gli "schemi maladattivi precoci" (Young, 1990; Schmidt et al., 1995) e, riferendosi esplicitamente allo specifico campo dei disturbi di personalità, Beck e collaboratori (1990) hanno riportato un elenco dei "Contenuti degli Schemi dei Disturbi di Personalità" nel quale sono indicate le credenze tipiche relative a ciascun disturbo, così come descritto nel DSM dall'American Psychiatric Association.

Oltre ai questionari, l'altra grande area di ricerca degli ultimi anni è stata l'analisi delle trascrizioni terapeutiche, utilizzata all'interno e all'esterno del paradigma cognitivista per la valutazione di diversi aspetti del funzionamento psichico. Due aree di ricerca in questo campo sono diventate punti di riferimento fondamentali nella ricerca in psicoterapia: il C.C.R.T. (Core Conflictual Relational Theme) di Luborsky (1990) e gli studi fatti a parti-

re dall'originaria idea del Therapeutic Cycle Model di Mergenthaler (1996, 2000). Oggetto del primo strumento d'analisi sono gli stili relazionali del paziente, mentre gli studi di Mergenthaler analizzano i diversi pattern di Emozione/Astrazione nel discorso del paziente considerandoli come indicatori del processo terapeutico. Se l'analisi delle trascrizioni terapeutiche ha mostrato degli innegabili vantaggi in questi campi, sembra essere ancora uno strumento con una grana troppo poco fine per poter individuare gli specifici costrutti, intesi nei termini di credenze esplicite, mostrati da un soggetto.

L'ABC (Ellis, 1962) è uno strumento utilizzato in psicoterapia cognitiva per aiutare il paziente ad identificare le proprie credenze disfunzionali suddividendo gli episodi problematici in "A" (antecedents): gli eventi -trigger- che causano la sequenza cognitiva-emotiva; "B" (believes): le interpretazioni cognitive che il soggetto fa degli antecedenti situazionali; "C" (consequences): le conseguenze emotive e/o comportamentali. In un ottica costruttivista tali credenze (B), espresse nella forma di pensieri verbali espliciti, sono alla base della psicopatologia e sono identificate con il termine di *costrutti cognitivi*. L'analisi di tali credenze, dunque, rappresenta per una psicoterapia cognitiva il primo obiettivo terapeutico, così che, successivamente, queste possano essere messe in discussione. In figura 1 si può vedere un esempio di ABC.

Figura 1

A	B	C
<i>Vado via in moto col mio ragazzo per fare una gita</i>	<i>La moto può sbandare, da una laterale potrebbe uscire una macchina e potremmo scontrarci</i>	<i>Paura, rigidità agli arti inferiori, respiro un po' difficoltoso</i>

Come fa notare Perris (1998), nonostante l'importanza attribuita dalla teoria cognitiva all'esplorazione degli schemi centrali dei pazienti, non vi sono ricerche per una loro valutazione sistematica. In particolare, anche gli ABC sono stati poco usati in nel campo della ricerca in psicoterapia; uno studio

(Neimayer et al. 2001) ha mostrato una buona convergenza tra l'analisi del "laddering" e i temi esistenziali ritenuti centrali dagli stessi soggetti. Il *metodo di analisi standardizzato degli ABC* sviluppato precedentemente (Lissandron et al, 2005) ha invece permesso di individuare un primo livello di *categorie su misura* (espressione dei costrutti cognitivi presenti) negli ABC analizzati provenienti da una singola psicoterapia.

Scopo del presente lavoro è di verificare se sia possibile un'ulteriore fase di analisi degli ABC che porti all'individuazione di un livello cognitivo sovraordinato di credenze (*categorie cognitive standard*). Il termine "sovraordinato", in questo contesto, si riferisce unicamente a un livello di astrattezza maggiore dello stesso costrutto, e non alla relazione di sovraordinazione all'interno di una gerarchia di costrutti come formulato nella teoria costruttivista kellyana (Kelly, 1955).

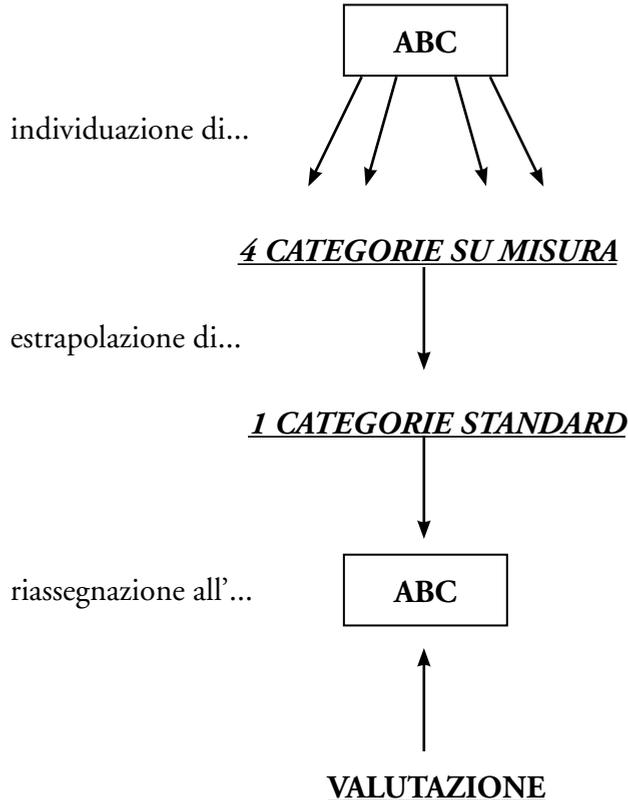
L'ipotesi è che le categorie cognitive standard così create dovrebbero essere efficaci nel descrivere il contenuto informativo espresso nei B degli ABC e dovrebbero distribuirsi nei diversi soggetti rispecchiando la psicopatologia presentata.

2. Metodo e campione

Nel corso di una psicoterapia cognitiva che faccia uso del metodo degli ABC vengono prodotti numerosi di questi scritti. Il primi ABC sono compilati in seduta da psicoterapeuta e paziente, mentre quando il paziente si sarà sufficientemente esercitato con il metodo verranno compilati direttamente a casa come *homework* e successivamente discussi in seduta. Gli ABC compilati a casa dal paziente possono spesso essere incompleti o strutturati come vere e proprie narrazioni, ma ancor più spesso sono costituiti da un insieme di diversi pensieri espressi nel linguaggio comune e alterati nella loro forma linguistica dalle particolari "scelte stilistiche" di chi compila l'ABC. Per giungere alla creazione di categorie cognitive più generali è stato dunque necessario procedere attraverso fasi successive di elaborazione; come già nel precedente lavoro, non essendo presenti studi nello stesso campo, ci si è ispirati alla procedura utilizzata da Luborsky (1990) per ottenere una traccia da seguire nello sviluppo dell'analisi.

Il metodo elaborato, per ogni ABC analizzato, può essere graficamente riassunto come in figura 2.

Figura 2



Sono stati analizzati 312 ABC provenienti dalle psicoterapie di quattro pazienti del Centro Studi Cognitivi. Le diagnosi presentate (diagnosi fatte dai clinici curanti secondo DSM-IV) erano le seguenti:

- sogg.1 **Tito:** Disturbo d'ansia generalizzato; Disturbo di personalità NAS (prevalenza tratti narcisistici)

- sogg.2 **Elio**: Disturbo d'ansia generalizzato; Disturbo di personalità NAS
(prevalenza tratti paranoici)
- sogg.3 **Leopoldo**: Disturbo d'ansia generalizzato; Distimia
- sogg.4 **Dario**: Disturbo d'ansia generalizzato

I quattro pazienti di cui sono stati analizzati gli ABC erano in terapia con due dei quattro esaminatori, mentre erano sconosciuti agli altri due. Tale scelta è stata possibile perché già nel precedente lavoro (Lissandron et al, 2005) non sono emerse differenze significative nei costrutti individuati da esaminatori a conoscenza della storia del paziente rispetto a quelli individuati da esaminatori che non conoscono il caso. Il grado di accordo circa le categorie individuate nei vari ABC si era infatti dimostrato buono nell'analisi di un caso singolo (nel 42% degli ABC vi era un "pieno accordo" tra gli esaminatori, nel 38% "parziale accordo" e nel 20% "aperto disaccordo"). Il buon accordo mostrato dai giudici, unito alla valutazione convergente di un esaminatore esterno, è stato considerato un buon indice dell'effettiva presenza dei costrutti individuati nel materiale analizzato (Luborsky, 1990).

3. Individuazione categorie su misura

La prima fase del lavoro ha utilizzato il metodo elaborato precedentemente (Lissandron et al, 2005) per l'individuazione di un primo livello di *categorie su misura*. Dopo aver individuato delle *unità narrative* che si riferissero esplicitamente a *credenze, desideri o scopi* del soggetto, in tali segmenti di testo ciascun esaminatore ha individuato un primo livello cognitivo. Quando il contenuto cognitivo dell'ABC era espresso esplicitamente nel B, l'attribuzione consisteva nell'assegnazione di un'etichetta linguistica che indicasse in modo sintetico tale contenuto. Quando il contenuto cognitivo non era invece chiaramente espresso, l'esaminatore poteva individuarlo se implicitamente presente in quanto scritto nell'ABC. In questo modo i quattro esaminatori hanno individuato, per ciascun ABC, una o più *categorie cognitive su misura* che esprimessero il contenuto informativo dell'ABC in modo sintetico ma esaustivo.

4. Creazione lista categorie standard

Ciascuno dei 312 ABC ha quindi ricevuto l'attribuzione di 4 *categorie su misura*, una da ogni esaminatore. I quattro esaminatori hanno dunque proceduto nel lavoro operando in due coppie indipendenti, analizzando per ciascun ABC le categorie su misura elaborate dall'altra coppia. Gli ABC sono stati trascritti all'interno di griglie costruite come in figura 3.

Figura 3

ABC reale	<i>Categoria "su misura" del primo valutatore</i>	<i>Categoria "su misura" del secondo valutatore</i>	<i>Creazione di una categoria "su misura standard"</i>
...	Pensiero catastrofico	Timore di danno fisico se/altri	Pensiero catastrofico

Ogni coppia di valutatori ha lavorato indipendentemente sulle categorie su misura estratte dagli altri due valutatori operando l'assegnazione di una o più "*categoria su misura standard*" attraverso una discussione clinica. Tali categorie dovevano riassumere il contenuto cognitivo delle due categorie su misura ad un livello di generalità maggiore, escludendo quindi gli elementi informativi contingenti ancora presenti dalla prima fase di elaborazione sull'ABC iniziale. Si è così giunti alla creazione di due liste di categorie *su misura standard*, una per ogni coppia di valutatori.

La creazione di una lista definitiva di categorie cognitive è stata effettuata attraverso un confronto clinico. Si è giunti ad una terminologia comune quando le categorie erano perfettamente sovrapponibili per il contenuto cognitivo espresso, mentre si è fatto direttamente riferimento agli ABC in cui erano contenute per le categorie che avevano un contenuto simile ma non totalmente sovrapponibile, al fine di costruire una categoria maggiormente adatta. Attraverso questa elaborazione è stata costruita la lista definitiva di 43 "*categorie standard*". Per ciascuna di queste categorie, lavorando direttamente

sugli ABC da cui erano state elaborate, è stata elaborata una *definizione* attraverso una discussione clinica tra i quattro valutatori, cercando di salvaguardare l'equilibrio tra la necessità di individuare il contenuto cognitivo della credenza in modo sintetico e il bisogno di non perdere la ricchezza informativa degli ABC da cui erano tratte.

Le categorie emerse hanno mostrato chiaramente una loro suddivisione in tre *macrocategorie* per il loro riferirsi esplicitamente “al mondo” (6 categorie), “al sé” (20 categorie) o “agli altri” (17 categorie).

Una valutazione clinica ha permesso di identificare, all'interno di ciascuna di queste macrocategorie, delle ulteriori specificazioni che permettessero di raggruppare ulteriormente le categorie cognitive al loro interno.

Convinzioni sul mondo: 4 credenze erano costituite dalle credenze cognitive tipiche dei **disturbi d'ansia** (Sassaroli et al, 2002) una credenza tipica dei **disturbi depressivi**, una credenza relativa al **mondo percepito come “opprimente”**.

Convinzioni sul sé: “**Convinzioni sul sé di carattere generale**”; “**Autovalutazione di qualità specifiche interne del sé**”; “**Autovalutazioni di stati del sé dipendenti dagli altri**”; “**Bisogno degli altri**”; “**Convinzioni metacognitive**”.

Convinzioni sugli altri: “**Convinzioni sugli affetti altrui**”; “**Convinzioni sulle qualità altrui**”; “**Convinzioni sulle azioni altrui rispetto al soggetto**”.

Le *categorie standard* che si raggruppavano in queste macrocategorie avrebbero dovuto rappresentare gli specifici costrutti cognitivi contenuti nel B ad un livello di generalità maggiore, derivante dalle successive fasi di elaborazione cui è stato sottoposto il materiale. La lista di *categorie standard* è stata quindi utilizzata nella successiva fase di valutazione.

5. Valutazione accettabilità categorie standard

La fase di valutazione ha avuto lo scopo di valutare l'aderenza delle *categorie standard* elaborate rispetto al materiale ABC. Per valutare se le varie categorie fossero in grado di descrivere in modo efficace il contenuto informativo centrale dei vari ABC senza perdere la ricchezza informativa

degli ABC si è dunque proceduto lavorando direttamente sul materiale originale.

Sono stati utilizzati gli ABC (29) di uno dei quattro casi analizzati nelle fasi precedenti. In ciascuno degli ABC sono state attribuite le categorie standard elaborate a partire da quello stesso ABC alla componente B dell'ABC.

Sono così state create delle nuove griglie di valutazione (fig. 4):

Figura 4

A/B/C	Attribuzione categoria standard	Accettabilità dell'attribuzione (da 1 a 5)
<p>A. A lezione un professore parla dell'esame.</p> <p>B. Non mi sono impegnato finora e ne pagherò le conseguenze</p> <p>C. Mi deprimò e mi sento in colpa</p>	<p>Sé colpevole</p> <p>Previsioni negative</p>	

Le valutazioni sono state effettuate da 34 esaminatori indipendenti che non avevano partecipato alle fasi precedenti dello studio (studenti di una scuola di specializzazione in psicoterapia cognitiva).

Sulla base della lista di definizioni di tutte le categorie standard precedentemente elaborata, doveva essere assegnato un *punteggio di accettabilità* a ciascuna attribuzione di una categoria su una scala lickert 1-5 nella quale il punteggio "1" corrispondeva a "categorie che non hanno alcuna attinenza con quanto espresso nell'ABC", mentre il punteggio "5" corrispondeva ad "attribuzioni perfettamente accettabili", dunque a categorie il cui contenuto cognitivo era perfettamente sovrapponibile a quello dell'ABC.

I risultati di questa fase di valutazione sono presentati in figura 5.

Figura 5

N	Mean	Punteggio "1"	Punteggio "2"	Punteggio "3"	Punteggio "4"	Punteggio "5"
312	3.9113	5.94%	10.39%	16.33%	29.6%	37.72%

Il buon punteggio ricevuto mediamente dalle categorie (media: 3.9113; deviazione standard: 0.51921) sembra poter far considerare le *categorie standard* efficaci nel descrivere il contenuto cognitivo degli ABC. Tali categorie, dunque, pur ponendosi ad un livello di generalità maggiore rispetto a quanto espresso nel B dell'ABC, sono in grado di coglierne in modo sintetico ma esauriente il contenuto nei termini di previsioni, credenze e scopi.

Figura 6

SOGGETTO	DIAGNOSI	CATEGORIE PREVALENTI
Sogg.1	Disturbo d'ansia generalizzato; Disturbo di personalità NAS (prevalenza tratti narcisistici)	Pensiero catastrofico (22.8%); Sè oppresso(14.9%) :
Sogg.2	Disturbo d'ansia generalizzato; Disturbo di personalità NAS (prevalenza tratti paranoici)	Previsioni negative(17,2); Altri ingiusti (10,3%); Altri invaden- ti (13.8); Sé colpevole (10,3)
Sogg.3	Disturbo d'ansia generalizzato; Distimia	Pensiero catastrofico (17,1); Autovalutazione negativa (25,0%)
Sogg.4	Disturbo d'ansia generalizzato	Pensiero catastrofico (12.3%); Autovalutazione negati- va(15.1%); Sé debole (8.5%); Sé incompetente(11.3%)

6. L'ABC come indicatore di diversi profili cognitivi nei soggetti

Un ulteriore parametro per valutare non tanto l'efficacia, quanto l'utilità del metodo elaborato è stato quello di verificare, come considerazione clinica, se le categorie emerse per ciascun soggetto fossero in relazione alla patologia presentata. In un'ottica costruttivista i diversi disturbi dovrebbero infatti essere sostenuti e mantenuti da alcune credenze tipiche che ne rappresentano il nucleo psicopatologico. Sono quindi state calcolate le occorrenze, nei quattro casi, delle diverse categorie standard; in ciascuno dei quattro soggetti è stata trovata una netta prevalenza di una o due categorie. In figura 6 vengono riportate le categorie più frequenti per ogni soggetto e la diagnosi associata.

7. Conclusioni

Lo studio ha cercato di utilizzare gli ABC, strumento d'elezione nella terapia cognitiva standard, in un contesto di ricerca; lo scopo è stato quello di individuare nel materiale ABC i pensieri disfunzionali che in un'ottica cognitiva agiscono come elementi patogeni nell'insorgenza e nel mantenimento di un disturbo. La struttura stessa di un ABC, infatti, richiedendo al soggetto di focalizzare la propria attenzione sui pensieri che accompagnano un'esperienza emotiva disturbante e/o fonte di sofferenza psichica, delimita per sua stessa natura il materiale analizzabile a tali pensieri.

Il lavoro ha visto fasi successive di elaborazione, ciascuna delle quali costituita dal tentativo di evidenziare un livello superiore di astrazione nel contenuto cognitivo analizzato: dalle *categorie cognitive su misura* evidenziate in un primo momento sono state astratte delle *categorie su misura standard* per poter giungere, infine, a una lista di *categorie standard*. Tali categorie, costruite quindi direttamente a partire dal materiale ABC, sono state considerate affidabili nel descriverne il contenuto cognitivo in un'ulteriore fase di valutazione effettuata da 34 valutatori esterni. Le *categorie standard*, inoltre, si sono dimostrate capaci di discriminare, a livello clinico, differenti stili cognitivi; in soggetti diversi alcune di esse si sono infatti presentate con frequenze superiori ad altre, ponendosi quindi come centrali nel determinare la sofferenza del soggetto.

L'ABC è uno strumento clinico utilizzabile tanto in fase di assessment che di trattamento; attraverso il metodo qui elaborato potrebbe essere quindi interessante analizzare, per mezzo di misurazioni ripetute sullo stesso paziente, lo sviluppo di una psicoterapia nei termini del cambiamento delle credenze patogene in uno stesso soggetto in fasi successive del trattamento. Il metodo, infine, pur essendo stato sviluppato all'interno di uno specifico orientamento teorico ed essendo a questo fortemente connesso, sembra potersi porre come interessante strumento per un confronto trasversale tra diverse psicoterapie. In questa direzione in futuro sarà auspicabile l'integrazione e il paragone tra l'analisi standardizzata degli ABC e altri strumenti di ricerca come metodo per poter cogliere cambiamenti nel modo di leggere la realtà da parte del soggetto.

Bibliografia

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV ed.*, APA Press.
- BECK A.T., FREEMAN A., (1990) *Terapia cognitiva dei disturbi di personalità*, tr. It., Mediserve, Firenze, 1993
- ELLIS A., (1962), *Reason and Emotion in Psychotherapy*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 16 , pp. 319-324.
- HAMMEN C., (1993), *Cognition and psychodynamics: a modest proposal*, in «Clinical Psychology and Psychotherapy», 1, 15-20.
- KELLY G., (1955) *The Psychology of Personal Constructs*, Norton, New York
- LISSANDRON S. et al. (2005), *Uno studio preliminare degli schemi cognitivi dei pazienti attraverso l'analisi degli ABC*, in *Psicopatologia cognitiva*, 2, 93-103
- LUBORSKY L., CRITS-CHRISTOPH P. (a cura di) (1990), *Understanding Transference*, Basic Books, New York; trad. it. (1992), *Capire il Transfert*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- MERGENTHALER E. (1996), *Emotion/Abstraction Patterns in psychotherapy*, *International Journal of Psychology*, 31(3&4), 472
- MERGENTHALER E. (2000), *The Therapeutic Cycle Model in Psychotherapy Research: Theory, Measurement, and Clinical Application*. Ricerche sui

Gruppi, 5(10), 34-40.

- PERRIS C. et al. (1998), *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders: handbook of theory and practice*, Mc Gorry p.d. Editor.
- SASSAROLI S., RUGGIERO G.M. (2002), *I costrutti dell'ansia: obbligo di controllo, perfezionismo patologico, pensiero catastrofico, autovalutazione negativa e intolleranza dell'incertezza*, *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 8, 45-60.
- SCHMIDT N.B. et al. (1995), *The Schema Questionnaire investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas*, in «Cognitive therapy and research», 19, pp. 295-321.
- SEGAL Z. V. (1988), *Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression*, in «Psychological Bulletin», 103, pp.147-162.
- YOUNG J. (1990), *Cognitive therapy of personality disorders: a schema focused approach*, Practitioner's Resource Series, Sarasota, Fl.

STUDIO PRELIMINARE PER LA MESSA A PUNTO DI TRATTAMENTI INTENSIVI PRECOCI PER BAMBINI IN ETÀ 2-6 ANNI CON DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO: UNA SFIDA PER NUOVE INTEGRAZIONI TRA CLINICA E RICERCHE SULLO SVILUPPO

Rita Montoli, Daniela Biunno*, Annalisa Gernone, Cecilia Carezzi*, Pasquale Incoronato*, Monica Mondini, Federica Cortesi.**

Riassunto

Questo lavoro affronta il problema della diagnosi e dei trattamenti dei Disturbi dello Spettro Artistico (Autistic Spectrum Disorders) in età 2-6 anni all'interno di un quadro di riferimento teorico e clinico che pone la necessità di:

- mantenere una clinica di impostazione psicodinamica per la diagnosi e il trattamento in modo da garantire la possibilità di effettuare diagnosi differenziali rispetto a situazioni di blocco di sviluppo su base depressiva, traumatica, di deprivazione ambientale, distorsioni relazionali e disturbi di attaccamento, nei casi in cui la valutazione neuropsichiatria abbia escluso patologia organica associata;
- operare, oltre ad un inquadramento nosografico in base ai criteri fenomenologici del I.C.D 10 una diagnosi di sviluppo dei patterns evolutivi precoci in modo da sviluppare trattamenti intensivi precoci *developmentally oriented*.

Viene presentato il modello di Trattamento Intensivo Precoce che è stato sperimentato presso la Struttura Semplice per la diagnosi e la valutazione dei

* Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Cà Granda, Milano UONPIA
Struttura Semplice – Centro Semiresidenziale per i Disturbi di Sviluppo

DSA della UONPIA dell'Ospedale di Niguarda grazie ad un finanziamento della FONDAZIONE CARIPLO e la metodologia di valutazione dei trattamenti basata sul *single case* messa a punto per il progetto. Viene presentata la *fenomenologia dello sviluppo* attraverso valutazioni cliniche e testologiche di un caso per il quale siamo in possesso di tutte le valutazioni. La discussione dei risultati evidenzia la necessità di modelli di trattamento in cui i genitori stessi siano *coterapeuti*.

Parole chiave: Disturbi dello Spettro Autistico (DSA), trattamenti intensivi precoci, significatività clinica, significatività statistica, diagnosi nosografica, diagnosi di sviluppo.

Summary

This paper aims to describe a methodology of treatment and evaluation (early intervention program) for children aged 2-6 years with Autistic Spectrum Disorders. This research was run in a service (Struttura Semplice per la diagnosi e trattamento dei disturbi di sviluppo - UONPIA, Ospedale di Niguarda, Milano) with a grant of FONDAZIONE CARIPLO during 2002-2004.

The group of child-psychologists and teachers of special education involved in the project has been conducting research in the field of autism and psychosis from the 1980's and has greatly modified the approach to diagnosis and treatment. Importance is attached to integration between infant-research, cognitive-relational and psychodynamic approaches in order to ensure differential diagnoses in the area of early relational and emotional development.

For evaluation of treatments was used the methodology of single case: clinical and statistical reports of three years of treatment are fully reported for one case. The results show the necessity of more involvement of parents in the treatment program.

Key words: Autistic Spectrum Disorders, Early Intervention, Efficacy, Effectiveness, Diagnosis, Developmental Evaluation

1. Premessa

Presentiamo, in modo sintetico, i riferimenti clinici e teorici sui quali fondiamo una clinica che intende rinnovarsi non solo cercando integrazioni dalla ricerca sullo sviluppo ma soprattutto, attraverso la messa a punto di una metodologia di osservazione e valutazione dello sviluppo. Questo non solo permette di valutare la significatività clinica dei trattamenti ma, attraverso un atteggiamento e un metodo di ricerca, di mantenere attivi processi di cambiamento e soprattutto di riflessione in modo da evitare che la clinica si trasformi in una routine priva di capacità terapeutiche.

Ci rendiamo conto che diamo per conosciuta la letteratura sull'argomento degli ultimi 20 anni; questo potrebbe comportare un po' di fatica al lettore ma non sarebbe stato possibile superare i limiti di un articolo. Innumerevoli sono le pubblicazioni scientifiche e i trattati (vedi la bibliografia sintetica qui acclusa) i codici diagnostici D.S.M.IV, I.C.D.10, Zero to Three, le linee guida internazionali ed estere a cui necessariamente rimandiamo.

A questo scopo abbiamo dedicato l'introduzione; segue la presentazione del modello di trattamento progettato e i fondamenti teorici e tecnici. Viene poi presentata la metodologia clinico-statistica elaborata per descrivere la fenomenologia dello sviluppo e viene presentato in dettaglio un caso. Segue la discussione dei risultati e le conclusioni.

2. Introduzione

È una acquisizione ormai condivisa dalla comunità scientifica che l'autismo è un disturbo dello sviluppo mentale dovuto a fattori ancora ignoti di varia natura biologica che condizionano l'ontogenesi del Sistema Nervoso Centrale.

In ambito eziopatogenetico il modello che si sta lentamente mettendo insieme è quello di una patologia ad espressione multiforme, ad esordio nel periodo prenatale e postatale, che determina danni permanenti e specifici ai sistemi centrali deputati ai processi mentali superiori.

Per le modalità differenti di espressione dei deficit e della sintomatologia gli Autori, soprattutto inglesi, ora preferiscono parlare di Disturbi dello

Spettro Autistico (DSA) limitando l'approccio diagnostico ad interpretazione categoriale per un approccio diagnostico dimensionale in quanto il danno più lieve o più grave comporta sempre l'arresto evolutivo di un sistema critico in un momento critico di sviluppo. La mancata interconnessione tra le differenti funzioni crea fenomeni di disorganizzazione che, dopo i due-tre anni, comportano sempre più l'uscita dalla interazione-relazione, lo sviluppo di gravi ansietà difficilmente elaborabili (per l'assenza o il blocco del linguaggio), l'arresto dello sviluppo cognitivo, la produzione di sintomi negativi e problemi comportamentali.

L'impossibilità di processare l'informazione in modo coerente sembra essere la manifestazione del distacco tra sistemi di ricezione periferici e il sistema centrale deputato alla elaborazione semantica.

Tutti gli Autori concordano nel definire la storia naturale dell'autismo come un deficit iniziale della dotazione innata del bambino che via via innesca, a livello prima interattivo-comunicativo poi cognitivo-sociale ed affettivo, continui deragliamenti dalle normali linee evolutive con enorme sofferenza per quanti vi sono coinvolti.

Nonostante le ricerche in ambito biologico sviluppate su più fronti (Berthoz, 2005), genetico, metabolico, immunologico, neuroimmagini funzionali, ecc... e le ricerche attivate dallo studio dei *neuroni mirror* che si spingono ad indagare le basi biologiche dell'azione, al momento attuale non esiste un sistema concettuale teorico che integri aspetti patogenetici con il disturbo mentale nelle sue varie modalità di declinarsi. Sono necessari ulteriori avanzamenti perché ci possa essere una ricaduta nella clinica a livello sia di diagnosi che di trattamento.

Autismo o Autismi? la domanda ricorrente posta da Schreibman nei suoi lavori 2000-2005 intende aprire una riflessione sulla eterogeneità eziologica dei quadri di autismo e la grande variabilità degli esiti dei trattamenti evidenziata in letteratura (Diggle, 2005, INSERM 2004), questione tutt'ora senza risposta.

Lo spostamento culturale realizzato in questi ultimi 10 anni verso l'accettazione della eziologia biologica, così come la diffusione dell'uso dell'I.C.D.10 hanno condizionato un approccio globale al problema autismo caratterizzato marcatamente da un assoluto determinismo genetico: questo ha limitato investimenti di studio e di ricerca in grado di differenziare nella nebulosa autismo

(così abbiamo chiamato la casistica da noi vista di bambini in età 2-6 anni) i quadri di ritardo e/o blocco di sviluppo su base traumatica, emotivo-relazione, i disturbi di attaccamento, di regolazione, le depressioni del lattante, che possono presentare tratti autistici e manovre autistiche rispetto a quadri più caratterizzati in senso deficitario o da marcate regressioni di funzionamenti che possono presentare le medesime caratteristiche fenomenologiche.

Attualmente non esiste una tipizzazione semeiologica dei quadri di DSA precoce per cui il clinico non può stabilire a priori con sufficiente certezza quale è il trattamento di elezione per ogni bambino.

Anche la pratica clinica quotidiana ha forse risentito di questa deriva eccessivamente organicista non del tutto corretta come ha ben evidenziato il rapporto INSERM di J.C. Ameisen recentemente pubblicato in Francia.

Se in questa area occorrono competenze complesse, multidisciplinari per formulare diagnosi precoci tecnicamente corrette, occorre soprattutto fin da subito una presa in carico psicologica per sostenere i genitori nel percorso diagnostico di una patologia sentita spesso come un destino senza scampo. Spesso i genitori lamentano la mancanza di ascolto e di empatia e riferiscono spesso che la comunicazione del nome della malattia è fatta in modo crudo, frettoloso senza la possibilità di essere informati sui trattamenti che potrebbero, sulla base delle ricerche recenti, modificare il percorso evolutivo anche se non possono promettere guarigioni (S. Rogers).

Queste ulteriori ed inutili sofferenze danneggiano ulteriormente la sicurezza, la fiducia e la competenza di un genitore già provato da ansie e preoccupazioni con ulteriori rischi di scompensazione delle relazioni affettive e comunicative che sono il sostegno fondamentale per lo sviluppo nei momenti critici (Freiberg, 1980).

3. L' autismo: un posto nel cervello e... nella mente

Se Isabelle Rapin, famosa ricercatrice dell'Einstein College di New York ironicamente così si interroga di fronte alle ricerche che vorrebbero localizzare in una area specifica del cervello (amigdala, ippocampo, ipotalamo lobi parietali, ecc.) il deficit che è alla base dell'autismo, noi vorremmo che l'autismo trovasse, innanzitutto, un posto nella mente di noi clinici.

A partire dagli anni 90 il nostro gruppo di lavoro ha iniziato la revisione della clinica di impostazione psicoanalitico-psicoterapica (Marzani et al., 2005, Montoli, 1993, 1994) frutto di una approfondita formazione individuale e di gruppo nello studio dei processi di integrazione della mente e nel trattamento della psicosi. La revisione ha comportato lo studio e la ricerca di integrazioni con la *infant research*, le teorie sullo sviluppo, la messa a punto di metodiche per la valutazione oggettiva delle varie aree dello sviluppo, la valutazione del trattamento, come questo lavoro vuole mostrare, al fine di costruire diagnosi di sviluppo e della relazione che potessero metterci in grado di meglio pensare all'intervento, valutarne la efficacia clinica, utilizzando al meglio risorse ed energie del contesto.

In questa revisione siamo sempre rimasti fedeli alla formazione clinica ricevuta dai nostri grandi maestri che ci hanno insegnato ad avvicinarci al mondo del bambino con il supporto della relazione empatica e della osservazione. Oggi più che mai siamo convinti che è necessario, con questi strumenti, cercare di avvicinare la "Teoria della Mente" di ogni bambino autistico: solo così, come ci ha insegnato la dott. J. Corominas (comunicazione personale, 1982), se siamo capaci di contattare l'autismo che è dentro di noi e che è alla base di funzionamenti devitalizzati e devitalizzanti, potremo essere più efficaci sul piano terapeutico.

A questo livello fare diagnosi comporta ansie e difficoltà perché l'ignoto, l'inesplorato è molto di più di quello che pensiamo di sapere ma anche perché si entra in contatto con le aree del "non nato, non pensato, del terrore senza nome" come evidenzia l'ampia letteratura sui trattamenti psicoterapici (ci riferiamo sinteticamente alla letteratura psicoanalitica di autori come Meltzer, Tustin, Winnicott, Ogden, Bollas, ecc.) e come una di noi ha messo in evidenza in trattamenti psicoterapici di ricerca con soggetti gravemente autistici (R. Montoli, 1993, 1994).

In questa ottica di revisione clinica, i primi incontri con bambini piccoli con sospetto di autismo sono per noi un osservatorio importante per osservare come ognuno di essi usa la sua "Teoria della Mente" per capire dove è, che cosa succede, con quali strumenti comunica e a quale livello, come esprime le ansietà legate al contesto ecc... Ci preme innanzitutto che il bambino si renda conto che lì, forse, diversamente da altrove, c'è produzione e trasmissione di significati nuovi e condivisi. Per l'operatore è quindi importante sintonizzare

la sua “Teoria della Mente” su questi aspetti vitali perché ricchi di emozione e significato, non tanto ricercare che cosa c’è che non funziona... Questo si farà in tempi successivi.

Il momento della diagnosi e del trattamento diventa quindi una ricerca sul conoscere, attenti a non scendere in pratiche routinarie e ripetitive senza potenziale trasformativo.

Come è evidente usiamo il termine Teoria della Mente in modo iperinclusivo e non secondo l’uso dei ricercatori di questa area (Campioni, 1995). Intendiamo così un modello di mente che ha la consapevolezza e la capacità di rappresentare un’altra mente in cui i pensieri, le emozioni e i desideri dell’altro possono essere supposti dagli eventi esterni che possiamo osservare.

Siamo consapevoli che non esistono dati sperimentali per insegnare e promuovere lo sviluppo della Teoria della Mente laddove come nei soggetti autistici non evolve poiché alla base di ciò esistono funzionamenti basati su processi maturativi.

Riteniamo però che il trattamento per come è progettato e pensato a partire dal *setting* interno della mente degli operatori possa favorire un incontro tra capacità innate ed esperienze critiche specifiche per quel momento. In questo il nostro modo di progettare il trattamento è *developmentally oriented* e quindi deve sempre avere come sfondo la conoscenza dello sviluppo normale come riferimento di base. In questa area in cui manca per i motivi detti prima una teoria e tecnica del trattamento è gioco forza che il trattamento sia basato su una certa empiria, sulle conoscenze e competenze cliniche del gruppo e sugli apporti della letteratura. L’uso di un sistema di valutazione è una spinta a mantenere vivo lo spirito di ricerca nel gruppo ma soprattutto a fare sì che il trattamento sia sempre “un vestito su misura (Schreibman, 2000)”.

Crediamo che questo nostro approccio deve vedere sempre più partecipi i genitori come alleati e partecipi di un percorso di ricerca e di costruzione di conoscenza degli strumenti e delle modalità relazionali attraverso cui dare al bambino supporto emotivo ma anche gli input ambientali attraverso il gioco, la comunicazione appropriata al ricevente, le situazioni naturali di apprendimento necessari per lo sviluppo. Al tempo stesso i genitori possano tollerare e contenere il dolore e la disorganizzazione psichica legati ai vissuti di lontananza emotiva, di perdita del bambino, di incomunicabilità. Aprendo così spazi di riparazione e di nuova crescita.

Ampie possibilità “euristiche” e di applicazione nella clinica, soprattutto per il lavoro con i genitori ha la *infant research* che si occupa della regolazione degli stati emotivi (Cicchetti et al., 1991) come fattore attraverso cui l'*arousal* emotivo è rediretto, modulato e modificato per l'adattamento all'ambiente, per differenti livelli di autoregolazione e regolazione reciproca nella interazione sociale. Dalla osservazione clinica nostra sono evidenti frequenti stati di disorganizzazione emozionale di questi bambini con *arousal* troppo alto o troppo basso (Escalona, 1969). Ma già in anni passati gli studi e le osservazioni sullo sviluppo nel primo e secondo anno, le osservazioni cliniche in contesto psicoterapico avevano messo in evidenza il funzionamento ciclico naturale di momenti di ritiro del neonato dalla interazione-relazione che, come si sa, comporta un alto grado di dispendio energetico. Ma perché in certe condizioni, e per quale gioco di fattori biologici e interattivi questo ciclo si spezza, aumentano i momenti di isolamento e distacco dalla relazione con la madre-ambiente e il bambino si rifugia nel mondo delle esperienze sensoriali e perde ogni accesso alla simbolizzazione e alla metarappresentazione?

4. Il modello di trattamento e le basi teoriche e tecniche

La natura del disturbo coinvolge i complessi rapporti mente-cervello e non rende possibile il riferimento al modello sequenziale etiopatogenetico, comunemente adottato nelle discipline mediche: etiologia-anatomia patologica-patogenesi-sintomatologia (Rapin, 2004).

Il modello di trattamento da noi sviluppato, come dicevamo, ha una marcata componente empirica; le teorie e tecniche sottese fanno però fortemente riferimento ai modelli patogenetici maggiormente accreditati ed all'impianto organizzativo e di contenuto dei programmi di intervento su scala internazionale.

Le ipotesi interpretative che sembrano riscuotere i maggiori consensi, in questi ultimi anni, rientrano in quattro modelli principali: la Teoria della

Mente (Baron-Cohen et al., 2000), la Teoria della Coerenza Centrale (Frith et al., 1994; Happè et al., 1996), la Teoria Socio-Affettiva (Hobson, 1993; Dawson et al., 1998) infine la Teoria delle Funzioni Esecutive (Ozonoff, 1997, Pennington et al., 1996).

In letteratura, la teoria di Rogers e Pennington (1991, 1996, 1999) è la più utilizzata nella progettazione dei trattamenti; questa fonda la storia naturale dell'autismo sulla Psicologia dello Sviluppo secondo l'evoluzione del Sé di Stern (vedi *Il mondo interpersonale del bambino*, 1985). La teoria vede come nucleo essenziale dello sviluppo autistico un deficit innato nella capacità di imitazione che si complica successivamente con una difficoltà di armonizzare gli stati emotivi e quindi di giungere alla intersoggettività (mancanza della Teoria della Mente) con conseguente caduta nell'autismo.

Deficit profondi nel "sentire" le emozioni altrui e manifestazioni atipiche delle proprie emozioni renderebbero, inoltre, difficile, per i genitori, ricambiare gli stati affettivi del figlio, così da inficiare nel bambino il raggiungimento dello stadio di coordinazione e comunicazione emozionale.

Nei trattamenti intensivi l'obiettivo di cura è riportare il più precocemente possibile, già nel secondo anno di vita, i bambini nel legame sociale attraverso "programmi educativi intensivi" che mirano ad attivare situazioni naturali di apprendimento in aree critiche quali l'imitazione, l'espressione e iriconoscimento delle emozioni, l'interazione, la comunicazione e l'area sociale e simbolica come da noi descritto (Marzani e Montoli, 1999, 2000, 2001). Tali interventi, inoltre, devono essere rimodellati continuamente per adattarsi alle caratteristiche di sviluppo del bambino e al quadro sintomatologico che muta nel tempo. Primi studi sugli esiti di questi trattamenti evidenziano la possibilità di evoluzioni notevolmente migliori per quei bambini con disturbi dello sviluppo che vi prendono parte prima dei tre

anni d'età. Da un confronto comparativo di alcuni programmi orientati allo sviluppo Dawson e Osterling (1997) hanno estrapolato sei elementi comuni che sembrano concorrere a determinarne l'efficacia: il contenuto del curriculum, l'ambiente fortemente supportante per l'apprendimento naturale, la routine e la prevedibilità, un approccio funzionale per la comprensione e la modificazione dei comportamenti disfunzionali, una forte integrazione con i programmi scolastici, il coinvolgimento dei genitori in ogni momento del processo, ma soprattutto nella valutazione periodica.

Il modello del nostro centro integra metodiche e approcci diversi, nel quadro dei programmi *developmentally oriented* attivi negli USA fin dagli anni '80, quali ad esempio il Denver Model, un programma di particolare interesse educativo, iniziato nel 1981 e continuamente arricchito dalla dott. Sally J. Rogers e dai suoi collaboratori.

Altri lavori esistenti in letteratura (Guralnik M.J., 1998) indicano come caratteristiche di base per garantire risultati positivi le seguenti caratteristiche:

- Il trattamento di almeno una ventina di ore settimanali nel caso in cui il bambino non sia inserito a scuola, si adatta al livello evolutivo di ogni bambino, definito durante il processo diagnostico e rivalutato periodicamente per programmare acquisizioni da raggiungere integrate nel processo di crescita. Il lavoro di rimodellamento costante permette un adattamento alle caratteristiche di sviluppo del bambino e alle modifiche del quadro sintomatologico.
- La presa in carico del bambino è estesa all'ambito familiare e scolastico e l'intervento viene fortemente condiviso da tutte le figure di riferimento per favorire un'adeguata comprensione del bambino nelle diverse situazioni di vita e definire un modello d'aiuto il più possibile coerente.
- Le attività psicoeducative vengono studiate sulla base delle ricerche sullo sviluppo e delle metodiche di apprendimento e di insegnamento strutturate e devono essere supervisionate. In particolare il nostro gruppo è stato stabilmente supervisionato da uno psicoterapeuta di formazione psicoanalitica, da uno psicologo-metodologo e da un pedagogo clinico.

Il modulo di trattamento intensivo da noi attuato negli anni 2002-2004 ha previsto un lavoro diretto sul bambino di 12 ore settimanali condotte da un'équipe psico-educativa stabile. Una tipica mattinata al centro è strutturata secondo un'organizzazione temporale prevedibile e una successione di momenti ed attività rivolti al singolo bambino, alla coppia o all'intero piccolo gruppo. Le attività psico-educative hanno diverse modalità di conduzione (spontanea, direttiva, non-direttiva); i focus trasversali sono l'attenzione, le comunicazioni spontanee dei bambini e le interazioni, l'apprendimento di routing, ecc... All'interno del modello una particolare attenzione è data allo

studio rigoroso ed al monitoraggio dell'attività di stimolazione delle competenze intersoggettive, per comprendere le modalità individuali di evoluzione di queste competenze che sono fattori trainanti dello sviluppo.

Sappiamo che lo sviluppo dell'intersoggettività ha un ruolo centrale fin dai primi mesi di vita e sembra essere, nel bambino con autismo, una delle principali abilità carenti e che probabilmente contribuisce alla caduta nelle altre aree della crescita. Durante il normale sviluppo della prima fase intersoggettiva, detta primaria (dalla nascita ai 7-9 mesi) vengono acquisiti i correlati comportamentali fondamentali per lo stabilirsi delle prime relazioni diadiche (l'orientamento, l'attivazione, l'attenzione, la capacità di alternanza dei turni). A partire dall'acquisizione di questi primi livelli è possibile accedere ad una seconda fase, intersoggettività secondaria, dove si costruiscono le "rappresentazioni triadiche", attraverso lo stabilizzarsi delle seguenti funzioni: attenzione congiunta, emozione congiunta, intenzione congiunta, scambio di turni, imitazione e gioco di finzione. Si accede così ad una "teoria della mente". Seguendo l'evoluzione naturale di tale competenza, dai suoi più elementari precursori, sono predisposti specifici interventi per ogni bambino.

L'Infant Observation (modificata e adattata al contesto) è stata da noi utilizzata, oltre alle normali videoregistrazioni, per favorire la comprensione dei comportamenti gravemente disorganizzati.

Nello sviluppo dei bambini con DSA si osservano alcune caratteristiche peculiari, come ad esempio un ritardo nell'affrontare le tappe evolutive della separazione-individuazione e dell'attaccamento, una difficoltà nell'organizzazione di meccanismi mentali contro l'angoscia a causa dell'assenza di linguaggio interno ed esterno ("Dove vai?", "Dov'è?", "Non c'è più"), e una conseguente scarica somatica dell'ansietà.

Nella nostra pratica clinica ci siamo spesso trovati di fronte a disorganizzazioni comportamentali e a stati di stress emotivo di difficile comprensione; in particolare, queste situazioni sembravano essere associate alla separazione del bambino dalla madre e all'imprevedibilità del contesto ambientale (presenza di oggetti nuovi e assenza di oggetti familiari). È stato predisposto per ciascun bambino un'osservazione settimanale di 45 minuti condotta da un operatore, focalizzata sul momento dell'*accoglienza* e sulle manifestazioni comportamentali presenti nel periodo di tempo successivo alla separazione dal genitore. Le osservazioni discusse periodicamente in équipe con la super-

visione di una psicoterapeuta con formazione nella I. O. hanno migliorato la sintonizzazione emotiva con il bambino e la capacità degli educatori di contenere la disorganizzazione emotivo-cognitiva.

In tutti i casi studiati abbiamo riscontrato una progressione naturale: inizialmente i bambini presentano una disorganizzazione del comportamento accompagnata da un'alterazione dell'umore, questi stati caotici comportano una grave compromissione nelle abilità relazionali e ostacolano la partecipazione alle attività. Il lavoro compiuto ha permesso agli operatori di comprendere e contattare gli stati caotici del bambino, tollerando maggiormente i vissuti di impotenza che ne derivano.

Accanto ad un lavoro diretto sul bambino il progetto ha previsto un intervento specifico con la famiglia e la scuola. Il lavoro con i genitori, dopo una prima fase di raccolta della storia del bambino nei suoi vari aspetti, si articola in una fase di osservazione dell'interazione madre/genitori/bambino, a cui seguono periodici colloqui.

In generale si cerca di favorire nei genitori:

- l'attenzione al funzionamento mentale del bambino, la capacità di osservare il comportamento e di attribuire a questo significati psicologici,
- la capacità di mantenere un contatto con le proprie fantasie, emozioni, aspettative sulla crescita insieme con l'elaborazione dei sentimenti dolorosi,
- il rafforzamento dei legami affettivi all'interno delle relazioni familiari,
- l'analisi degli eventuali comportamenti problema e indicazioni pedagogiche.

5. Aspetti metodologici

La sperimentazione dei Trattamenti Intensivi Precoci (età 2-6 anni) nell'ambito dei Disturbi Generalizzati dello Sviluppo, ha posto l'équipe del Centro di fronte alla necessità di valutare l'efficacia di tali trattamenti, problema oggi non più differibile nell'ambito delle psicoterapie anche se di differente orientamento. Si è scelto quindi, in questa prima fase, di dotarsi di metodologie osservative, valutative e cliniche per descrivere la *fenomenologia dello*

sviluppo di soggetti in età evolutiva (2-6 anni), con diagnosi neuropsichiatria di Disturbo Generalizzato dello Sviluppo. Questo obiettivo è parso preliminare per una migliore definizione dei progetti di trattamento e inoltre avrebbe portato luce sulla complessità dei casi visti in ambulatorio (casistica di circa 40 casi).

È seguita una approfondita riflessione su quale “ricerca” è possibile all’interno dei Servizi ma anche necessaria perché la pratica clinica non scada in routine.

Il metodo di raccolta ed elaborazione dei dati non può prescindere da un’attenta analisi del contesto all’interno del quale si pone il progetto stesso. I vincoli presenti all’interno di un servizio ad impostazione prioritariamente clinica hanno portato l’équipe a collocare tale studio nell’ambito di quella che può essere considerata la *ricerca povera*; in altre parole l’intenzione non è tanto applicare un disegno sperimentale specifico ma definire un *metodo* di rilevazione e di analisi di dati, il più possibile oggettivo, da affiancare al lavoro clinico degli operatori. In questi termini, la *ricerca* effettuabile all’interno dei servizi si differenzia dal concetto di ricerca comunemente inteso all’interno del mondo accademico-scientifico. Nello schema seguente abbiamo evidenziato le principali differenze, in termini di metodo e finalità, fra i due diversi ambiti di ricerca.

AMBITO ACCADEMICO SCIENTIFICO	↔	AMBITO CLINICO (RICERCA POVERA)
RIGORE METODOLOGICO	↔	METODOLOGIA “AD HOC”
MICRO-ANALISI	↔	MACRO OSSERVAZIONE
SIGNIFICATIVITÀ STATISTICA	↔	SIGNIFICATIVITÀ CLINICA
PROGRESSO SCIENTIFICO	↔	DEFINIRE PRATICA CLINICA

Nello specifico, l’impostazione del metodo ha posto l’équipe di fronte a due grosse problematiche (oltre alla necessità di far fronte a difficoltà di

tipo pratico, quali l'assenza di finanziamenti, di personale specializzato e di strumenti specifici):

- 1 la definizione dell'oggetto di studio,
- 2 la messa a punto del metodo di studio che, senza ostacolare il lavoro quotidiano degli operatori, rendesse il più oggettiva e rigorosa possibile la raccolta e l'analisi degli indicatori dello sviluppo dei bambini in trattamento.

6. La definizione dell'oggetto di studio

In un primo momento l'équipe si è orientata alla ricerca di un metodo di verifica dell'efficacia dei trattamenti intensivi precoci. Tuttavia, anche attivando una raccolta rigorosa di indicatori oggettivi dello sviluppo del bambino e della trasformazione del quadro clinico attraverso l'applicazione di specifici strumenti osservativo-valutativi nelle diverse fasi del trattamento, non è possibile stabilire con precisione se e quanto eventuali cambiamenti siano da imputarsi alla stimolazione terapeutica piuttosto che, ipotesi a nostro avviso più plausibile, all'interazione di molteplici fattori intra ed inter-personali (*maturazione organica e ambiente* – famiglia, scuola, contesti terapeutici, altri contesti di vita quotidiana). Il quesito fondamentale che ci si è posti è dunque se effettivamente è possibile comprendere quali fattori determinano la crescita di un bambino scoprendo in che *modo*, in quel *momento* e per quell'*individuo*, tutte le determinanti interagiscono.

In questa sede accenniamo brevemente a due fondamentali problemi, tuttora aperti, che ci si è trovati ad affrontare:

- l'impossibilità di evidenziare la componente di sviluppo intrinseca all'individuo (curve di crescita bio-psicologica, i "periodi critici" nelle specifiche aree evolutive, ecc...),
- la definizione di un modello esplicativo dei processi evolutivi: dal modello *empirico* al modello *teoretico* dello sviluppo.

Le caratteristiche fondamentali dei due modelli sono schematizzate nel seguente schema.

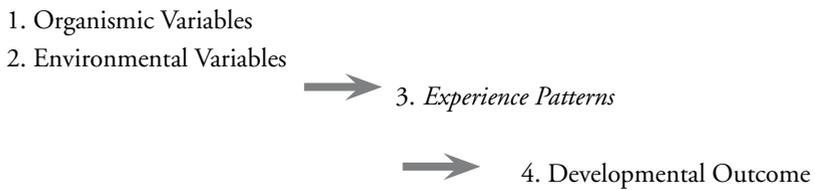
Confronto fra i due Modelli

(Sibylle K. Escalona)

Modello Empirico: sviluppo come espressione di una funzione lineare



Modello teoretico: sviluppo “*self-generated*”, decisivo il ruolo di mediazione della componente *esperienziale* precoce di ciascun individuo



7. La definizione del metodo di studio: il *single case*

Il *single case* è un disegno sperimentale particolare nel quale il soggetto è controllo di se stesso; l'eventuale cambiamento di alcune variabili nel corso di fasi alternate di trattamento e non-trattamento è infatti un importante indicatore dell'evoluzione del soggetto. I risultati ottenuti sono riferibili unicamente al soggetto sperimentale e non sono generalizzabili all'intera popolazione. La validità della sperimentazione su caso singolo è garantita dalla rigorosa procedura di raccolta e di analisi dei dati e dall'enorme contributo clinico fornito.

La scelta di utilizzare la metodologia del *single-case* è quindi strettamente legata alla “realtà” di un Centro impostato sulla diagnosi e sul trattamento dei disturbi dello sviluppo. Nello schema seguente sono riportate

le principali difficoltà metodologiche legate essenzialmente al particolare contesto di lavoro.

Principali problemi di ordine metodologico

- Ristretta possibilità di scelta del disegno sperimentale.
- Impossibilità di controllare-manipolare importanti variabili (ad esempio, “tempi e contesti” di trattamento).
- Campionamento “ad hoc”: il numero e le caratteristiche dei soggetti sono strettamente legate alla frequenza al centro.

Tuttavia tale metodo di lavoro soddisfa i bisogni “*clinici*” della ricerca (significatività clinica *versus* significatività statistica). Oltre a garantire la validità ecologica, permette di cogliere la peculiarità di ogni singolo quadro evolutivo, considerandone sia gli aspetti “oggettivi/misurabili” (età di sviluppo globali e specifiche per le varie aree e gravità della sintomatologia autistica) sia gli aspetti clinici (persistenza dell’oggetto assente e mantenimento del contatto affettivo con l’oggetto assente; elaborazione delle ansietà di separazione; precursori dello sviluppo della Teoria della Mente).

Perché scegliere il *single case*

- Focus sul processo di cambiamento del comportamento;
- Legame fra “intervento” e “cambiamento quantificabile” del quadro evolutivo;
- Facile replicabilità del metodo;
- Metodo flessibile ed adattabile all’individuo e al tipo di intervento da studiare;
- Integrazione di variabili “difficili” (storia dell’individuo, dati clinici, tempi di maturazione)

Per tutte queste considerazioni la nostra scelta si è orientata verso la metodologia del *single case*.

8. Gruppo di soggetti

Nel corso del biennio 2002-2004, hanno partecipato al progetto di Trattamento Intensivo Precoce sei soggetti in età evolutiva con diagnosi neuropsichiatrica di Autismo Infantile, Disturbo Generalizzato dello Sviluppo.

Sono stati accolti i primi sei casi che hanno avuto una conferma diagnostica ambulatoriale di Disturbo Generalizzato dello Sviluppo e che potevano sostenere l'impegno, anche a livello organizzativo, richiesto per partecipare al progetto di trattamento intensivo precoce.

Tabella 1 - Dati principali relativi ai soggetti seguiti

CASI	ETÀ CRON. (IN MESI)	DIAGNOSI ¹ D'INGRESSO	DIAGNOSI DIFFERENZIALE	Q.I. ² ALLA DIAGNOSI	CARS ³	ETÀ RE-GRESSIONE ⁴	PATOLOGIA ORGANICA	ORE INT.
1	27	SOSPETTO PDD	F84.1	53	26	12 mesi	ASSENTE	610
2	36	AUTISMO INFANTILE	F84.0	44	40,5	13 mesi	ASSENTE	610
3	46	PDD	F84.0	40	44	15 mesi	N.V.	430
4	39	PDD	F84.0	41	41	14 mesi	ASSENTE	160
5	29	PDD	F84.0	45	34,5	8 mesi	N.V.	160
6	48	RITARDO MENTALE	RITARDO MENTALE	32	N.V.	NO	FENILCHETONURIA CELIACHIA	240

¹ Si fa riferimento alla diagnosi nosografia-descrittiva dei disturbi psichici secondo la classificazione dell'ICD 10

² Il Q.I. è stato inferito dall'Età di sviluppo evidenziata dal Profilo Psicoeducativo revisionato al momento della diagnosi (Età di Sviluppo/Età Cronologica *100).

³ Childhood Autism Rating; cut-off per la diagnosi di autismo lieve: punteggio = 30.

⁴ La regressione è stata inferita dal racconto dei genitori nel corso della raccolta anamnestica.

Tutti i genitori, debitamente informati, hanno acconsentito ad effettuare valutazioni ai fini diagnostici, a intraprendere il percorso terapeutico proposto e a utilizzare i dati ai fini di ricerca. Le famiglie dei bambini appartengono tutte al livello socio-economico medio. L'ingresso e la modalità di partecipazione ai trattamenti sono disomogenee in quanto rispondono al bisogno specifico del contesto (liste di attesa, ordine d'arrivo, disponibilità della famiglia, ecc...). I bambini hanno quindi partecipato a due o tre fasi di trattamento (T1, T2, T3), per due o tre mattine alla settimana (circa tre ore ciascuna).

Sulla base di questi dati è stata effettuata una stima approssimativa (non è stato possibile conteggiare le assenze) del numero di ore intervento diretto fornite a ciascun bambino (non è stato possibile considerare, in termini di ore, l'intervento indiretto con famiglia e scuola).

Nella Tabella 1 vengono riportati i dati principali relativi a ciascun bambino trattato.

9. Metodo di raccolta dei dati

Al fine di individuare indicatori oggettivi dello sviluppo e della eventuale modifica del quadro clinico, per ciascun soggetto si è proceduto nel seguente modo:

- 1 individuazione delle diverse fasi di intervento,
- 2 raccolta di dati quantitativi e qualitativi per ciascuna fase di intervento.

Fasi di intervento

In base alla specifica modalità di arrivo e frequenza del Trattamento Intensivo Precoce, per ciascun soggetto è stato possibile scomporre il biennio di intervento in specifiche fasi di trattamento e non trattamento. Dal momento che l'applicazione degli strumenti testologici è stata effettuata a fronte delle esigenze cliniche di ciascun bambino e che l'impostazione del metodo di raccolta dati è stata realizzata in itinere, è possibile trovare periodi misti di trattamento e non-trattamento (vacanze estive).

In generale, i periodi nei quali è stato composto il trattamento saranno indicativamente:

- Periodo diagnostico e di avvio del progetto di Trattamento Intensivo Precoce.
- Periodi misti: non è possibile, in base alle date di somministrazione dei test, differenziare la fase di trattamento dalla fase di non trattamento (vacanza).
- Periodi Trattamento: T1, T2, T3, ecc...
- Periodi di non Trattamento (vacanze estive): NT.
- Quando si descriverà il percorso del singolo caso, saranno specificate le fasi di intervento e la durata di ciascuna fase.

Strumenti e Fonti di raccolta dei dati

Per ciascun periodo di intervento e per ciascun bambino, sono stati evidenziati indicatori quantitativi e qualitativi dello sviluppo e dell'evoluzione del quadro psicopatologico.

Gli indicatori *quantitativi* fanno riferimento all'applicazione ripetuta dei seguenti strumenti testologici.

Strumenti Testologici

- PEP-R: età di sviluppo globale e specifica per ciascuna delle 7 aree evolutive indagate;
- CARS: punteggio relativo alla *gravità* di autismo (cut-off per autismo lieve = 30);

Per quanto riguarda, invece, la raccolta degli indicatori *qualitativi* si fa riferimento all'elaborazione dei referti e dei documenti presenti in cartella clinica, con particolare riferimento alle seguenti fonti.

Dati qualitativi

- Verbali dei colloqui anamnestici e clinici effettuati periodicamente con i genitori e con le principali figure di riferimento del bambino (parenti, insegnanti, etc.);
- Relazioni Cliniche;
- Osservazioni del comportamento in contesti semi-strutturati e strutturati, effettuate secondo la tecnica dell'Infant Observation Modificata;
- Verbali delle équipes multidisciplinari effettuate periodicamente al fine di monitorare il trattamento (neuropsichiatri infantili, psicologi, educatori, terapisti della riabilitazione, insegnanti, etc.).

Elaborazione dei dati

I dati *quantitativi* sono stati analizzati applicando alcuni interessanti metodi di elaborazione presenti in letteratura. Fewell e Sandall (1986) hanno individuato una formula che, partendo dal calcolo del rapporto di crescita *naturale* (in assenza di trattamento), è in grado di fornire un *valore predittivo* di sviluppo mentale del bambino, permettendoci di valutare l'efficacia del trattamento mediante il confronto diretto fra *livello previsto* e *livello raggiunto*.

Formula per l'analisi predittiva

(Fewell e Sandall, 1986)

Mesi raggiunti nell'area considerata / età cronologica = rapporto di crescita

Rapporto di crescita x età cronologica alla valutazione successiva = età di sviluppo prevista

Di Lalla e Rogers (1994) suggeriscono un'analisi dei punteggi della CARS fondata sull'individuazione di tre *cluster* (Compromissione Sociale - SI, Emozioni Negative - NE, Risposta Sensoriale Disturbata - DRS) che possono variare in relazione al tipo di intervento effettuato.

Di seguito riportiamo le principali variabili considerate per l'analisi *quantitativa* del caso.

Variabili quantitative: confronto nelle diverse fasi del trattamento

- Età di Sviluppo Globale e nelle singole Aree (PEP-R): confronto dei profili
- Quoziente Intellettivo Inferito (dall'età di Sviluppo al PEP-R)
- Rapporto di crescita (Analisi Predittive)
- Sintomatologia: punteggio CARS Totale e dei Cluster

I dati quantitativi sono stati integrati da una analisi *qualitativa* del quadro clinico che ha preso in considerazione l'intero sistema *bambino-famiglia*.

Il materiale raccolto mediante l'analisi delle cartelle cliniche (verbali dei colloqui e delle équipes, osservazioni scritte, relazioni diagnostiche, etc.) è stato organizzato ponendo in rilievo i seguenti aspetti. Sottolineiamo che tale lavoro, poiché implica una forte componente inferenziale, è stato condotto da operatori con specifica competenza clinica.

Analisi qualitativa: confronto nelle diverse fasi del trattamento

- Le rappresentazioni mentali del genitore rispetto allo sviluppo del bambino e agli aspetti patologici (parental attitude)
- Le competenze pedagogiche all'interno della famiglia (parental behaviour)
- L'interazione genitore-bambino: stile di attaccamento

Il bambino

- Sviluppo affettivo-emozionale (espressione delle ansietà di separazione e delle emozioni primarie)
- Organizzazione dell'assetto psichico (processi di integrazione-strutturazione del Sé; difese; etc.)
- Sviluppo relazionale (competenze intersoggettive primarie e secondarie): adulti e pari
- Sviluppo della comunicazione (verbale e non-verbale)
- Sviluppo delle condotte ludiche
- Comportamenti disfunzionali, atipici, disadattivi;

10. Un caso: descrizione delle modifiche nel corso del trattamento

Abbiamo scelto di presentare questa situazione in quanto L., giunto a noi con diagnosi neuropsichiatrica di Disturbo Pervasivo di Sviluppo, ha avuto uno sviluppo complessivo molto favorevole. La complessa sintomatologia presentata al momento della consultazione era conseguente ad un blocco di sviluppo in cui interagivano componenti di fragilità del bambino, una depressione precoce e una difficoltà relazionale-comunicativa del contesto. Il bambino all'età di due anni (ottobre 2001) viene inviato al Centro per una consultazione diagnostica in quanto vi è il sospetto di un Disturbo Generalizzato dello Sviluppo; è un parente medico che consiglia ai genitori di intraprendere un percorso specialistico.

L. è nato con gravidanza e parto nella norma e svezzamento senza difficoltà; ha una sorella maggiore (quattro anni) che non presenta alcun disturbo dello sviluppo.

I genitori non segnalano difficoltà particolari nel primo periodo della vita, ipotizzano una regressione dello sviluppo intorno all'anno di vita senza individuare eventi particolari associati; dai colloqui anamnestici si rileva dall'età di sei mesi, quando la madre riprende a lavorare, un accudimento multiplo del bambino; L., affidato prima a babysitter e poi inserito all'asilo nido, non esprime ansietà di separazione. Sono le insegnanti del nido a segnalare ai genitori la presenza di comportamenti particolari: L. sembra vivere in un mondo tutto suo, non cerca l'altro, non piange mai, talvolta ride da solo e il comportamento sembra *robotizzato*. Pur consigliati non intendono effettuare approfondimenti biologici.

Vignetta clinica

Affondato nel suo passeggino con cui sembra essere un tutt'uno, succhiotto in bocca, nessuna esplorazione di sguardo, non segue il discorso dei genitori, sembra che non sia in grado di cogliere alcun significato: sempre concentrato ossessivamente a fare andare le ruote della sua macchinina; sembra animarsi quando i genitori annunciano di andare fuori a giocare con la fontana, impassibile e assente se gli propongono di andare dai nonni e dai

cuginetti. Quando succhia il biberon noto una mobilitazione di sguardo e riesco a stabilire qualche contatto visivo. La consultazione va avanti con il bambino nel passeggino e la mamma che si interroga su quello che è successo al bambino lasciato molto presto a babysitters diverse: a questo punto L. sembra diventare più attento via via che la mamma racconta, mobilita di più lo sguardo e sembra usare le sue dita per indicare le varie babysitter cambiate prima di andare al nido seguendo l'ordine della elencazione della mamma.

In questo incontro colpisce come il bambino pur con limitate competenze espressive possa in qualche modo iniziare a condividere con la mamma alcuni significati rispetto alle sofferenze di precoci e ripetute separazioni per cui non era attrezzato.

Prima fase: Periodo di Avvio (Ottobre 01 – Marzo 02)

I genitori riferiscono in colloquio la propria preoccupazione rispetto all'isolamento del bambino e alla ripetizione ossessiva di comportamenti "strani".

Dalle prime osservazioni si riscontra scarso interesse all'interazione con l'altro, con scarso investimento affettivo-relazionale nei confronti della figura materna e dei familiari. Il contatto oculare è pressoché assente, così come i primi patterns di interazione (imitazione, condivisione dell'attenzione, dell'emozione e del gioco). Il bambino è disturbato da persone e situazioni nuove; tuttavia, non si riscontrano espressioni di angoscia. Non è presente l'utilizzo dell'indicativo (neanche a valenza richiestiva). Il linguaggio, caratterizzato da farfugli, non è supportato da forme di comunicazione gestuale. Vi sono dubbi rispetto alla comprensione del linguaggio. Sono assenti stereotipie motorie ma il gioco è ritualizzato con grande attenzione ai dettagli degli oggetti (ruote delle macchine); assenti il gioco imitativo e di finzione, predilige i giochi corporei.

Dalla consultazione emergono le prime riflessioni cliniche:

- Il bambino appare "bloccato": lo sguardo è fisso, non esplora il mondo esterno; non vi è sintonizzazione attenta/emotiva con mondo esterno; è più integrato e mobile quando succhia il biberon.
- Assente la segnalazione di ansietà e paure: intense angosce claustrofobiche.

- Si ipotizza la presenza di un nucleo psicopatologico legato ad ansietà di separazione non espresse e ad un attaccamento non ancora definito.
- Non acquisita la permanenza dell'oggetto assente: memoria ancora agganciata a schemi motori.

Il percorso dei genitori

La signora, già nelle prime sedute, parla della rabbia del bambino: “forse non mi guarda perché è arrabbiato”, “l’ho mollato due volte”; comincia a interrogarsi sulla valenza emozionale della separazione modificando concretamente la gestione del bambino (decide di occuparsi di lui in prima persona, evitando quindi il nido). La signora non è ancora pronta a riconoscere il dolore legato alle problematiche del bambino e si sente poco sostenuta dal marito che, invece, si “deprime” di più. I genitori “percepiscono” uno sviluppo “fluttuante” del bambino, con acquisizioni e mobilitazioni non sempre stabili; la madre osserva una “trasformazione” da quando non frequenta più il nido.

Il percorso del bambino

In questo periodo si osserva una certa mobilitazione del bambino, in particolare nel comportamento ludico. L. sembra passare da un’esplorazione parziale e stereotipata del funzionamento degli oggetti a una esplorazione più integrata dell’oggetto intero, legata ad aspetti assenza/presenza/movimento degli oggetti e a una ricerca “vitale” di giochi sociali, pur con poca sintonizzazione attentava con l’altro.

È sempre molto scarsa l’attivazione spontanea dei patterns interattivi di base, mentre aumenta la risposta alle sollecitazioni dell’altro. Compagno, inoltre, alcune parole “chiave”: ciao, mamma e papà. Ci sembra di poter riassumere così l’evoluzione clinica del bambino:

- Attaccamento figura materna più definito: in presenza della madre è più attivo nell’esplorazione dell’ambiente e torna da lei come “campo base” per ricaricarsi affettivamente.

- Prima espressione di ansietà di separazione attraverso il pianto e consolazione tramite oggetto transizionale.

Seconda fase: Periodo Misto T/NT (Marzo 02 – Gennaio 03)

In questo periodo il bambino viene inserito alla scuola materna ed emergono le prime ansietà di separazione, espresse con pianto difficilmente consolabile. Al fine di comprendere meglio gli stati emozionali di L. si decide di attivare un'Infant Observation modificata al momento del saluto e durante la prima attività del mattino.

Il percorso dei genitori

I colloqui con i genitori sono orientati alla comprensione delle emozioni sottostanti alle disorganizzazioni comportamentali del bambino, cercando di favorire il processo di mentalizzazione

(dando un “nome” alle esperienze interne del bambino). I genitori mostrano una maggiore sensibilità rispetto ai processi di sviluppo delle rappresentazioni mentali del bambino (permanenza dell'oggetto; costruzione dei passaggi dall'oggetto concreto ai diversi livelli di astrazione). Vi è un maggiore riconoscimento ed elaborazione del dolore per lo sviluppo atipico del bambino (sviluppo differente rispetto alla primogenita, accettazione del sostegno) e capacità di cogliere le evoluzioni ludiche e comunicative del bambino, attribuendogli una valenza simbolica.

La maggiore capacità dei genitori di comprendere le condotte del bambino e di porsi come “mediatori” e “facilitatori” delle interazioni con gli altri determina un aumento delle occasioni di vita sociale.

Il percorso del bambino

L. si trova in una fase di crescita particolarmente interessante caratterizzata da trasformazioni importanti in termini di sviluppo insieme ad un in-

cremento dell'espressione sintomatica, caratterizzata prevalentemente da forti disorganizzazioni emozionali (rabbia e angoscia nei momenti di "passaggio"), comportamenti di ritiro e costruzione difensiva di barriere che si osservano concretamente anche nel gioco con il materiale ludico.

L'evoluzione del comportamento ludico segnala l'accesso ad una prima rappresentazione della relazione (giochi di unione, collegamenti; giochi pre-simbolici ritualizzati). Aumenta l'intenzionalità comunicativa con utilizzo, non stabile, della comunicazione verbale e non verbale (compare l'indicativo); sembra migliorata anche la comprensione del linguaggio.

Da un punto di vista clinico ci sembra di poter descrivere questo importante passaggio evolutivo nel seguente modo: il bambino è più in contatto con i vissuti emotivi (paura, rabbia angoscia) legati alle esperienze di separazione ma, non avendo ancora accesso ai processi di mentalizzazione e linguaggio, tali vissuti emotivi si traducono in stati di confusione e assenza di *significato* che trovano come unica modalità di espressione la scarica comportamentale. L'attivazione dell'Infant Observation Modificata, ha permesso di cogliere l'emergere di primi tentativi di autoriparazione (non vi è ancora esperienza di significato condiviso con l'altro) e di ricerca di rappresentazioni mentali della presenza/assenza degli oggetti. La presenza di forte oppositività sembrerebbe indicare l'inizio di un percorso di differenziazione dell'*Io*.

Terza fase: Trattamento T1 (Gennaio 03 – Maggio 03)

Il trattamento prevede, in aggiunta alle proposte educative consolidate, una stimolazione specifica delle Abilità Intersoggettive; inoltre, su richiesta degli operatori che si trovano a far fronte a incomprensibili manifestazioni di angoscia, si decide di centrare l'Infant Observation Modificata su un'attività specifica del trattamento (la stimolazione delle abilità motorie).

Il percorso dei genitori

La famiglia segnala un aumento della ripetizione, su richiesta, di parole che tuttavia rimangono decontestualizzate e poco comunicative. Osservano,

inoltre, la comparsa di pianto difficilmente consolabile quando deve salutare il papà.

I colloqui sono sempre finalizzati a cercare, con i genitori, il significato in termini evolutivi dei comportamenti del bambino (comprendere i limiti e cogliere gli aspetti trasformativi). Il lavoro terapeutico favorisce una sintonizzazione emozionale genitori-bambino rispetto ai vissuti di impotenza del bambino legati all'impossibilità di comunicare i vissuti dolorosi; in particolare, quando deve separarsi dal papà, il bambino è sentito come poco contattabile.

Si danno indicazioni per un lavoro a casa centrato sulla segnalazione, attraverso il gesto, dell'oggetto assente ("Dov'è?", "Che cos'è?", "Dov'è andato?") e sul riconoscimento del dolore del bambino durante gli episodi di separazione per favorirne la mentalizzazione.

Il percorso del bambino

Si osserva un'evoluzione in ambito linguistico: aumenta il lessico ed il linguaggio viene utilizzato sempre più a scopo comunicativo (iniziano delle proto-conversazioni). Per quanto riguarda la comunicazione gestuale, sembra acquisito l'indicativo richiestivo. Si registrano miglioramenti in ambito relazionale, anche con i pari: cerca attivamente l'interazione ed inizia ad imitare l'altro. Si sviluppa ulteriormente il gioco: semplici attività di gioco simbolico, giochi imitativi, giochi sociali infantili e giochi corporei con i pari. Il comportamento è più adeguato e diversificato con riduzione di attività stereotipate e delle manifestazioni sintomatiche.

La fotografia clinica del bambino è la seguente:

- Espressione ed elaborazione della separazione vissuta attivamente e non più negata.
- Permanenza dell'oggetto assente nella mente (dice "Non c'è più" e nomina la mamma).
- Passaggio alla simbolizzazione (linguaggio e gioco).
- L'Altro è percepito e fortemente investito: episodi di disorganizzazioni emotive e comportamentali quando viene interrotta, da parte dell'altro, la situazione di "stare insieme".

Quarta fase: Non Trattamento NT (Maggio 03 – Settembre 03)

I racconti dei genitori relativi al periodo estivo suggeriscono un progressivo miglioramento del quadro evolutivo. I genitori riferiscono, per quanto riguarda l'ambito relazionale, un maggior desiderio di interazione con pari e un aumento dell'imitazione. Inoltre sembra essere sempre più capace di esprimere emozioni e modulare il proprio comportamento in relazione all'altro; riportano episodi connotati da manifestazione di atteggiamenti empatici da parte del bambino e da interazioni di "scherzo". Migliora ulteriormente il linguaggio (utilizza brevi frasi), nomina e cerca persone assenti e parla di sé definendosi "il bimbo"; permangono difficoltà di comprensione di messaggi verbali complessi. I genitori rilevano un minor utilizzo della sensorialità come modalità consolatoria; tuttavia, osservano ancora la presenza, sporadica, di linguaggio idiosincratico (come una sorta di dialogo interno), manifestazioni d'ansia per ambienti nuovi e difficoltà relazionali più contestualizzate (ad es. dopo episodi di separazione).

La lettura clinica dei dati riferiti dai genitori suggerisce:

- Permanenza di comportamenti caratterizzati da onnipotenza infantile ma con connotazione più evoluta.
- Maggior integrazione dell' Io (riconosce il proprio nome; dice "Voglio").
- Sviluppo di una prima Teoria della Mente (comprende maggiormente emozioni e intenzioni, proprie ed altrui)

Quinta fase: Trattamento T2 (Settembre 03 – Maggio 04)

Il percorso dei genitori

Il clima familiare è notevolmente più sereno, ricco e stimolante. I genitori si sentono più capaci di riconoscere e contestualizzare le difficoltà del bambino (questo riduce i vissuti negativi di ansietà e dolore). È sempre più forte l'investimento educativo sul piano simbolico-fantastico del bambino.

Il percorso del bambino

L'ultimo anno di trattamento sembra caratterizzato da una stabilizzazione delle competenze acquisite, pur mantenendosi attivi processi trasformativi. In ambito relazionale, si osserva una generalizzazione ai pari delle abilità raggiunte con l'adulto; il bambino, più competente nelle interazioni, può ora assumere un ruolo più attivo e coinvolgere gli altri bambini nel gioco.

Inoltre, l'imitazione assume sempre più la connotazione di strumento naturale per l'apprendimento. È netto il miglioramento del linguaggio: più ricco, strutturato in frasi, comunicativo e intenzionato; si rileva l'inizio della funzione dichiarativa e narrativa. Gli schemi di gioco sono sempre più adeguati, evoluti e diversificati; è ormai presente il gioco simbolico nelle forme più semplici. L'umore è stabile; minore il ricorso alla sensorialità e ridotte notevolmente le manifestazioni sintomatiche riscontrate in passato.

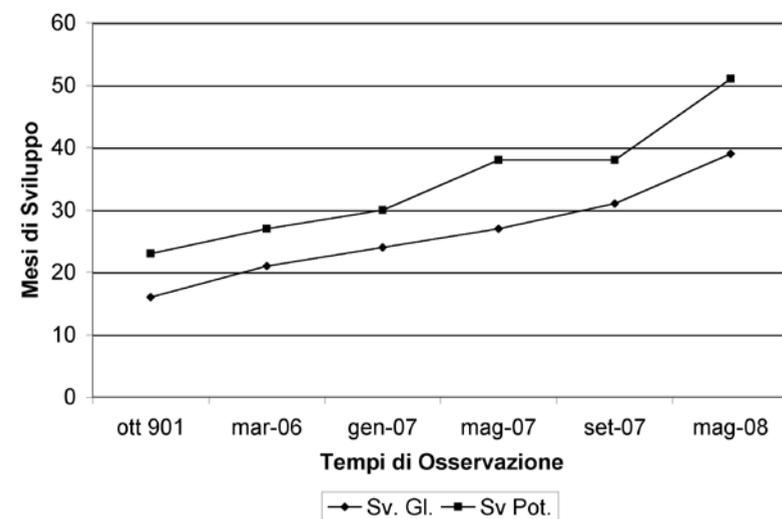
Il quadro clinico è sintetizzabile nel seguente modo:

- Il bambino ha raggiunto maggiori possibilità di accesso a processi mentali più evoluti, ad esempio, la simbolizzazione.
- Espressione "mentalizzata" di emozioni ed esperienze interne potenzialmente disorganizzanti (dice "Ho paura", "Non mi piace").
- Diminuzione delle angosce claustrofobiche, dei meccanismi di difesa primitivi e delle espressioni somatiche.
- Maggiore sintonizzazione con il mondo esterno: acquisiti Patterns Interattivi di base e accesso allo sviluppo di una Teoria della Mente.

11. Monitoraggio dello sviluppo nel tempo: dati testologici

I dati riportati nel grafico 1 mostrano lo sviluppo costante del bambino nel tempo, sia nei periodi di trattamento che di non-trattamento. I dati sono ricavati dalla somministrazione della scala di sviluppo PEP-R e mostrano, lo sviluppo realmente osservato (linea in basso) e le potenzialità evolutive presenti (linea in alto).

Grafico 1 - Monitoraggio dello Sviluppo nel tempo (PEP-R)



In Tabella 2 si osserva l'andamento del quoziente di sviluppo nel corso dei periodi di trattamento e non-trattamento; riportiamo inoltre il rapporto di crescita ottenuto confrontando i quozienti di sviluppo ad inizio e fine periodo. Il primo rapporto di crescita si riferisce al periodo precedente la consultazione.

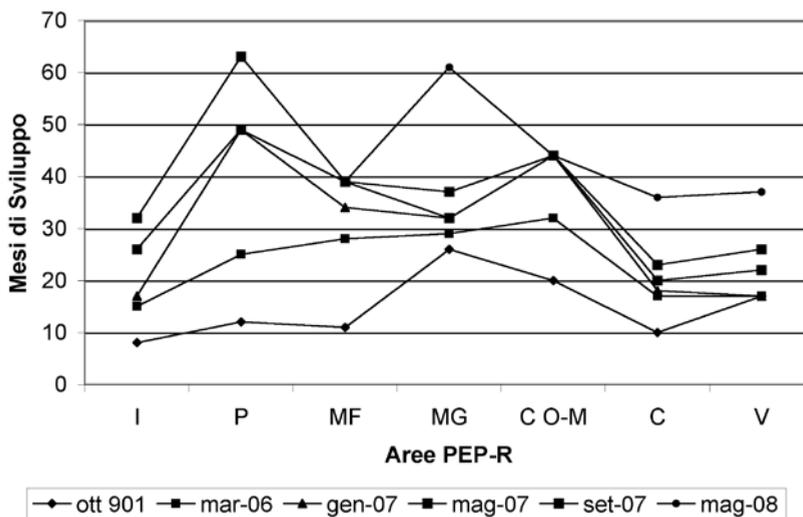
Tabella 2 - Dati quantitativi di Sviluppo (PEP-R)

TEMPI	QUOZ. DI SVILUPPO (INFERITO PEP-R)	RAPPORTO DI CRESCITA (IN MESI AL MESE)
OTT. 01	53	0,53*
MARZO 02	60	1 mese al mese
GEN. 03	53	0,3
MAG. 03	55	0,75
SET. 03	58	1 mese al mese
MAG. 04	64	1 mese al mese

* Il primo rapporto di crescita si riferisce al periodo precedente alla consultazione

Il PEP-R permette di valutare lo sviluppo del bambino nelle singole aree al fine di fornire un profilo evolutivo dettagliato. Il grafico 2 mostra le curve di sviluppo di L. nel corso del tempo.

Grafico 2 - Profili di sviluppo: singole aree (PEP-R)



Legenda: I = Imitazione; P = Percezione; MF = Motricità Fine; MG = Motricità Globale; C O-M = Coord. Occhio-Mano; C = Aspetto Cognitivo; V = Aspetto Verbale.

12. Monitoraggio delle manifestazioni sintomatiche

Tabella 3 - Punteggi CARS

C.A.R.S.	PUNTEGGIO TOT.	COMPR. SOC.*	EMOZIONI NEGATIVE**	RISPOSTE SENSORIALI***
OTT. 01	26	19	4,5	4
OTT. 02	38,5	26,5	8	7
MAGG. 03	33	23	6,5	6
SETT. 03	31,5	22	6,5	5,5
MAG. 04	29	20,5	5,5	5

* Il cluster Compromissione Sociale è costituito dalla sommatoria di 10 items;

** Il cluster Emozioni Negative è costituito dalla sommatoria di 3 items.

*** Il cluster Risposte Sensoriali Disturbate è costituito dalla sommatoria di 3 items.

13. Sintesi sul caso

Il percorso del bambino

- Il canale visivo, iniziale Punto di Debolezza, diviene Punto di Forza e riorganizzatore dell'assetto cognitivo.
- Aumento del QI (da 53 a 64) e del rapporto di crescita (raggiunge e mantiene 1 mese al mese, anche nel periodo di non trattamento).
- Attivazione dei patterns interattivi di base (Competenze Intersoggettive) pre-requisiti dell'area relazionale-sociale, con generalizzazione ai pari.
- Analisi punteggi CARS: riduzione dell'espressione sintomatologica (al di sotto del cut-off per la Diagnosi di Autismo).
- Passaggio da una condizione iniziale di pre-attaccamento ad una maggior stabilizzazione del legame con le figure significative.

Il percorso dei genitori

Aumento della comprensione del comportamento del bambino, della sintonizzazione con il suo mondo interno e della capacità di cogliere e sostenere i processi evolutivi (anche nel periodo di non trattamento). Questo caso ha presentato una evoluzione completamente favorevole anche se la diagnosi iniziale era identica ad altri casi che non hanno avuto simile evoluzione. Il bambino ha in seguito effettuato un trattamento psicomotorio ad alta valenza relazionale per due anni. Un controllo neuropsichiatrico effettuato all'inizio della scuola elementare ha escluso la necessità di ulteriori trattamenti.

14. Risultati complessivi e discussione: prospettive di lavoro futuro

Per tutti i casi trattati i risultati più significativi sul piano dello sviluppo sono:

- 1 Tutti i soggetti trattati in questo studio e negli altri casi da noi trattati precocemente il trattamento ha efficacemente contrastato "la cascata

- nell'autismo" mantenendo un potenziale di sviluppo e di apprendimento tale da permettere a questi bambini di accedere a trattamenti tradizionali che richiedono capacità interattive.
- 2 Nel periodo di trattamento non si sono manifestati i sintomi negativi e i comportamenti-problema gravi quali si osservano in bambini in età scolare che giungono alla consultazione tardivamente.
 - 3 Dal punto di vista clinico ci è sembrato importante avere raccolto dati accurati che mostrano tre tipologie differenti di sviluppo, come è già stato precedentemente sottolineato, pur con un numero così esiguo di soggetti, nonostante la diagnosi iniziale identica, la mancanza di patologia organica (per quanto certo accertabile con le attuali metodiche di indagine). Viene quindi in evidenza quanto già affermato da vari AA a proposito della grande eterogeneità eziologica e quindi la variabilità degli esiti dei trattamenti.
 - 4 La fenomenologia dello sviluppo di questi soggetti sembra essere fortemente trainata dalla stabilizzazione dell'attaccamento e dei legami affettivi; tappe o nodi evolutivi che sono raggiunti in tempi differenti anche in rapporto alla disponibilità mentale dei genitori ma certamente una preconditione indispensabile ad ogni apprendimento e/o sviluppo successivo.
 - 5 Una analisi comparata della fenomenologia dello sviluppo sembrerebbe indicare che il periodo della consultazione diagnostica favorisce un forte incremento dello sviluppo globale del bambino con aumento del rapporto di crescita. Il rapporto di crescita tende col tempo, anche in situazione di trattamento, a decrescere, se confrontato con il periodo diagnostico, e a stabilizzarsi evitando comunque il blocco evolutivo.
 - 6 In tutti i bambini si osserva un miglioramento della sintomatologia autistica attraverso il punteggio CARS.
 - 7 Questa modalità clinica di monitorare lo sviluppo permette di evidenziare casi di ritardo di sviluppo collegati con fattori biologici-costituzionali anche laddove al momento attuale le indagini medico-biologiche non rilevano patologia associata.

La discussione nel gruppo di lavoro ha posto in evidenza la necessità e la carenza di paradigmi di riferimento per la descrizione di questi sviluppi,

orientati alla psicopatologia evolutiva specifica... Ci sembra che questa patologia possa essere meglio avvicinata da un approccio clinico e di ricerca che integri lo studio delle interazioni comportamentali, affettive e fantasmatiche nonostante la partenza da un deficit neurosensoriale.

Alcuni ricercatori (Emde, Greespan) evidenziano nelle loro ricerche come la spinta alla dissociazione e disintegrazione delle varie aree impedisca i primi funzionamenti dell'Io nelle aree simbolico-semantiche. Ci sembra che l'osservazione di questi bambini ponga in evidenza che "in principio era l'azione e l'imitazione" in quanto il comportamento per tempi lunghi, segnala e significa attraverso comportamenti globali prevalentemente motori creando grandi difficoltà di attribuzione di significati ad insegnanti e genitori. Ancora questo modo di funzionare (che unifica trasversalmente tutti i casi da noi osservati) altera le potenzialità innate di incontro con "l'oggetto umano" danneggiando il partner della interazione in modo consistente. Inoltre la difficoltà evidente di questi bambini ad elaborare le informazioni uditivo-verbale-vocale potrebbe incontrare un ambiente sociale e relazionale che tende a confondere i significati delle comunicazioni. Se su questa base i moderni paradigmi di psicopatologia evolutiva vedono le condizioni per l'instaurarsi precoce di disturbi del pensiero, la vulnerabilità costituzionale-maturazionale nella regolazione e nella successiva elaborazione visivo-spaziale, creerebbe difficoltà nella percezione della intensità dell'affetto. Con conseguenze nella evoluzione dell'attaccamento. A nostro modo di vedere il funzionamento autistico ha quindi una alta specificità clinica ed evolutiva, che richiede integrazioni di metodo e teoriche : una sfida continua alla forza disintegrante dell'autismo.

15. Discussione

Questo lavoro ci ha permesso di monitorare l'andamento dei trattamenti secondo un preciso protocollo metodologico. Tuttavia, i dati raccolti aprono la strada a diverse "letture" teoriche e, di conseguenza, ad altrettante implicazioni cliniche. Ad esempio, un aspetto molto interessante potrebbe essere il *legame* fra i nostri dati, raccolti sul campo, e il modello teorico di intervento proposto da Stern, il quale attribuisce al processo diagnostico un'importanza

cruciale in quanto momento di attivazione di processi di cambiamento delle rappresentazioni mentali e dei comportamenti all'interno dell'intero sistema bambino-famiglia-operatore. In particolare, ci interessa sottolineare come l'incontro con i genitori possa divenire, quando opportunamente utilizzato, un prezioso spazio di lavoro clinico/educativo al fine di avviare processi trasformativi "circolari" (con feedback positivi) nell'interazione genitore-bambino su vari livelli (affettivo, cognitivo e comportamentale), trasformando il *loop negativo* in una spirale evolutiva virtuosa. A partire dalle analisi qui riportate, l'équipe ha rivisto l'impostazione clinica dei trattamenti studiando dei modelli di intervento differenziati e fortemente individualizzati. La presa in carico è sempre più centrata sul sistema bambino-genitori e gli interventi offerti, a livelli differenti, coinvolgono le due polarità e si declinano in:

- Trattamenti di stimolazione individuale con focus su competenze intersoggettive (primarie e secondarie).
- Intervento mamma-bambino centrato sulla riattivazione dell'interazione primaria e sull'imitazione come strumento sociale cruciale per promuovere l'interazione e il gioco creativo (si fa riferimento all'articolo di Geraldine Dawson (1990) intitolato *Mother's use of imitative play for facilitating social responsiveness and toy play in young autistic children*).
- Trattamento psicoterapico rivolto al genitore.
- Colloqui di supporto alla funzione genitoriale (parental attitude and behaviour).
- Gruppo di genitori e aperto ai principali care-giver del bambino sulla condivisione di competenze ludiche.
- Interventi domiciliari.

Per monitorare l'andamento e l'efficacia dei trattamenti in corso, in termini clinici e qualitativi, si stanno studiando due strumenti: per il bambino, una griglia osservativa, sensibile alle modifiche delle principali funzioni dello sviluppo target dell'intervento ed un questionario auto-valutativo per il genitore che rilevi i cambiamenti nelle rappresentazioni mentali.

Nella realtà attuale dei Servizi la presenza di una cultura clinica sempre meno agganciata alle conoscenze nell'ambito della psicologia e della psicopatologia dello sviluppo rischia di portare verso un'eccessiva *medicalizzazione*

dei disturbi, di ridurre il concetto di diagnosi al solo inquadramento nosografico-descrittivo (si consideri, a tal proposito, il grosso problema aperto dal prof. Lanzi rispetto al *calderone dell'Autismo*) e di focalizzare l'eziopatogenesi esclusivamente sugli aspetti neurobiologici. Il rischio è che spesso il percorso diagnostico restituisce alle famiglie un'immagine del bambino legata al *danno*, alla *malattia* e all' *immodificabilità* piuttosto che porre in evidenza le *potenzialità evolutive* e *possibilità trasformative* presenti. Da questo, deriva un modello di *risposta* terapeutica poco centrato sul coinvolgimento dei genitori, i quali, spesso posti in una condizione di dipendenza, difficilmente possono canalizzare le proprie energie nel recupero di una funzione emozionale-educativa *attiva* per divenire, come diceva Elinor Goldschmied (comunicazione personale, 2003) *pionieri* in un *territorio sconosciuto*.

Bibliografia

- A.A.V.V., (1996), *Multiaxial classification of children and adolescent disorders*, Cambridge University Press, Cambridge; trad. it. (1997), *Classificazione dei disturbi psichici e comportamentali dell' ICD-10 nell'infanzia e nell'adolescenza*, Masson, Milano.
- AINSWORTH M.D.S., BLEHAR M., WATERS E., WALL S. (1978), *Patterns of attachment*, Hillsdale Erlbaum, New York.
- AINSWORTH M.D.S., WITTING B. (1969), *Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in strange situation*, in FOSS B. (a cura di), <Determinants of infant behavior>, IV, pp. 113-136, Methuen, London.
- AMEISEN J.C., *Projet de reponse de Comité d'éthique (CCNE) de l'INSERM a une saisine de recherche clinique et Therapeutique*, Avis n. 47.
- BARON-CHOEN S. (1989). *Perceptual role-taking and protodeclarative pointing in autism*, <British Journal of Developmental Psychology>, 7, pp.113-127.
- BARON-CHOEN S. (1991), *The Theory of mind deficit in autism: How specific it is?* <British Journal of Developmental Psychology>, 9, pp.301-314.
- BARON-CHOEN S. (1995), *I precursori della teoria della mente: comprendere l'attenzione negli altri*, in CAMAIONI (a cura di), *La teoria della mente. Origini, sviluppo e patologia*, 5-34, Laterza, Bari.
- BARON-CHOEN S. (1995), *Mindblindness. An essay on autism and Theory of*

- mind*. Massachusetts MIT Press, Cambridge; trad. it. (1997), *L'autismo e la lettura della mente*, Astrolabio, Roma.
- BARON-CHOEN S., ALLEN J., GILLBERG C. (1992), *Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack and the CHAT*, <British Journal of Psychiatry>, 161, pp.839-843.
- BARON-CHOEN S. et al. (1997), *Eye-direction detection: A dissociation between geometric and joint attention skills in autism*, < British Journal of Developmental Psychology>, 15, pp.77-95.
- BARON-CHOEN S., LESLIE A. M., FRITH U. (1985), *Does the autistic children have a «Theory of Mind?»*. Cognition, 21, pp. 37-46.
- BERTHOZ A. et al. (2003) *Actes de Colloque International "Autisme, cerveau et développement: de la recherche à la pratique"*, ARAPI and Collège de France, 23-24 juin, Paris.
- BOWLBY J. (1988), *A secure Base*, Basic Books, New York.
- CASTELLI F. et al. (2000), *Movement and mind: A functional imaging study of perception and interpretation of complex intentional movement patterns*, < Neuroimage>, 12, pp. 314-325.
- CICCHETTI D., GANIBAN J., BARNETT D, (1991), *Contributions from the study in High Risk Populations to understanding the development of emotional dysregulation*, Cambridge University Press, New York. Clinical practice guideline: the guideline technical report, (1999), *Autism/Pervasive Developmental Disorders, Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years)*, New York State Department of Health, New York.
- COPLAN J. (2000), *Counselling parents regarding prognosis in autistic spectrum disorders*, Pediatrics, 105, pp. 651-653.
- COURCHENSNE E. (1994), *A new finding: impairment in shifting attention in autistic and cerebellar patients*. In BRMAN E., GRAFAM E. (a cura di), *Atypical cognitive deficits in developmental disorders: Implications for brain functio*, Hillsdale Erlbaum, New York.
- DAMASIO A., MAURER R.G. (1978), *A neurological model for childhood autism*, <Archives of Neurology>, 35, pp.777-786.
- DAWSON G. (1998), *Neuropsychological correlates of early symptoms of autism*, <Child Dev.>, 69, pp. 1276-85.
- DAWSON G. (1998), *Children with autism fail to orient to naturally occurring social stimuli*. <Journal of Autism and Developmental Disorders>, 28,

- pp. 479-485.
- DSM - IV-TR, (2002), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, <American Psychiatric Association>, trad. it., Masson, Milano.
- DIGGLE T, MC., CANACHIE H.R., RANDLE V.R.L. (2005) *Parent-mediated early intervention for young children with ASD*, (Review), The Cochrane Library, issue 1.
- EMDE R.N. *Emotional expression in infancy: I. Initial studies of social signalling and emergent model*, in Lewis M., Rosenblum L. (a cura di), *The development of affect*, Plenum Press, New York.
- EMDE R.N. (1984), *The affective self: Continuities and transformation from infancy*, in Call E., Galenson R.L., Thyson, (a cura di), *Frontiers of Infant Psychiatry II*, Basic Books, New York.
- ESCALONA S. (1969), *The roots of individuality*. Tavistock Publications, London.
- FAVA VIZZIELLO G. (2003), *Psicopatologia dello sviluppo*, il Mulino, Bologna.
- FEREWELL R.R., SANDALL S.R. (1986), *Developmental testing of handicapped infants* <Topics in early childhood special education>, 39, pp. 86 - 100.
- FREIBERG S. (1980), *Clinical Studies in Infant Mental Health*, Tavistock Publication, London.
- FRITH U. (1989), *Autism. Explaining the Enigma*, Blackwell, Oxford, trad. it. *L'autismo. Spiegazione di un enigma*, (1998), Laterza, Bari.
- FRITH U., BARON-CHOEN S. (1987), *Perception in autistic children*, in Choen D.J., Dommellan A., Paul R. (a cura di), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*, Wiley, New York.
- HANAU C., CERATI D.M. (2003), (a cura di), *Il nostro autismo quotidiano*, Erikson, Trento.
- HAPPÈ F. (1999), *Autism: cognitive deficit or cognitive style?*, <Trends in Cognitive Sciences>, 3, pp. 216-222.
- HAPPÈ F., FRITH U. (1996) *The neuropsychology of autism*, <Brain>, 119, pp. 1377-1400.
- HOBSON R.P. (1993), *Autism and development of mind*, Erlbaum, Sussex.
- GREESPAN S.I., LOURIE S.R. (1981), *Developmental structuralist approach to the classification of adaptive and pathologic personality organisation. Application to infancy and early childhood*, <American Journal of Psychiatry>,

- 138, pp.725-736.
- GREESPAN S.I. (1989), *The development of the ego. Implications for personality theory, psychopathology, and the psychotherapeutic process*, International Universities Press, New York.
- INSERM (2004), *Expertise collective: psychotherapies, trois approches évaluées*.
- KENNER L. (1943), *Autistic disturbances of affective contact*, <Nervous Child>, 2, pp. 217-250.
- KEMPER T.L., BAUMAN M. (1998), *Neuropathology of infantile autism*, Neuropathol Experim Neurology, 34, pp. 316-320.
- MAIN M., GOLDWYN R. (1994), *Adult Attachment Classification System*, Dattiloscritto inedito, versione 6, University College, London.
- MARZANI C., MONTOLI R. (2005), *Semiresidential treatment of autism in young children, past choices and future prospects*, in RIVA D., RAPIN I. (eds.) *Autistic Spectrum Disorders*, John Libbey Eurotext, Montrouge.
- MONTOLI R. (1993), *La ricerca sull'autismo: dalla stanza di psicoterapia: appunti su i protofunzionamenti mentali di scambio osservati in trattamento*, <Giorn. Neuropsich. Età Evol.>, 13, 3, pp. 201-207.
- MONTOLI R. (1994) *Autismo e oscillazioni tra bidimensionalità e tridimensionalità osservate in alcune sedute*, <Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza>, 61, pp.261-273.
- MONTOLI R. et al. (2003), *Integration of observative method of Infant Observation in a Intensive Intervention Program for 2-6 years old children with Autism*. in Actes de Colloque International, *Autisme, cerveau et développement: de la recherche à la pratique*, ARAPI, College de Franc, pp. 23-34.
- MURATORI F. et al. (2000), *La CARS nella valutazione del trattamento nell'autismo infantile*. <Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza>, 67, pp. 271-282.
- MURRAY L., TREVARTHEN C. (1985), *Emotional regulation of interaction between two-month-olds and their mothers*. in Field T.M., Fox N.A., (a cura di) *Social perception in infants*, Ablex, Norwood New York.
- OZONOFF S. (1998), *Le funzioni esecutive nell'autismo*, in Schopler E., Mesibov G.B., *Apprendimento e cognizione nell'autismo*, 11, pp. 229-251.
- PEDON A. (1995), *Metodologia per le scienze del comportamento*, Il Mulino, Bologna.
- PENNINGTON B.F., OZONOFF S. (1996). *Executive functions and developmental*

- psychopathology*, < J. Child Psychol. Psychiatry>, 37, pp. 51-87.
- RAPIN I. (2005), *Autistic Spectrum Disorders: an overview*, in RIVA D., RAPIN I., *Autistic Spectrum Disorders*, John Libbey Eurotext, Montrouge.
- ROGERS S., PENNINGTON B. (1991), *A theoretical approach to the deficits in infantile autism*, <Developmental Psychopathology>, 6, pp. 635-652.
- ROGERS S., DI LALLA D.L. (1994), *Domains of the childhood autism rating scale: relevance for diagnosis and treatment*, < Journal of autism and developmental disorders>, 24, pp. 115-128.
- SANDLER J., ROSEBLATT B. (1962), *The concept of the representational world in psychoanalytic Study of the Child*, 17, pp. 28-145, trad. it. (1980), *Il concetto di mondo rappresentazionale*, in J. Sandler, *La ricerca in psicoanalisi*, pp. 102-120, Bollati Boringhieri, Torino,
- SCHOPLER E. (1995), *Parent survival manual*, Plenum Press, New York, trad. it. (1998), *Autismo in famiglia*, Erikson, Trento.
- SCHREIBMAN L. (2000), *Intensive behavioral/Psychoeducational Treatments for Autism: Research Needs and future Directions*, <Journal of Autism and Developmental Disorders>, 30, n°5.
- SCHREIBMAN L. (2005), *Current issues in the behavioural treatment of children with autism*, in Riva D., Rapin I. *Autistic Spectrum Disorders*, John Libbey Eurotext. Mountrouge.
- SCHULZ R.T. et al. (2003), *The role of the fusiform face area in social cognition: Implications for the pathobiology of autism*. *Philosoph Transact Royal Soc.*, 358, pp. 415-427.
- SPARROW S.S., BALLA D.A., CICHETTI D. (1984), *Vineland*, American Guidance Service, Inc., Circle Pines, MN 55014-1796, Interview Edition: Expanded and Survey Forms.
- STERN D.N. et al. (1975), *Vocalization in unison and alternation: Two modes of communication within the mother-infant dyad*, <Annals of the New York Academy of Sciences>, 263, pp.89-100.
- STOROLOW R. et al., (1999), (a cura di) CASONATO M., *Psicopatologia intersoggettiva*, Quattro Venti, Urbino.
- TREVARTHEN C. (1980), *The foundation of intersubjectivity: Development of interpersonal and cooperative understanding in infant*, in Olson D. R. (a cura di), *The social foundation of language and thought: Essays in honour*

of Jerome Bruner, Norton, New York.

TREVARTHEN C. (1987), *Sharing makes sense: Intersubjectivity and the making of an infant's meaning*, in STEEL, R., THEREADGOLD T. (a cura di), *Language topics: Essays in honour of Michael Halliday*, 1, John Benjamins. Amsterdam.

TREVARTHEN C. (1998a), *The concept and foundation of infant intersubjectivity*, in Braten S. (a cura di), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny*, Cambridge University Press, Cambridge.

TREVARHEN C., AIRKEN K.J. (2001), *Infant Intersubjectivity: Research, Theory and Clinical Applications*, <Journal Child Psychology and Psychiatry>, 42, 1, pp. 3-48.

VOLKMAR F.R. et al. (1999), *Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adult with autism and other Pervasive Developmental Disorders*, <J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry>, 38, pp. 32S-54S.

UNO STUDIO EMPIRICO IN UN SETTING PSICOTERAPEUTICO ISTITUZIONALE: L'APPLICAZIONE DEL CCRT DI LUBORSKY AI TRASCRITTI DI UNA PSICOTERAPIA DI GRUPPO AD ORIENTAMENTO PSICODINAMICO

*Tecla Cappellucci**, *Maria Assunta Ciavarella***,
*Alessandra De Coro****, *Ennio Fusco*****

Riassunto

L'intento del presente lavoro è esplorare la possibilità di applicare un metodo costruito per lo studio del processo in una psicoterapia individuale, il Tema Relazionale Conflittuale Centrale (CCRT) di Luborsky, ad una psicoterapia di gruppo ad orientamento psicoanalitico svolta in un *setting* istituzionale. Sono state esaminate quattro fasi del processo psicoterapeutico che occupano complessivamente un arco di tempo di 16 mesi, applicando il CCRT di Luborsky alle trascrizioni delle sedute di gruppo audioregistrate. I risultati hanno evidenziato l'utilità del CCRT per descrivere le modalità relazionali che caratterizzano lo stato processuale di un gruppo psicoterapeutico in termini di una costellazione relazionale espressa dalla matrice di gruppo: in questo senso, l'applicazione del CCRT ai gruppi sembra costituire un valido strumento sia per il monitoraggio clinico dell'efficacia dell'intervento, sia per la formazione dei giovani terapeuti.

Summary

This paper is intended to explore the applicability of the Luborsky's *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT), a method conceived for process

* Psicologa – Roma

** Psicologa e psicoterapeuta - DSM 3° Unità operativa - ASL RmA - Roma

*** Professore Ordinario di Psicologia Dinamica – Università “La Sapienza” di Roma

**** Psicologo e psicoterapeuta – Responsabile dell'Unità Organizzativa di Psicologia - 3° Distretto ASL RmA - Roma

studies in individual psychotherapy, to the study of a dynamic group psychotherapy in a public service setting. CCRT has been applied to four phases of a treatment during 16 months, choosing more than one session for each phase. The sessions have been entirely audiorecorded and transcribed. Our results show that CCRT may be usefully employed in order to describe the relational schemes which characterize the processual state of mind of a therapeutic group, as it is expressed by the group matrix: so that the group CCRT appears to be a valid instrument both for the clinical monitoring of the intervention's effectiveness and for the formation of young psychotherapists.

1. Introduzione

Possiamo affermare che progressivamente gli studi empirici in psicoterapia si sono divisi in due grandi gruppi: ricerche sugli esiti e ricerche sul processo. Senza soffermarci sulle determinanti storiche e culturali che hanno portato a questa diversificazione, proporre una dicotomia netta tra i due ambiti non sempre è auspicabile poiché sia il momento finale di un intervento terapeutico (l'esito) che lo svolgersi di questo (il processo) sono considerabili due facce della stessa medaglia. (Migone, 1995).

Secondo Roth e Fonagy (1996), per esempio, non è così facile distinguere fra ricerca sugli esiti e ricerca sul processo, in quanto gli indici del processo terapeutico possono dare informazioni di esito quando la terapia è ancora in corso. D'altra parte, valutare i risultati di un trattamento costringe necessariamente a riflettere su quanto sia accaduto nel "laboratorio clinico" della situazione terapeutica, così come, di fatto, è possibile considerare la ricerca sul processo come lo studio dei micro-cambiamenti che accompagnano il corso del trattamento (Dazzi, De Coro, 2001).

Senza voler entrare nelle specificità degli studi sull'esito e sul processo, emerge comunque che, se si abbandona la metodologia sperimentale basata sul controllo delle variabili (rigorosamente applicabile solo in laboratorio), la verifica empirica nell'ambito clinico risulta particolarmente ardua, dal momento che deve tener conto della complessità di fattori quali comorbidità, caratteristiche psicologiche del paziente, specifiche condizioni sociali, specificità dell'intervento di ciascun terapeuta, etc. Proprio il tentativo di trattare

alcune variabili in gioco come isolate, per aumentare la validità interna della ricerca, può alterare lo stesso processo terapeutico.

Dunque la ricerca applicata alla clinica deve riconoscere le caratteristiche di unicità e irripetibilità delle differenti situazioni terapeutiche, ma al tempo stesso continuare a ricercare strumenti in grado di ridurre la complessità dell'esperienza soggettiva della relazione psicoterapeutica e di oggettivare, attraverso quantificazioni, le evidenze delle interazioni prodotte in quel contesto.

Tali strumenti dovrebbero avere due requisiti principali:

- rappresentare la specificità e la multidimensionalità propria di ogni intervento psicoterapeutico;
- giungere a dati il più possibile confrontabili tra loro, quantificati attraverso unità di misure.

Il presente studio rientra nell'ambito degli studi sul processo terapeutico utilizzando il CCRT di Luborsky (Luborsky, Crits-Christoph, 1990), che negli ultimi quindici anni si è diffuso anche in Europa, affermandosi come strumento atto a misurare sia l'evoluzione del transfert che i cambiamenti terapeutici nel corso delle psicoterapie ad orientamento psicodinamico.

2. Studio del processo e metodo del CCRT

L'assunto delle terapie psicodinamiche ad orientamento psicoanalitico è che "il cambiamento analitico aumenterà le capacità di funzionamento adattivo e verrà riflesso in un aumento nelle misure comuni di benessere, tra cui la riduzione dei sintomi e il cambiamento comportamentale." (Bucci, 1997, p.198).

Tra gli strumenti standardizzati il cui intento è appunto quello di testare il cambiamento nel modo in cui il soggetto vive e struttura il suo mondo interpersonale nel corso del processo analitico, ha assunto rilievo il CCRT di Luborsky. Più esattamente il CCRT evidenzia lo schema che ogni persona adotta nel condurre le relazioni. Tale metodo di ricerca si propone di evidenziare, oltre alla centralità della coazione a ripetere che si esprime nel transfert nel quale confluiscono i conflitti relazionali dei pazienti, anche la possibilità

del cambiamento in relazione al lavoro di interpretazione, rielaborazione, *insight* (Luborsky, 1990). Si effettuano le misurazioni di tre componenti principali evidenziate nelle narrative del paziente: i desideri, i bisogni, le intenzioni; le risposte dell'altro a tali desideri; le risposte del soggetto, ossia le reazioni alle risposte dell'altro. Lo studio con il CCRT dimostra che le narrative costituiscono, analogamente ai sogni, la "via regia" per conoscere i modelli conflittuali di base sia inconsci che consci. Il sistema di codifica previsto dal CCRT permette di convertire in dati quantificabili e confrontabili la ricca produzione narrativa dei pazienti.

In questa ricerca il CCRT di Luborsky è stato utilizzato per studiare il processo terapeutico in una situazione di terapia psicoanalitica di gruppo, con l'obiettivo di valutarne l'applicabilità per la rilevazione del cambiamento anche nel setting gruppale. Scarsa è la letteratura riguardante l'applicazione del CCRT a contesti di intervento sui gruppi (Crits-Christoph, 1998): tra gli autori che si sono interessati all'uso di questo strumento nei gruppi, troviamo il gruppo di ricerca composto da Staats, May, Herrman, Kersting e König (1998), che hanno proposto un'indagine specifica e limitata a poche variabili, ma riconoscono la capacità del CCRT di descrivere la processualità gruppale.

Tale panorama ci sembra determinato anche dalla particolarità del *setting* e del processo terapeutico da esso determinato, da cui deriva una complessità difficilmente analizzabile. Ci riferiamo ai transfert multipli costruiti dai diversi membri del gruppo e dal transfert del gruppo considerato nella sua totalità. Ciò ci pone nella condizione di dover affrontare non solo gli aspetti "ricostruttivi" delle dinamiche individuali, ma anche quelli più specificamente del gruppo che hanno a che fare anche con un aspetto "costruttivo" dei modelli relazionali. Inoltre, proprio perché il gruppo produce una sorta di concretizzazione del mondo fantasmatico, creando una condizione quasi "psicotizzante" dove al "come se" si sostituisce la "realtà" di ciò che viene agito dal e nel gruppo, ci aspettiamo dei processi caratterizzati da livelli elevati di affettività e di conflittualità. La complessità di tutti questi fattori appare costituire un ostacolo ad affrontare una valutazione dei processi di gruppo basata sull'evidenza empirica, che richiede inevitabili semplificazioni.

Un primo problema squisitamente tecnico che si incontra applicando il CCRT ai trascritti di una psicoterapia di gruppo è quello di non raggiungere un soddisfacente numero di episodi relazionali se si vuole seguire il cambia-

mento di tutti i pazienti che partecipano al trattamento, applicando cioè il CCRT allo studio dei movimenti nel transfert dei singoli casi, coerentemente con i presupposti teorici del metodo. Naturalmente, data la minore produzione di narrative da parte di ogni singolo paziente nel tempo di una seduta, occorrerà considerare più di due sedute per valutare ciascuna fase del processo; ma anche così, il requisito posto da Luborsky per l'attendibilità del CCRT (almeno 10 episodi relazionali narrati dallo stesso paziente) non è quasi mai realizzabile, anche se ciò dipende in parte dal numero dei partecipanti e dallo stile di conduzione a cui il terapeuta fa riferimento (Staats et al., 1998).

Ci è parso comunque utile considerare la possibilità di studiare il processo gruppe estendendo l'applicazione del CCRT alla narrazione del gruppo inteso come unità. La gruppoanalisi, infatti, definisce la produzione dei singoli individui che partecipano al gruppo come il risultato di un processo di condivisione inconscia delle tematiche comuni, che si attivano nel setting sulla base dei bisogni emergenti condivisi da tutto il gruppo: "nel gruppo analitico un nucleo emotivo e fantasmatico viene suddiviso nei suoi elementi costitutivi. Ciascuno di essi viene assunto e rappresentato da individui diversi." (Neri, 2001, pag.110). Potremmo dunque aspettarci che, attraverso la valutazione del CCRT come tema condiviso dalla totalità del gruppo, emerga una configurazione relazionale centrale molto più "diffusa" e variegata rispetto alla maggiore "coesione" dei CCRT individuali (per esempio, con una maggiore frammentazione della componente "desideri, bisogni e intenzioni"), riflettendo la presenza di diversi modelli transferali e di "oggetti" di transfert multipli. Dunque, il monitoraggio del "tema relazionale conflittuale centrale" attraverso il CCRT, inteso come "fantasia relazionale prevalente" nel gruppo, potrebbe consentire effettivamente un monitoraggio del transfert di gruppo, segnalando caratteristiche specifiche del setting e del processo terapeutico nel corso delle sedute.

Per quanto riguarda, invece, il cambiamento terapeutico in senso stretto, considerare i cambiamenti del CCRT di gruppo come indicatori attendibili di cambiamenti dei pattern relazionali disfunzionali dei singoli pazienti appare un'inferenza eccessivamente arbitraria e ingiustificabile. Si potrebbe pensare, tuttavia, che, mentre nell'applicazione del CCRT alle narrative di una psicoterapia individuale l'aumento di flessibilità del CCRT (e dunque un aumento della dispersione delle frequenze per le diverse categorie di ciascuna compo-

nente) è considerato un indice di efficacia del trattamento, la rilevazione del CCRT di gruppo potrebbe segnalare un cambiamento positivo del clima del gruppo – e dunque, teoricamente, una buona riuscita dell'intervento clinico - attraverso un aumento della coesione o compattezza del modello relazionale gruppale dalle fasi iniziali alle fasi finali della terapia (con diminuzione, cioè, del numero di categorie codificate per ciascuna componente e corrispettivo aumento della ridondanza del CCRT primario negli episodi narrati dai diversi componenti del gruppo).

3. Obiettivi della ricerca

Questa ricerca ha l'intento di studiare empiricamente lo svolgersi del processo analitico nel *setting* di gruppo pur rispettandone e cogliendone la specificità.

Più specificamente, l'applicazione del CCRT alle narrative dell'intero gruppo e a quelle di una paziente entrata in terapia in un secondo momento dovrebbe fornire una conferma empirica delle seguenti ipotesi :

1. le configurazioni dei desideri, delle risposte del sé e dell'altro assumono caratterizzazioni particolari.
2. le narrative riflettono le modalità secondo cui i membri del gruppo co-costruiscono i principi organizzatori che definiscono l'identità emotiva di quel determinato gruppo (Nebbiosi, in Silvers, 1999) e hanno la capacità di descrivere i processi transferali.
3. lo strumento del CCRT è adeguato anche sul piano "valutativo" per la psicoterapia di gruppo.

4. Campione e metodologia della ricerca

Il gruppo a cui si riferiscono le trascrizioni delle sedute registrate è ambientato in un contesto istituzionale: un CSM di un Dipartimento di Salute Mentale di una ASL di Roma. Il gruppo è condotto da due terapeuti ad orientamento psicodinamico; è un gruppo "aperto" rivolto ad un massimo di sette

pazienti, dura da circa due anni, con una presenza continuativa di tre pazienti ed un *turn over* significativo. Gli incontri terapeutici hanno cadenza settimanale con sedute di un'ora e venti ciascuna. I pazienti sono giovani-adulti, generalmente due uomini e cinque donne.

La tabella che segue descrive le caratteristiche anagrafiche dei pazienti e la diagnosi clinica secondo il DSMIV.

Tabella 1 - Pazienti del gruppo terapeutico

Soggetto	Età	Diagnosi secondo il dsm iv
Barbara ¹	24	Disturbo bulimico dell'alimentazione
Emma	25	Disturbo evitante di personalità
Loreto	32	Problemi d'identità
Francesco	30	Disturbo dipendente di personalità
Marianna	27	Disturbo di personalità non altrimenti specificato
Teresa	26	Disturbo borderline di personalità
Renata	23	Agorafobia

* I nomi dei pazienti utilizzati nella ricerca per il rispetto della privacy non sono quelli reali.

È stato applicato il CCRT a 11 trascritti delle sedute di gruppo audio registrate con il consenso di tutti i membri del gruppo.

Le indicazioni di Luborsky prevedono che ogni applicazione del CCRT sia effettuata su due sedute vicine nel tempo, ma non consecutive, per ottenere un numero di episodi relazionali uguale o superiore a 10.

Le indicazioni dell'autore riguardano l'applicazione dello strumento in questione le terapie individuali. Per valutare un modello relazionale come caratteristica di un gruppo terapeutico abbiamo deciso di osservare, per ciascun periodo della terapia, tre sedute consecutive, ritenendo che:

1. in un gruppo una settimana di tempo sia sufficiente a permettere variazioni del tema trattato in ciascuna seduta;
2. osservare 3 sedute non consecutive avrebbe eccessivamente dilatato l'intervallo di tempo, non consentendo di trattare le tre sedute come un "unico periodo" del processo terapeutico.

Più precisamente abbiamo applicato il CCRT di Luborsky su quattro fasi del processo che occupano complessivamente un arco di tempo di 16 mesi. L'intervallo tra un periodo di osservazione e l'altro varia fra i quattro e i cinque mesi. Abbiamo scelto questa distanza tra una applicazione del CCRT e l'altra in quanto la ricerca in psicoterapia ha definito questo come periodo sufficiente perché si possono ottenere dei cambiamenti significativi. Per la prima fase (a distanza di circa due anni dall'inizio del gruppo) abbiamo avuto a disposizione solo due sedute registrate; per le altre tre fasi, abbiamo estratto il CCRT da tre sedute.

Abbiamo utilizzato le sedute in cui il numero di partecipanti era sufficientemente costante. La 3° e 4° tranche di sedute sono state rilevate in concomitanza con fattori che influenzano in modo significativo il *setting e il processo*: l'ingresso di una nuova paziente e l'imminenza della separazione estiva. Benché Luborsky sconsigli l'applicazione del suo metodo in prossimità delle interruzioni, in questa ricerca si è voluto comunque indagare sulla relazione individuo-gruppo e sulle modificazioni nei contenuti narrativi in un gruppo in conseguenza dell'intervento di fattori significativi all'interno delle relazioni.

La seguente tabella riporta la suddivisione delle 11 sedute sulle cui registrazioni abbiamo lavorato.

Tabella 2 - Suddivisione delle 11 sedute considerate per l'applicazione del CCRT

Fasi del processo terapeutico	Sedute(numerate cronologicamente) che compongono ciascuna fase
1° fase- Aprile 2000	80°, 81°
2° fase- Ottobre 2000	91°, 92°, 93°
3° fase- Marzo 2001	105°, 106°, 107°-2° seduta Barbara
4° fase- Luglio 2001	118°, 119°, 120°- 11° seduta Barbara e 3 sedute precedenti all'interruzione estiva

L'applicazione del CCRT effettuata sulle trascrizioni delle sedute terapeutiche ha seguito la seguente metodologia .

La codifica delle registrazioni delle sedute è stata effettuata da due giudici e non da tre come previsto da Luborsky. I due giudici hanno discusso e concordato la siglatura finale.

Sono stati individuati gli episodi relazionali, ciascuno composto da “desideri”(W), “risposte dell’altro”(RO), “risposte del sé”(RS) e sono stati siglati secondo la tabella delle categorie standard proposta da Luborsky.

Per ciascuna delle categorie (W, RO, RS), le due voci dalla frequenza più alta hanno composto il CCRT. Per quanto riguarda le voci più frequenti, quando se ne sono verificate diverse con le stesse frequenze, queste sono state considerate “a pari merito” nella composizione del tema relazionale conflittuale.

Per tutte e tre le componenti del CCRT primario e secondario è stata calcolata la pervasività secondo la formula di Luborsky: pervasività di una componente del CCRT= numero di episodi in cui è presente la componente con la categoria più frequente/ il numero totale degli episodi presenti nelle sedute considerate.

5. Risultati

Dalla letteratura sappiamo che il C.C.R.T. misura i cambiamenti del processo terapeutico e che l’esito positivo del trattamento viene interpretato in base all’eventuale minore pervasività dell’episodio relazionale centrale. Luborsky afferma che emerge una tendenza dei pazienti adulti a portare in psicoterapia narrative caratterizzate maggiormente da CCRT negativi che positivi. La frequenza molto più alta delle componenti negative del CCRT è da leggere, secondo lo stesso, come un tentativo da parte del paziente di risperimentare l’evento minaccioso e trovare così il modo per affrontarlo con successo. Un esito positivo della terapia corrisponde ad una diminuita frequenza di risposte “altri” e risposte “sé” negative, e viceversa all’aumentare di risposte positive appartenenti a queste categorie. Tale modalità valutativa risulta essere di difficile applicazione nel contesto di un gruppo terapeutico proprio per la scarsa costanza dei desideri. Per questo motivo abbiamo considerato come riferimento la pervasività complessiva delle risposte positive e negative dell’oggetto e del sé come misura di valutazione. Infatti se sappiamo che nel gruppo possono intervenire diversi modelli relazionali centrali, possiamo ipotizzare una capacità “plastica” che permette di rinforzare quei modelli relazionali attivati dalle emergenze affettive che deve affrontare. Se questo ci ha permesso di valutare una sorta di “clima affettivo” del gruppo in base alle risposte dell’oggetto e del

sé, non abbiamo trascurato l'applicazione classica del metodo che definisce in modo più focale ed univoco il nucleo conflittuale centrale.

I nostri risultati sono i seguenti:

Grafico 1 - Pervasività risposte sé positive

	Apr-00	Ott-00	Mar-01	Giù-01
Pervasività R.S. Positive	0,61	0,93	0,74	0,29

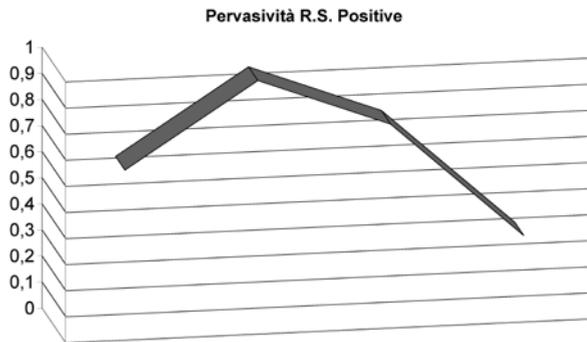
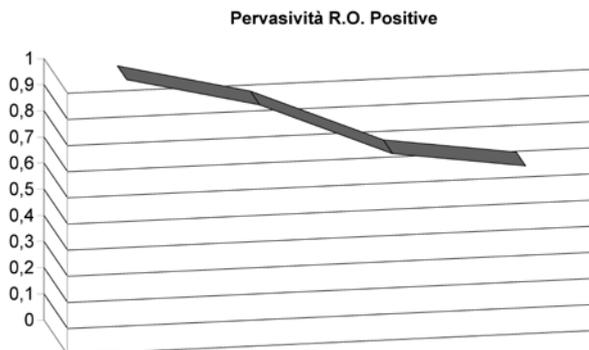


Grafico 2 - Pervasività risposte positive oggetto

	Apr-00	Ott-00	Mar-01	Giù-01
Pervasività R.O. Positive	1	0,88	0,67	0,6

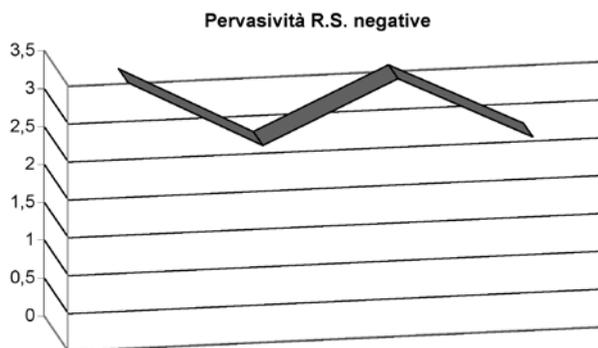


Considerando la somma delle pervasività delle risposte positive del sé (RS positive) queste aumentano dal I periodo al II per poi diminuire nel III e nel IV. Molto simile è l'andamento delle somme delle pervasività delle risposte positive dell'oggetto (RO positive) fatta eccezione per quanto avviene tra il I periodo ed il II.

L'esame della somma delle pervasività delle risposte negative del sé (RS negative) e delle risposte negative dell'oggetto (RO negative) disegna invece un diverso andamento: diminuiscono tra il I e il II periodo per poi aumentare nel III e diminuire nuovamente nel IV.

Grafico 3 - Pervasività RS negative

	Apr-00	Ott-00	Mar-01	GiU-01
Pervasività R.S. Negative	3,36	2,45	3,25	2,4

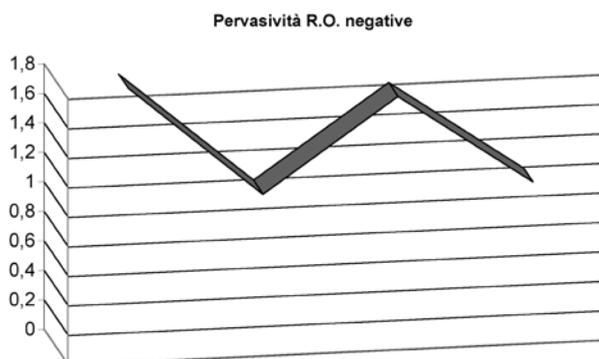


Questi risultati trattergono un andamento tipicamente soddisfacente del procedere della terapia tra il primo e il secondo periodo. Tale direzione è invertita però nel III periodo, quello relativo all'ingresso di una nuova paziente, mostrando un significativo peggioramento secondo lo schema di valutazione classico.

Nel IV periodo, infine, la valutazione del processo terapeutico si fa più controversa e per certi aspetti contraddittoria. Abbiamo voluto dunque approfondire più analiticamente i risultati.

Grafico 4 - Pervasività RO negative

	Apr-00	Ott-00	Mar-01	Giu-01
Pervasività R.O. Negative	1,78	1,02	1,64	1,02



Riportiamo qui le tabelle della pervasività dei bisogni, e delle risposte del sé e dell'oggetto sia positive che negative.

Tabella 3 - pervasività desideri

		Apr-00		Ott-00		Mar-01		Barbara mar.-01		Giu-01	
		F. Grez.	Pervasi.	Fgrez	Pervasi.	Fgrez	Pervasi.	Fgrez	Pervasi.	F. Grez.	Pervasi
1	Essere capito	1	0,03	1	0,03	7	0,13	2	0,12	3	0,05
2	Essere accettato	4	0,12	2	0,05	8	0,15	2	0,12	1	0,02
3	Essere rispettato	1	0,03	2	0,05	9	0,17	2	0,12	6	0,11
4	Accettare gli altri	0	0,00	0	0,00	2	0,04	1	0,06	0	0,00
5	Rispettare gli altri;	0	0,00	6	0,15	1	0,02	0	0,00	0	0,00
6	Avere fiducia	2	0,06	4	0,10	6	0,11	4	0,24	2	0,04
7	Piacere	3	0,09	1	0,03	3	0,06	3	0,18	2	0,04
8	Ricevere confidenze	0	0,00	2	0,05	4	0,07	2	0,12	0	0,00
9	Essere aperti	2	0,06	3	0,08	9	0,17	6	0,35	4	0,07
10	Essere lontano dagli altri	4	0,12	2	0,05	8	0,15	1	0,06	2	0,04
11	Essere vicino agli altri	7	0,21	4	0,10	6	0,11	3	0,18	8	0,14

cont...

12	Aiutare gli altri	0	0,00	1	0,03	1	0,02	0	0,00	0	0,00
13	Essere aiutato	8	0,24	10	0,25	6	0,11	1	0,06	4	0,07
14	Non essere ferito	4	0,12	5	0,13	13	0,24	5	0,29	0	0,00
15	Essere ferito	0	0,00	0	0,00	1	0,02	0	0,00	0	0,00
16	Ferire gli altri	0	0,00	0	0,00	1	0,02	0	0,00	3	0,05
17	Evitare i conflitti	2	0,06	4	0,10	4	0,07	1	0,06	4	0,07
18	Oppormi agli altri	1	0,03	1	0,03	2	0,04	1	0,06	2	0,04
19	Esercitare un controllo sugli altri	2	0,06	3	0,08	0	0,00	0	0,00	3	0,05
20	Essere controllato dagli altri	2	0,06	5	0,13	3	0,06	2	0,12	1	0,02
21	Avere autocontrollo	5	0,15	8	0,20	5	0,09	3	0,18	11	0,20
22	Riuscire	2	0,06	7	0,18	7	0,13	1	0,06	2	0,04
23	Essere indipendente	2	0,06	7	0,18	3	0,06	0	0,00	1	0,02
24	Essere contento di me	1	0,03	5	0,13	2	0,04	2	0,12	6	0,11
25	Migliorare me stesso	1	0,03	4	0,10	4	0,07	4	0,24	3	0,05
26	Essere bravo	0	0,00	2	0,05	5	0,09	4	0,24	5	0,09
27	Essere come un altro	1	0,03	1	0,03	0	0,00	0	0,00	3	0,05
28	Essere una persona con un proprio stile	1	0,03	2	0,05	0	0,00	0	0,00	0	0,00
29	Non sentirmi responsabile, obbligato	4	0,12	7	0,18	2	0,04	1	0,06	11	0,20
30	Essere stabile	1	0,03	2	0,05	3	0,06	1	0,06	9	0,16
31	Sentirmi a mio agio	2	0,06	3	0,08	10	0,19	3	0,18	10	0,18
32	Sentirmi felice	4	0,12	3	0,08	2	0,04	1	0,06	0	0,00
33	Essere amato	3	0,09	1	0,03	5	0,09	3	0,18	0	0,00
34	Impormi	4	0,12	1	0,03	8	0,15	2	0,12	2	0,04

Tabella 4 - pervasività risposte negative oggetto

		Apr-00		Ott-00		Mar-01		Barbara marz.-01		Giu-01	
		F. Grez.	Pervasi.	F. Grez.	Pervasi.	F. Grez.	Pervasi.	F. Grez.	Pervasi.	F gre	Pervasi.
2	Non sono comprensivi	6	0,18	6	0,15	6	0,11	1	0,06	9	0,16
4	Sono rifiutanti	6	0,18	1	0,03	4	0,07	1	0,06	4	0,07

cont...

6	Mom mi rispettano	2	0,06	1	0,03	4	0,07	2	0,12	4	0,07
7	Non hanno fiducia in me	2	0,06	3	0,08	1	0,02	0	0,00	2	0,04
8	Non sono degni di fiducia	3	0,09	2	0,05	6	0,11	1	0,06	2	0,04
10	Non gli piaccio	2	0,06	0	0,00	2	0,04	1	0,06	1	0,02
12	Sono distanti	7	0,21	6	0,15	12	0,22	4	0,24	9	0,16
14	Non disposti ad aiutare	1	0,03	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
15	Mi feriscono	4	0,12	0	0,00	4	0,07	2	0,12	2	0,04
16	Sono feriti	4	0,12	3	0,08	10	0,19	3	0,18	5	0,09
17	Mi contrastano	4	0,12	4	0,10	18	0,33	7	0,41	5	0,09
19	Non sono controllabili	6	0,18	1	0,03	7	0,13	1	0,06	4	0,07
20	Sono dominatori	1	0,03	1	0,03	3	0,06	1	0,06	2	0,04
22	Sono dipendenti	2	0,06	4	0,10	1	0,02	0	0,00	1	0,02
25	Sono cattivi	1	0,03	0	0,00	1	0,02	1	0,06	1	0,02
26	Sono severi	2	0,06	4	0,10	5	0,09	0	0,00	1	0,02
27	Sono aggressivi	2	0,06	0	0,00	1	0,02	1	0,06	1	0,02
28	Sono ansiosi	4	0,12	5	0,13	4	0,07	2	0,12	5	0,09

Tabella 5 - pervasività risposta positiva oggetto

		Apr-00		Ott-00		Mar-01		Barbara marz.-01		Giu-01	
		F. Grez.	Pervasi.	Fgrez	Pervasi.	F. Grez.	Pervasi.	F. Grez.	Pervasi.	F. Grez.	Pervasi.
1	Sono comprensivi	3	0,09	2	0,05	3	0,06	1	0,06	0	0,00
3	Sono accoglienti	3	0,09	6	0,15	4	0,07	1	0,06	0	0,00
5	Mi rispettano	4	0,12	3	0,08	4	0,07	0	0,00	0	0,00
9	Gli piaccio	5	0,15	3	0,08	2	0,04	0	0,00	0	0,00
11	Sono aperti	2	0,06	3	0,08	5	0,09	3	0,18	2	0,04
13	Sono disposti ad aiutare	3	0,09	7	0,18	5	0,09	2	0,12	1	0,02
18	Sono collaboranti;i	6	0,18	4	0,10	6	0,11	3	0,18	0	0,00
21	Rispettano la mia indipendenza	1	0,03	4	0,10	0	0,00	0	0,00	1	0,02
23	Sono indipendenti	2	0,06	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
24	Sono forti	2	0,09	3	0,08	6	0,11	1	0,06	0	0,00
29	Sono felici	1	0,03	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
30	Mi ama	0	0,00	0	0,00	1	0,02	0	0,00	0	0,00

Tabella 6 - pervasività risposte negative sè

		Apr-00		Ott-00		Mar-01		Barbara marz.-01		Giu-01	
		F. Grez.	Pervasi.	Fgrez	Pervasi.	F. Grez.	Pervasi.	F. Grez.	Pervasi.	F. Grez.	Pervasi.
2	Non capisco	12	0,36	11	0,28	9	0,17	3	0,18	4	0,07
6	Non mi piacciono gli altri	2	0,06	1	0,03	2	0,04	1	0,06	1	0,02
8	Non sono aperto	100	0,30	8	0,20	5	0,09	3	0,18	9	0,16
11	Contrasto gli altri	4	0,12	6	0,15	5	0,09	2	0,12	6	0,11
12	Voglio dominare	1	0,03	1	0,03	1	0,02	0	0,00	0	0,00
13	Non ho autocontrollo	6	0,18	1	0,03	6	0,11	2	0,12	4	0,07
16	Sono dipendente	4	0,12	7	0,18	7	0,13	3	0,18	2	0,04
17	Mi sento impotente	11	0,33	12	0,30	23	0,43	10	0,59	11	0,20
19	Sono insicuro	8	0,24	5	0,13	18	0,33	6	0,35	10	0,18
20	Mi sento deluso	14	0,42	13	0,33	23	0,43	8	0,47	29	0,52
21	Sono arrabbiato	7	0,21	3	0,08	9	0,17	1	0,06	8	0,14
22	Sono depresso	9	0,27	6	0,15	16	0,30	7	0,41	5	0,09
23	Non mi sento amato	3	0,09	0	0,00	3	0,06	0	0,00	7	0,13
24	Sono geloso	0	0,00	0	0,00	1	0,02	0	0,00	0	0,00
25	Mi sento in colpa	4	0,12	6	0,15	8	0,15	4	0,24	11	0,20
26	Mi vergogno	1	0,03	3	0,08	7	0,13	4	0,24	2	0,04
27	Sono ansioso	13	0,39	13	0,33	29	0,54	10	0,59	18	0,32
31	Sintomi somatici	2	0,06	2	0,05	4	0,07	0	0,00	1	0,02

Tabella 7 - pervasività risposte positive sè

		Apr-00		Ott-00		Mar-01		Barbara marz.-01		Giu-01	
		F. Grez.	Pervasi.	Fgrez	Pervasi.	F. Grez.	Pervasi.	F. Grez.	Pervasi.	F. Grez.	Pervasi.
1	Capisco	1	0,03	2	0,05	14	0,26	4	0,24	5	0,09
3	Mi sento accettato	1	0,03	6	0,15	0	0	0	0,00	1	0,02
4	Mi sento rispettato	1	0,03	3	0,08	2	0,04	0	0,00	0	0,00
5	Mi piacciono gli altri	3	0,09	5	0,13	2	0,04	0	0,00	1	0,02
7	Sono aperto; mi esprimo	4	0,12	1	0,03	8	0,15	5	0,29	1	0,02

cont...

9	Sono disposto ad aiutare	1	0,03	1	0,03	2	0,04	0	0,00	1	0,02
14	Ho autocontrollo	3	0,09	5	0,13	3	0,06	1	0,06	4	0,07
15	Sono indipendente	0	0	5	0,13	2	0,04	0	0,00	0	0,00
18	Mi sento sicuro di me	1	0,03	1	0,03	2	0,04	0	0,00	4	0,07
28	Mi sento a mio agio	4	0,12	4	0,1	4	0,07	1	0,06	2	0,04
29	Sono felice	1	0,03	1,00	0,03	0,00	0	0	0,00	0	0,00
30	Mi sento amato	0	0	3,00	0,08	1,00	0,02	0	0,00	0	0,00

Osservando il profilo dei desideri (Tab.3) troviamo confermata l'ipotesi che nel gruppo siano presenti più modelli relazionali¹. Infatti appaiono diversi picchi di intensità analoga per pervasività dei desideri. Tale configurazione rende difficoltosa l'applicazione di una impostazione "focale" ed univoca nella valutazione del CCRT.

Possiamo notare, però, che mentre la pervasività dei bisogni nei periodi di aprile 2000 ed ottobre 2000 è molto simile, almeno per quanto riguarda la componente "desiderio" del CCRT primario, nei periodi marzo e giugno 2001 questa pervasività appare molto più irregolare. Il gruppo in questi due ultimi periodi sembra destrutturare i propri desideri facendo emergere nuovi modelli relazionali. Anche il numero di desideri che raggiungono una forte pervasività è molto più elevato negli ultimi due periodi rispetto ai primi (soprattutto nella III tranche di sedute).

All'interno di questa sorta di continuità nelle prime due tranches di sedute le RS e le RO sono generalmente connotate da una maggiore positività.

¹ Traiamo questa osservazione dal valore puramente descrittivo dal confronto con i dati di una ricerca condotta nel '97 su un campione italiano di 20 psicoterapie individuali condotte secondo orientamenti diversi (orientamento psicoanalitico; strategico relazionale; sessuologico-interazionista) (Dazzi, De Coro, Ortu, Andreassi, Cundari, Ostuni, Petrucci, Sergi, 1998). L'applicazione del CCRT alle trascrizioni delle terapie ha evidenziato che all'interno di ogni singola seduta venivano in media espresse 8,9 occorrenze della componente "desideri" (contro le 38 espresse in media dal gruppo del presente studio), 14,8 occorrenze della componente "risposte dell'oggetto" (nel gruppo hanno una media di 32,36), 19,9 occorrenze della componente "risposte del sé" (confrontate con la media di 56,6 occorrenze nel gruppo della ricerca).

Viceversa la discontinuità del III e del IV periodo è associata ad una maggiore negatività o quantomeno ad una irregolarità delle RS e delle RO.

Scendendo nei particolari il CCRT primario e secondario di aprile è il seguente:

CCRT DEL GRUPPO I PERIODO

W “Voglio essere aiutato; (13) essere vicino agli altri(11)

RO Ma gli altri sono distanti; non sono controllabili-non sono affidabili; non sono comprensivi; sono rifiutanti; sono collaboranti (compiacenti).

RS La mia reazione è che mi sento deluso ; sono ansioso-ho paura-sono preoccupato.

CCRT PRIMARIO: Voglio essere aiutato; gli altri sono distanti, la mia reazione è che sono deluso .

CCRT SECONDARIO: Voglio essere vicino agli altri; gli altri sono collaboranti (compiacenti); non controllabili (inaffidabili), non comprensivi, rifiutanti; io ho paura .

Emergono contenuti narrativi in cui i desideri emergenti per frequenza sono: ”l’esigenza di essere aiutati”(13) ed “essere vicino agli altri” (11). Tali desideri si mostrano nettamente pervasivi nel CCRT del gruppo rispetto agli altri desideri dimostrando l’esistenza di un compito grupppale sufficientemente definito e focale.

Emergono in questa condizione pervasività delle RO e delle RS prevalentemente negative.

CCRT DEL GRUPPO II PERIODO

W “Voglio essere aiutato; avere autocontrollo-essere coerente.

RO Gli altri sono disposti ad aiutarmi/ sono accoglienti; sono distanti; non comprensivi nei miei confronti.

RS La mia risposta è che non sono aperto ossia sono inibito, non

espansivo; sono ansioso; mi sento deluso (non mi sento realizzato), (autocontrollo).

CCRT PRIMARIO: Voglio essere aiutato; gli altri sono disposti ad aiutarmi/sono accoglienti; ma io non sono aperto (sono distante, inibito.)

CCRT SECONDARIO: Voglio avere autocontrollo; gli altri non sono comprensivi, sono distanti; io mi sento deluso.

Il desiderio che emerge più frequentemente è ancora "l'esigenza di essere aiutato" (13). In contrasto ad esso emergono una serie di desideri legati all'affermazione di sé e all'autosufficienza: "avere autocontrollo" (21), "riuscir e" (22), "essere indipendente" (23), "non sentirmi responsabile o obbligato" (29). I desideri 22, 23, 29 sono molto simili per pervasività al secondo desiderio prevalente "avere autocontrollo".

L'emergere dei bisogni, nelle due tranches di sedute, sembra procedere all'insegna di sostanziale continuità e coerenza, non solo per l'andamento del profilo, ma anche in base all'evoluzione plausibile dei processi di gruppo, in cui il la dipendenza entra in conflitto con l'autonomia e l'affermazione di sé.

Abbiamo già rilevato che in queste prime due tranches di sedute si osserva la significativa diminuzione della somma delle pervasività delle RO negative (i pazienti appaiono più disposti ad aiutare e più accoglienti) e contemporaneamente l'aumento delle RS positive (i pazienti si sentono meno ansiosi, delusi e depressi e più indipendenti, più accettati). (tab 4 e 7). Per quanto riguarda la leggera diminuzione delle R.O. positive sembra che queste vadano ascritte soprattutto all'emergere di nuovi bisogni di autonomia nella seconda tranche di sedute piuttosto che al bisogno di essere aiutati che trova una risposta positiva dell'oggetto ("sono disposti ad aiutarmi") come si può osservare dalle R.O. del CCRT primario. Quindi potremmo ipotizzare che il ritrovare un maggior numero di risposte negative dell'oggetto possa essere conseguenza dell'attivazione di nuovi desideri all'interno dei modelli relazionali.

Da quanto detto si evince che la RO diviene ambivalente rispetto alla più decisa negatività delle RO del primo periodo.

Il terzo gruppo di sedute, preso in esame è caratterizzato dall'ingresso di una nuova paziente.

Osservando la tabella delle pervasività dei desideri notiamo un notevole cambiamento di questi.

CCRT DEL GRUPPO III PERIODO (Ingresso Barbara)

W “Il mio desiderio è evitare dolori e seccature; sentirmi a mio agio.

RO Però gli altri mi contrastano; sono distanti.

RS La mia reazione è che sono ansioso-ho paura; sono deluso (non sono soddisfatto); mi sento impotente(incompetente).

CCRT PRIMARIO: Non voglio essere ferito (evitare il rifiuto, proteggermi); gli altri mi contrastano (negano i miei desideri, mi ostacolano); io sono ansioso.

CCRT SECONDARIO: Voglio sentirmi a mio agio (rilassarmi, non sentirmi a disagio); gli altri sono distanti (insensibili, non disponibili); io mi sento impotente (incompetente, inadeguato); e deluso.

Dall'aumento significativo delle frequenza delle componenti del C.C.R.T. (Tab 8), avevamo ipotizzato una chiara tendenza alla destrutturazione e alla frammentazione dei modelli relazionali prevalenti in conseguenza dell'emergenza emotiva conseguita dall'ingresso della nuova paziente.

Tabella 8 - Rapporto fra numero di episodi relazionali (RE) e componenti (W,RS,RO)

1° fase- Aprile 2000	8,97
2° fase- Ottobre 2000	7,58
3° fase- Marzo 2001	9,09
4° fase- Luglio 2001	5,66

Si evidenzia la loro pervasività i desideri di “non essere ferito”(14) e “voglio sentirmi a mio agio” (31), mentre diminuisce sensibilmente quello di “essere aiutato”(13).

Gli altri bisogni che emergono in modo più intenso come “essere aperti” (9), “essere accettato”, (2) “essere capito” (1), sono ulteriormente indicativi di come il gruppo si senta minacciato dall’ingresso della nuova paziente.

Le RO risultano di minore sostegno e di minore aiuto e sono rappresentate attraverso temi inerenti il contrasto, la distanza e l’incontrollabilità.

Per quanto riguarda le RS positive e negative emerge che i pazienti si sentono più dipendenti, ansiosi, insicuri, depressi e impotenti.

In questa terza tranche di sedute il gruppo appare significativamente destrutturato in quanto emergono 7 o 8 picchi di pervasività dei desideri a differenza dei periodi precedenti. Dalle narrative emergono temi nuovi che sono in relazione con sentimenti collegabili al nuovo ingresso. Possiamo dunque dedurre che questo sia stato sentito come persecutorio in base al desiderio emergente di non essere ferito, e in base alla diminuzione della positività delle RO e delle RS.

Abbiamo a questo punto voluto esaminare il CCRT della nuova entrata, per vedere se queste variazioni nelle narrative potessero essere attribuibili ai suoi modelli relazionali.

CCRT Barbara di 16/23/30/ Marzo 2001

- W** Io voglio essere aperta (esprimermi), non essere ferita;
RO Gli altri mi contrastano, sono distanti (sono insensibili);
RS Io quindi mi sento ansiosa, mi sento impotente (incompetente, inadeguata), e mi sento anche delusa (non sono soddisfatta).

CCRT Primario: Voglio essere aperta; ma gli altri mi contrastano (negano/bloccano i miei desideri, mi ostacolano); io reagisco sentendomi ansiosa ed impotente (inadeguata).

CCRT Secondario: io non voglio essere ferita (proteggermi, difendermi); ma gli altri sono distanti (sono insensibili); io quindi mi sento delusa (non sono soddisfatta).

Confrontando il profilo del C.C.R.T. di Barbara con quello del gruppo possiamo osservare come quest’ultimo sostenga a livello quantitativo il desiderio: “non essere ferito” (14) della nuova entrata. Questo desiderio sembra stato colto dagli altri membri del gruppo e abbia apportato una nuova con-

figurazione dinamica. Il fatto che il gruppo sostenga questo desiderio di Barbara non è dovuto solo alla storia precedente di questo gruppo ma anche dal fatto che il desiderio della paziente esprime anche le problematiche attuali del gruppo conseguenti ai nuovi compiti affettivi che ciò implica.

Il desiderio di “essere aperto”(9) , invece, non trova un corrispettivo nelle risonanze affettive del gruppo e non risulta altrettanto sostenuto. Il gruppo, invece, sostiene le rappresentazioni dei desideri: “impormi”(34), “essere capito”(1), “essere accettato”(2) “essere rispettato”(3), desideri che possono essere riferiti soprattutto al rapporto con gli altri.

Per quanto riguarda la pervasività delle RO, queste si organizzano in modo omogeneo rispetto a: “mi contrastano”(17), “sono distanti”(12), e le risposte del sé diventano quasi sovrapponibili nel profilo individuale e in quello di gruppo con la prevalenza di “sono ansioso”(27) e “mi sento impotente”(17).

Possiamo ipotizzare, dunque, che secondo gli aspetti del CCRT, nella relazione individuo gruppo, il gruppo svolga una funzione di filtro emotivo e tenda a trovare nuove sintesi fra nuove emergenze affettive, la propria storia, e i modelli relazionali di Barbara. Ciò sembra compiersi attraverso la costruzione di nuovi modelli relazionali dedotti dalle narrative e l'evidenza di nuove sintesi che producono un aumento delle RO e delle RS negative.

La quarta tranche di sedute è relativa alle tre sedute precedenti all'interruzione estiva.

Abbiamo osservato che in questa tranche di sedute è diminuito il rapporto fra episodi relazionali e le componenti degli episodi stessi (soprattutto per quanto concerne la R.O.). Questa minore frequenza è stata da noi intesa come un anticipato segnale di ritiro, di disinvestimento del rapporto terapeutico.

Osserviamo nello specifico i cambiamenti.

CCRT DEL GRUPPO IV PERIODO (periodo antecedente l'interruzione estiva)

W “Voglio avere autocontrollo; non sentirmi responsabile; sentirmi a mio agio.

RO Però gli altri non sono comprensivi; sono distanti; sono inoltre feriti (addolorati); mi contrastano; sono ansiosi, spaventati.

RS La mia reazione è che mi sento deluso; e sono ansioso.

CCRT PRIMARIO: Voglio avere autocontrollo; non sentirmi responsabile; però gli altri non sono comprensivi; sono distanti; dunque io mi sento deluso.

CCRT SECONDARIO : Voglio sentirmi a mio agio; ma gli altri sono feriti (addolorati); mi contrastano; sono ansiosi, spaventati; conseguentemente io sono ansioso.

Si nota un aumento dei desideri: “avere autocontrollo”(21) “non sentirsi responsabile”(29), “sentirsi, a proprio agio”(31) che esprimono un conflitto fra la spontaneità e il limite di questa. Diminuiscono, invece, i desideri che hanno più a che fare con gli investimenti oggettuali: “rispettare gli altri”(5), “essere aiutato”(13) “ non essere ferito”(15).

Sembra che in questa fase i pazienti ripieghino maggiormente su loro stessi, confidando sulle proprie risorse, piuttosto che su quelle degli altri.

In questo contesto la sospensione estiva sembra essere vissuta come una situazione di abbandono, le RO presentano, infatti, temi legati al sentire gli altri distanti (12), non comprensivi”(2), ansiosi, rifiutanti, e feriti, ciò ad indicare la rappresentazione di un oggetto rifiutante ed anche danneggiato.

Le RO e le RS positive diminuiscono, mentre troviamo in modo inaspettato che le RO e le RS negative diminuiscono. Da ciò possiamo inferire che le risposte del sé e dell’oggetto non trovano connotazione positiva ma neanche una connotazione negativa rispetto ai periodi precedenti. Da quanto osservato troviamo una conferma dell’ipotesi precedentemente formulata secondo la quale pazienti operano un disinvestimento della relazione terapeutica in prossimità della interruzione estiva.

6. Conclusioni

Il termine conclusioni ci sembra inadeguato in quanto la nostra ricerca mantiene le forti caratterizzazioni di un’osservazione standardizzata sul cam-

po, “work *in progress*” piuttosto che un “laboratorio”. Infatti è stato difficile escludere eventuali altri fattori che potessero determinare i risultati ottenuti, nè al momento attuale disponiamo di dati riferiti ad altri gruppi terapeutici che ci consentano un confronto. Più che a fornire risposte certe, la ricerca si è dimostrata utile per il suo valore euristico, indicando alcune ipotesi da sottoporre ad ulteriore verifica.

Essa ha mostrato che l'applicazione del CCRT ad una situazione grup-pale permette di rappresentarne la processualità psicodinamica. La sua utilità, tuttavia, non è risultata tanto quella di costituirsi come un metodo per valutare l'efficacia del processo, quanto quella di prezioso strumento per monitorare l'evoluzione di alcuni processi intrapsichici e relazionali nel corso del trattamento gruppo-analitico. Tra i fattori che hanno probabilmente reso difficoltoso la valutazione dello strumento è preminente il fatto che le psicoterapie individuali, per i quali il CCRT è stato pensato, prevedono una stabilità dei modelli relazionali primari che la situazione grup-pale non può offrire. I dati risultanti dall'applicazione del CCRT al gruppo sono pertanto molto sensibili a variabili di contesto.

La poliedricità dei desideri di cui il gruppo è portatore si palesa infatti, secondo il nostro studio, soprattutto in concomitanza di eventi emotivi particolarmente salienti per il gruppo.

L'ingresso di una nuova paziente e l'imminente separazione estiva hanno modificato significativamente l'assetto del gruppo. Sembra, infatti, apparire una destrutturazione nel profilo dei desideri. Il gruppo appare frammentare e oscurare i propri modelli relazionali creando nuove sintesi e formando così nuovi schemi per affrontare la nuova emergenza affettiva. Nella terza fase del lavoro terapeutico qui studiato, il desiderio più frequente è “non essere ferito”, mentre nella quarta i desideri emergenti palesano un appello alle risorse individuali: “avere autocontrollo”, “sentirmi a mio agio”. Tali contenuti, nello specifico, potrebbero essere collegati anche alla nascente necessità di disinvestire il gruppo alla vigilia dell'imminente distacco estivo.

Riguardo alla ipotizzata “plasticità” del gruppo, infine, confrontando i dati riguardanti l'intero gruppo con quelli della paziente entrata per ultima, è emerso che il gruppo accoglie gli apporti narrativi del singolo particolarmente consonanti con lo stato emotivo che si trova a fronteggiare in quel momento,

incentrando le proprie narrative su episodi analoghi, per tinte motivazionali, a quelli introdotti dal singolo. Viceversa, il gruppo tende a non riecheggiare quei modelli emotivo-relazionali proposti dal singolo se questi non coincidono con lo stato emotivo attuale del gruppo stesso.

In ultima analisi, ci sembra che l'applicazione del CCRT alla situazione grupppale permetta di operare una distinzione tra il concetto del "modello relazionale conflittuale centrale", quale trama delle relazioni interpersonali del paziente in psicoterapia individuale, e un nuovo costrutto di "modello relazionale conflittuale centrale", quale complesso nucleare di aggregazione dei significati affettivi e delle interazioni all'interno di un gruppo terapeutico.

Nel primo caso "centrale" (o "nucleare" nell'accezione psicoanalitica) implica una relativa costanza nel tempo: il modello relazionale manifesta una continuità evolutiva, poiché mette in luce il "nucleo" conflittuale infantile (o comunque originato nella storia precedente della persona e delle relazioni con gli altri significativi) della personalità individuale, con la sua probabile riattualizzazione nel transfert.

Nel secondo caso "centrale" conserva il significato di "nucleare", ma comprende il condensarsi di tutti i pensieri e di tutte le emozioni dei membri del gruppo (terapeuti inclusi), come co-costruzione di quel gruppo e di quei partecipanti. La collocazione temporale di questo "centro" del gruppo va posta maggiormente nel presente, nel "qui ed ora", nel "divenire" del processo terapeutico: si tratta dunque di un nucleo di significati affettivi in continua trasformazione, che testimonia le vicende relazionali del gruppo in modo più sensibile alle variazioni determinate dall'intreccio di fattori esterni ed interni al setting terapeutico.

Bibliografia

- BUCCI, W. (1997), *Psychoanalysis and Cognitive Science*, trad.it *Psicoanalisi e Scienza Cognitiva*, Giovanni Fioriti, Roma 1999.
- CRITS-CHRISTOPH P. (1998), Il nucleo interpersonale della psicoterapia in *Laboratorio di ricerca* n. 1, 1998, 4-18.
- DAZZI N., DE CORO A. (2001), *Psicologia Dinamica, le teorie cliniche*, Editori Laterza, Roma-Bari 2001

- DE CORO A., ANDREASSI S. (2004), *La ricerca empirica in psicoterapia*, Carocci, Roma.
- LUBORSKY L., CRITS-CRISTOPH P. (1990), *Capire il transfert*, Milano, Raffaello Cortina, 1992
- LUBORSKY L., DIGUER M., KACHELE H. et al. (2000), Una guida ai metodi, alle scoperte, e al futuro del CCRT, *Ricerca in Psicoterapia*, 1/2000
- MAGONE P. (1995), *Terapia psicoanalitica*, Franco Angeli, Milano.
- NEBBIOSI, SILVERS (1999), I Principi Organizzatori di Gruppo: Aspetti Teorici e Clinici, *Atti del convegno internazionale "Oggetto-Gruppo"*, Ottobre 1999, Roma.
- NERI, C. (2001), *Gruppo*, Borla, Roma.
- ROTH A., FONAGY P. (1996), *Psicoterapie e prove d'efficacia: quale terapia per quale paziente*, trad.it. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1997.
- STAATS H., MAY M., HERRMANN C., KERSTING A., KÖNIG K. (1998), Different patterns of change in narratives of men and women during analytical group psychotherapy, *International Journal of Group Psychotherapy*, 48, 3, 65-87.

INTORNO AD ALCUNE PREMESSE DELLA RICERCA EMPIRICA IN PSICOTERAPIA

OSSERVAZIONI A VALLE DELLA LETTURA DI *COME FUNZIONANO LE PSICOTERAPIE*
DI SANTO DI NUOVO, GIROLAMO LO VERSO E COLLABORATORI

*Sergio Salvatore**

La ricerca in psicoterapia in Italia ha in questi anni fatto passi avanti significativi.

Il dibattito sulla verifica empirica della psicoterapia è approdato nel nostro Paese in ritardo rispetto al suo sviluppo nel contesto anglosassone. Come è risaputo, i primi tentativi di studiare in modo sistematico gli effetti della psicoterapia risalgono a quasi un secolo fa. Nel suo *Trattato di psicoanalisi*, Otto Fenichel (1945) fa riferimento ad un insieme di studi degli effetti del trattamento psicoanalitico (Fenichel, 1945, trad. it. 1951, pag. 651), il primo dei quali risalente al 1917 (Coriat 1917). Fino agli anni Cinquanta questo genere di studi consiste in raccolte retrospettive di percentuali di miglioramento, per quanto ampie, comunque basate su parametri di controllo scarsamente articolati (Lingiardi, 2001; Lis, Salcuni, Parolin, 2003). È entro tale scenario che l'articolo di Eysenck del 1952 segna una svolta culturale. Prima ancora che per la provocatorietà delle conclusioni, ciò che ha portato molti a considerare tale saggio come il momento iniziale della *outcome research* è il richiamo che l'autore fa alla necessità di una metodologia controllata per produrre ed interpretare i dati clinici.

In Italia il tema della analisi empirica degli effetti della psicoterapia è stato introdotto più di trent'anni dopo il lavoro di Eysenck, con un intervento di carattere programmatico di Minguzzi, ospitato sul Giornale Italiano di Psicologia (Minguzzi, 1986). L'anno successivo fu pubblicata la prima rassegna sistematica in lingua italiana della letteratura (Cecchini, Barberi, Salvatore, 1987). Vennero poi i primi convegni (ne ricordo uno su tutti:

* Professore di Psicologia Dinamica - Università degli Studi di Lecce

“La validazione scientifica nelle psicoterapie psicoanalitiche”, Venezia, 18-19 maggio 1991; i cui atti sono raccolti nel volume: Zabonati, Migone e Maschietto, 1993) e, soprattutto, nel dicembre 1995 la nascita della sezione italiana della *Società di Ricerca in Psicoterapia (SPR)*, che in questi ultimi dieci anni ha svolto un ruolo fondamentale, sostenendo la crescita dei gruppi di ricerca, promuovendone la qualificazione, offrendo spazi e dispositivi di interscambio e collaborazione; favorendo i legami con il contesto internazionale. Tutto ciò ha dato un impulso significativo al movimento italiano della ricerca in psicoterapia. Certamente ancora molto resta da fare, dal punto di vista dell’innalzamento complessivo della qualità della ricerca, dunque della sua capacità di penetrazione internazionale; tuttavia è innegabile che in questi anni si è recuperato molto del ritardo accumulato, al punto che in modo sempre più evidente la ricerca italiana nel campo mostra di essere in grado di iscriversi entro il circuito internazionale, dunque di partecipare attivamente al suo sviluppo.

Il volume *Come funzionano le psicoterapie*, curato da Santo di Nuovo e Girolamo Lo Verso (2005) è un segno ed allo stesso tempo un contributo significativo a simile linea di sviluppo. Il libro riporta i risultati del progetto Val.Ter (Valutazione delle terapie psicologiche), che lo staff di ricerca coordinato dai due autori sta portando avanti oramai da un decennio e che, come sottolinea lo stesso Santo Di Nuovo nella Premessa al volume, è ben lontano dal concludersi, configurandosi piuttosto come un “data-base aperto e continuamente aggiornato” (Di Nuovo, 2005, pag. 10).

Il progetto Val.Ter prevede lo studio longitudinale di psicoterapie di diverso indirizzo teorico tecnico e struttura di setting (cognitivo, psicodinamico, familiare; terapia individuale, di coppia, di gruppo), analizzate sia dal punto di vista del processo clinico che degli esiti intermedi e finali, attraverso un set di strumenti in parte trasversali ed in parte specifici per modello di teoria della tecnica.

Per diverse ragioni, Val.Ter rappresenta un modo innovativo di fare ricerca clinica. Di seguito voglio brevemente richiamare le principali di queste ragioni. Così facendo conto di enucleare un ventaglio di questioni che costituiscono altrettanti nodi intorno ai quali a mio avviso ruotano le prospettive di sviluppo della ricerca empirica nel campo della psicoterapia.

1. Quantitativo e qualitativo: percorsi di scienza idiografica

Innanzitutto, merita di essere evidenziata la specificità dell'impianto metodologico adottato dall'indagine: tale ricerca è un esempio di come il qualitativo ed il quantitativo possono essere utilizzati in termini complementari. Il progetto Val.Ter, da un lato, si avvale di questionari ed altri dispositivi standardizzati, applicati in fase di pre-test, di post-test e di follow up a 6 mesi; dall'altro, di metodi di tipo quali-quantitativo e qualitativo, finalizzati all'analisi del processo terapeutico e della relazione tra terapeuta e paziente, così come alla ricostruzione del significato che il paziente ha elaborato relativamente all'esperienza del lavoro clinico ed al cambiamento da essa indotto. In definitiva, l'uso complementare di indici psicometrici e di modalità di ispirazione ermeneutica permette di riempire di sostanza clinica le misurazioni dei cambiamenti e, allo stesso tempo, di dare fondamento empirico alle analisi cliniche del processo e del cambiamento terapeutico.

Da questo punto di vista, la peculiarità del progetto Val.Ter non sta solo nel impiego convergente di strumenti di diversa matrice metodologica. Sta anche e soprattutto nella predisposizione di un impianto articolato, basato sull'analisi clinica dei casi (il libro riporta per ciascun caso trattato un resoconto sintetico dell'andamento del processo terapeutico e dei suoi esiti), tuttavia impostate in modo da rendere i risultati confrontabili tra loro. Ciò è stato possibile grazie al ricorso ad un sistema psicometricamente fondato di analisi delle variazioni pre-post *interne* al singolo caso¹.

Simile impostazione di analisi ha implicazioni concettuali rilevanti, intorno alle quali è importante che la discussione teorica e metodologica si sviluppi. La ricerca in psicoterapia, in particolare l'*outcome research*, ed ancora più specificamente quella parte della *outcome research* improntata alla filosofia *Evidence Based*, ha tradizionalmente adottato il modello sperimentale di analisi, basato sul principio del confronto tra i gruppi. Tale logica implica di fatto l'assunto nomotetico - più o meno implicitamente dato- circa il carattere

¹ A tal fine è stato utilizzato un indice frutto della recente letteratura specialistica (*Reliable Change Index*; Ogles, Lunnen, Bonesteel, 2001) utilizzato secondo la logica meta-analitica, come parametro di misurazione dell'*effect size* (Smith, Glass, 1978; Santo di Nuovo, 1995).

irrilevante o comunque trascurabile della variabilità intra-individuale. Tuttavia, questo assunto è controverso, bersaglio di critiche provenienti da punti di vista tra loro differenti, che, in un modo o nell'altro, considerano priva di fondamento di costruito la scelta di trattare i fenomeni psicologici in chiave di leggi invarianti; in altri termini di modellarli sotto forma di regole di funzionamento acotestuali ed astoriche (Gergen 1999; Carli, Paniccia, 1999).

Da questo punto di vista il progetto Val.Ter va nella direzione segnata da una differente filosofia di analisi, animata dall'esigenza di portare a sintesi: da un lato, il riconoscimento della contestualità e specificità dei fenomeni psicologici, dunque della necessità di adottare criteri idiografici di analisi; dall'altro l'obiettivo epistemologico e metodologico di preservare la capacità di cumulabilità delle produzioni locali di conoscenze.

A proposito di tale approccio, Molenaar e Valsiner (2005) parlano di scienza idiografica² - proprio per evidenziare come il riconoscimento del carattere contestuale e specifico dei fenomeni psicologici non vada considerato come il limite della possibilità di sviluppare conoscenze cumulabili, quanto piuttosto il criterio in rapporto al quale configurare i metodi di costruzione delle conoscenze sui fenomeni e della loro combinazione. Più in particolare, gli autori evidenziano come l'approccio da loro proposto implichi un'idea generale del funzionamento degli oggetti psicologici come sistemi multidimensionali che si evolvono nel tempo. Ciascuna delle dimensioni di questo sistema dinamico può essere teoricamente descritta nei termini di una variabile, quantificabile attraverso opportuni processi di misurazione. A partire da tale presupposto, la dinamica temporale del fenomeno psicologico, nei suoi termini generali, può essere modellizzata nei termini di una funzione di sistema che nella sua forma più comprensiva assume la seguente formulazione

$$y_{p(t)} = F_p[x_{p(t)}, \epsilon_{p(t)}, t]$$

Tale formulazione sta ad indicare che lo stato del sistema y_p - dipendente dal tempo (t) - è una funzione $F_p[.,.,t]$ - *specifica per il soggetto "p"* - dipendente

² Questo nome caratterizza anche la rivista on line recentemente fondata dagli autori (*International Journal of Idiographic Science*; ritrovabile all'indirizzo URL: www.valsiner.com)

dalle variazioni temporali delle variabili $\mathbf{x}_{p(t)}$ e delle influenze marginali $p(t)$.

Molenaar e Valsiner (2006) mettono in evidenza due aspetti di tale funzione. In primo luogo, il fatto che essa non preclude la possibilità di utilizzare le diverse tecniche statistiche generalmente utilizzate in campo psicologico. In secondo luogo, il carattere idiosincratico della funzione $F_p[.,.,t]$, da interpretare come modello soggetto-specifico. Qui sta la differenza con l'approccio nomotetico: nel modello idiografico la funzione $F_p[.,.,t]$ varia in modo strutturalmente arbitrario tra i soggetti rendendo impossibile considerare le differenze intersoggettive come marginali.

Il modello nomotetico analogo a quello ora descritto è dato dalla funzione di sistema:

$$\mathbf{y}_{i(t)} = \mathbf{F}[\mathbf{x}_{i(t)}, \boldsymbol{\varepsilon}_{i(t)}, t]; i=1, 2, \dots, n$$

Tale formulazione implica la funzione F valida in modo trasversale ed invariante per tutti i soggetti i , in quanto intesi come membri di una classe omogenea. Per dirla con altri termini, nel modello nomotetico la funzione $F[.,.,t]$ non dipende da i ; vale a dire: non varia tra i membri della classe i .

Tutto ciò per rendere evidente un punto: l'approccio idiografico di analisi non implica una rinuncia alla quantificazione; ciò che lo qualifica è il riconoscimento della necessità di assumere il caso individuale (che non coincide necessariamente la singola persona) come contesto di analisi. Il che significa, riportando tale logica al campo di indagine che ci interessa, rendere rilevante - *oggetto e/o criterio* della conoscenza - la variabilità interna al soggetto; cioè la variabilità che si dispiega lungo ed in ragione della dinamica temporale del processo clinico in cui ciascun caso singolo consiste.

2. Processo ed esito: oltre la polarizzazione tra validità interna ed esterna

Il modo di concettualizzare l'analisi dei casi ora evocato, caratterizzato per una combinazione di approccio idiografico ed attenzione alla modellizzazione del fenomeno - in ragione della possibilità di trasferire i risultati della analisi al di là del contesto individuale di studio, dunque di utilizzarli in

chiave cumulativa - apre la strada ad alcune importanti innovazioni. Qui ne segnaliamo in particolare due: l'introduzione, entro l'approccio *single case*, dello studio delle serie temporali (Bakeman, Gottman, 1997) e dei modelli elaborati dalla teoria matematica dei sistemi dinamici (Tschacher, Schiepek, Brummer, 1992; Salvatore, Tebaldi, Potì, 2006, accettato per la pubblicazione).

Da un punto di vista più generale, va osservato che l'adozione di una metodologia di indagine focalizzata sul singolo caso, tuttavia in grado di garantire la trasferibilità dei risultati delle analisi idiografiche, è un presupposto ed al contempo un fattore di impulso per l'integrazione della ricerca di processo e di esito. È risaputo che lo sviluppo della *process research* ha spostato il centro del dibattito dal problema di *se* alla questione di *come* le psicoterapie funzionano. L'adozione di impianti che indagano in grado di connettere e rendere complementari l'analisi del processo e la valutazione degli esiti è un ulteriore livello di innovazione, per certi versi espressione di una evoluzione naturale della *process research*, comunque segno di un passaggio rilevante, la cui affermazione rappresenta un salto di qualità del campo. Impianti di ricerca che integrano al loro interno analisi di processo e di esito, infatti, sono in grado di realizzare due complementari operazioni concettuali. Da un lato, sostanziare di significato clinico la descrizione operativa degli esiti, attraverso l'ancoraggio interpretativo di tali descrizioni alle dinamiche di setting di cui tali esiti costituiscono il precipitato. Dall'altro, assumere i risultati come termine *a quo* in ragione del quale studiare il ruolo dei fattori di processo come vettori/mediatori del cambiamento.

In definitiva l'integrazione processo-esito implica un ripensamento del senso stesso dell'indagine empirica sulla psicoterapia, una reinterpretazione delle sue finalità, che chiede di orientare strategicamente la ricerca in ragione delle esigenze di governo clinico dei setting di intervento. Vale la pena in proposito riportare quanto recentemente affermato da Lambert, Bergin e Garfield (2004) a proposito delle potenzialità di quella che tali autori chiamano l'*outcome management research*,

“Diverse tendenze nella ricerca in psicoterapia appaiono come maggiormente promettenti rispetto alla creazione di liste di trattamenti per patologie. Queste nuove promettenti strategie sono probabilmente in grado di rendere la ricerca più utile e maggiormente capace di avere un impatto sulla realtà dei

pazienti, rispetto alla ricerca finalizzata alla individuazione degli EST. Per quanto la maggior parte della ricerca si basi sull'analisi statistica delle differenze tra gruppi di trattamento e di controllo - differenze valutate attraverso inferenze basate su gruppi - vi è tuttavia un movimento verso l'adozione di criteri di cambiamento focalizzati sul singolo paziente, clinicamente significativi (...)

Definite in vari modi - "*patient-based research*", "*quality management*", "*outcome management*" - queste modalità di ricerca fanno uso di strategie statistiche volte a modellizzare la risposta attesa del paziente al trattamento in relazione alla risposta effettivamente data dal paziente ed utilizzano definizioni clinicamente significative degli esiti finali (...) La *outcome management research* è volta ad aiutare i clinici a monitorare in termini formalizzati la risposta del paziente al trattamento; essa permette dunque di adattare i trattamenti in tempo reale. *A differenza di altre strategie di ricerca, l'outcome management rende la ricerca empirica una effettiva componente delle pratiche di routine, piuttosto che una astrazione estranea, per i clinici difficilmente incorporabile entro le prassi.*" (Lambert, 2004, pag. 9, traduzione nostra; corsivo nel testo)

Il fatto che queste affermazioni siano state avanzate all'interno del capitolo introduttivo dell'ultima edizione - curata dallo stesso Lambert (2004) - dell'*Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, è un segno eloquente del vento del cambiamento, culturale prima ancora che teorico-metodologico, che soffia nel campo della ricerca in psicoterapia. È sempre più chiaro che la ricerca è clinica non solo e non tanto perché assume come proprio oggetto un fenomeno di interesse clinico (vi è ottima ricerca sociologica sulla psicoterapia; piuttosto, la ricerca è clinica se e nella misura in cui il proprio impianto concettuale ed analitico è costruito in coerenza con - e funzionalmente a - la teoria e la metodologia clinica. Soprattutto, la ricerca è clinica se e nella misura in cui è in grado di produrre conoscenza effettivamente inscrivibile ed utilizzabile entro i contesti di intervento clinico.

Sostenere quanto ora affermato non è un attacco alla ricerca empirica. Al contrario, implica il riconoscimento della necessità di innovazioni profonde entro la *psychotherapy research*: fare ricerca effettivamente *clinica* non passa per una destrutturazione degli impianti di indagine, così come inscrivere il qualitativo entro le procedure quantitative di analisi non è un *escamotage* per bypassare i vincoli di rigore della ricerca *mainstream* (Ricolfi, 1998). Al contrario, il problema della utilizzabilità dei risultati degli studi controllati in contesto clinico non si risolve adottando qualche accorgimento tecnico; ma

implica un ripensamento più generale della specificità degli impianti di ricerca, della concettualizzazione che li fonda e della loro congruenza con l'oggetto a cui si riferiscono (Slife, 2004)³.

A proposito di quanto appena affermato, vale la pena evidenziare come la critica di Westen, Morrison e Brenner (2004) agli studi EST - che per spessore analitico e vastità di impatto appare destinata a segnare un punto di svolta culturale nel campo - per quanto motivata dall'esigenza di rendere la ricerca maggiormente significativa dal punto di vista clinico, tuttavia si dispiega nei termini di una analitica e rigorosa enucleazione dei limiti empirici dell'impianto EST. Con ciò si vuole segnalare come sia fuorviante prospettare lo scenario della ricerca in psicoterapia in termini dicotomici, come se i ricercatori fossero alle prese con un dilemma di sapore amletico tra validità interna ed esterna, tra potenziamento del rigore e del controllo delle variabili e capacità degli studi di produrre risultati clinicamente rilevanti, inerenti l'agire clinico. Al contrario, la significatività clinica della ricerca è allo stesso tempo condizione, criterio e conseguenza della qualità scientifica della ricerca.

3. Cura e costruzione di significato: per una clinica della ricerca

Lo sviluppo della significatività clinica della ricerca in psicoterapia non è dunque una questione esclusivamente metodologica. Esso richiede anche un lavoro di riflessione critica circa l'impianto concettuale su cui il metodo si fonda. In questo senso, lo sviluppo della ricerca in psicoterapia implica un allargamento del dibattito nel campo, in modo che esso possa accogliere la discussione sulle proprie premesse fondative di ordine teorico ed epistemologico.

³ Si pensi in proposito al tema della formalizzazione degli andamenti temporali dei parametri di processo, già richiamato in precedenza. Val inoltre la pena richiamare le problematiche teoriche, metodologiche e concettuali che richiedono di essere affrontate per potenziare la capacità euristica dei metodi di analisi del processo che si basano sui trascritti di seduta (Dahl, Kachele e Thoma, 1988; si veda anche Grasso, Salvatore, 2004).

Agli occhi di chi ha presente questo ordine di esigenza, il testo curato Di Nuovo e Lo Verso (2005) acquista un ulteriore motivo di interesse. Nel volume il resoconto dei risultati della ricerca viene radicato in una articolata riflessione che si fa carico di esplicitare ed argomentare i presupposti modelistici fondanti il punto di vista e le procedure di analisi⁴. È dunque lecito attendersi che questo lavoro possa contribuire alla crescita di consapevolezza circa l'opportunità di un approccio critico-riflessivo ai problemi della indagine empirica in ambito clinico.

Le osservazioni che seguono vogliono essere un contributo in tale direzione. Per ragioni di spazio, esse si limitano a prendere in considerazione e discutere un unico aspetto, comunque centrale, che gli autori del volume riconoscono qualificare il loro punto di vista: l'idea della *psicoterapia come cura*.

“In Italia e nel mondo nel corso degli ultimi anni, si comincia a diffondere una cultura all'interno della comunità scientifica (anche tra i clinici, non interessati alla ricerca) che aiuta a pensare alla psicoterapia come una scienza specifica, che, anche se caratterizzata da una dimensione relazionale, da una metodologia e da una epistemologia del tutto qualitative e non oggettivabili, si configura in primo luogo come un metodo di cura che, come tale, deve saper declinare il proprio statuto e le proprie metodologie con la maggior chiarezza e trasparenza possibile” (Lo Verso *et al*, 2005, pag. 14)

Dichiaro da subito di non condividere l'equazione psicoterapia=cura e proverò di seguito a dare ragione di tale mia posizione. Avanzo innanzitutto una osservazione di premessa. Si può parlare di *cura* nella misura in cui si è nelle condizioni di fare riferimento ad un sistema dotato di un proprio modello di funzionamento. Si aggiunga che tale modello di funzionamento deve essere necessariamente una proprietà non contingente del sistema, bensì sua caratteristica stabile, tale da qualificarsi come dimensione costitutiva ed identitaria del sistema stesso. Se così non fosse, se cioè il modello di funzionamento fosse uno stato contingente del sistema, la sua assenza non potrebbe evidentemente essere denotata come deficit di funzionalità, dunque come un motivo per l'at-

⁴ Il capitolo introduttivo del volume *Come funzionano le psicoterapie* ha come significativo titolo “Epistemologia della valutazione: la psicoterapia tra ricerca e clinica”.

tivazione di procedure volte a recuperare tale funzionalità (Grasso, Salvatore, 1997). In sintesi, *parlare di cura implica un modello di normalità*, in rapporto al quale la cura si qualifica come funzione di recupero della condizione da tale modello descritta⁵. Riportando le considerazioni ora svolte allo specifico che ci interessa, approdiamo alla seguente affermazione: definire la psicoterapia come cura implica presupporre un modello antropologico (in senso lato) che qualifica una determinata tipologia di funzionamento del soggetto come la forma universalmente ottimale (o comunque: maggiormente rappresentativa) dell'umano; in altri termini, un canone che prescrive ciò che va considerato *normale*. È in ragione della possibilità di ancorarsi ad un criterio di normalità che si può, per differenza, il malfunzionamento psicologico, dunque l'oggetto/scopo della funzione di cura⁶.

La definizione di psicoterapia in termini di cura solleva dunque una questione teorica generale, riguardante il fondamento epistemologico della nozione di normalità psicologica (quale sia il modo di configurarla⁷). Dinanzi a tale questione onestà intellettuale impone di riconoscere come la psicologia contemporanea non abbia coagulato un paradigma sufficientemente unitario da permettere di approntare una risposta univoca. D'altra parte, poiché il mio intento in questa sede non è di sostituire all'idea forte della psicoterapia come cura un'idea forte di altro tipo, ma di evidenziare la necessità di non dare per scontate le premesse fondative del discorso sulla psicoterapia, di seguito

⁵ Il fatto che tale modello sia concettualizzato nei termini di un criterio ideale ed asintotico non modifica l'impianto logico del paradigma che stiamo descrivendo, da Carli (1987) definito *modello-scarto*. Lo stesso si può dire nel caso in cui il modello di normalità è costituito da un repertorio di stati, piuttosto che da un'unica condizione (cfr. anche nota 7)

⁶ Questo schema logico è evidente in campo medico. Le classificazioni nosografiche e i modelli eziopatogenetici si basano sulla fisiologia: la malattia si comprende a partire ed in ragione del funzionamento normale (salute), come sua interruzione.

⁷ Che tale nozione universale di normalità venga articolata e declinata in ragione di fattori ambientali e di contesto non modifica in modo sostanziale la linea del ragionamento. È chiaro che nessuna persona di buon senso - prima ancora che nessun ricercatore - aderirebbe ad una idea monolitica di normalità umana. Il punto tuttavia non è nella ampiezza di spettro delle tipologie, ma nell'idea stessa di un modello antropologico - per quanto segmentato al proprio interno - universale, espressione di una essenza umana.

approfondirò le ragioni che spingono a ritenere quantomeno problematica la nozione di normalità in ambito psicologico.

Parto da una considerazione di ordine generale. Da quando il comportamentismo radicale ha perso centralità paradigmatica, la psicologia ha assunto come costruito di riferimento il significato (Bruner, 1986), nelle diverse declinazioni con cui tale riferimento è stato interpretato (informazione, sistemi di categorizzazione, euristiche, strutture cognitive...)⁸. In una fase rilevante della storia del pensiero psicologico è innegabile che sia prevalsa una visione universalistica del significato, che ha modellizzato le dinamiche di significazione in termini di processi di elaborazione; in altri termini, in quanto procedure computazionali incapsulate (Fodor, 1983), indifferenti al valore semantico degli oggetti su cui si esercitano, dunque da descrivere sul piano della sintassi formale che ne organizza il funzionamento (Salvatore, 2004). L'interpretazione sintattica del significato - di matrice neo-cartesiana - ha storicamente costituito la linea dominante della psicologia post-comportamentista, orientando lo sviluppo del cognitivismo, in particolare nella sua versione HIP (per una rassegna storica, si veda ad esempio Harre, Gillett, 1994). Allo stesso modo, va tuttavia riconosciuto che sono proprio alcuni dei più autorevoli esponenti di tale paradigma ad aver evidenziato i limiti di tale interpretazione, dunque la necessità di un suo superamento (Neisser, 1997; Bruner, 1990). Questo movimento di revisione del cognitivismo ha operato nella direzione di un recupero della componente semantica del significato. Si è così affermata, in una parte considerevole della psicologia contemporanea, la consapevolezza della necessità di approcciare i processi mentali in chiave contestuale: cioè, piuttosto che come procedure computazionali di manipolazione di simboli ciechi rispetto al contenuto dei simboli stessi, come processi inferenziali connessi a ed orientati dal contesto semantico su cui (entro cui) si realizzano (Sanford, 1987). Concetti come *script* (Schank, 1977), *frame* (Minsky, 1985), modelli mentali idealizzati (Medin, Wattenmarker, 1987), testimoniano di questo fondamentale passaggio paradigmatico.

⁸ Per un approfondimento di questo punto mi sia permesso rimandare a Grasso, Salvatore (1997)

Nel momento in cui la psicologia si è aperta alla dimensione semantica, si è trovata presto nella necessità di dover raccogliere le implicazioni di tale riconoscimento. Due in particolare sono le conseguenze concettuali più rilevanti sviluppate a partire da tale riconoscimento, ad opera di quell'insieme di teorie psicologiche che si richiamano alla psicologia culturale e più in generale al socio-costruttivismo di matrice post-moderna (Cole, 1996, Valsiner, van der Meer; 2000; cfr. anche Ugazio, 1988; Mantovani, 1998; Mecacci, 2000). In primo luogo, la sottolineatura di come il significato non sia semplicemente un contenuto esterno su cui si esercita il pensiero, ma sia anche e soprattutto la forma che struttura la mente umana, dunque ciò che costruisce gli oggetti della rappresentazione (Moscovici, 1988; Gergen, 1999). In secondo luogo, il riconoscimento di come i significati siano forme storiche, continuamente rielaborate entro gli scambi discorsivi, dunque prodotti contingenti di un sistema culturale espressione di un determinato gruppo sociale impegnato in un contesto di attività che si dispiega in un delimitato intorno spazio-temporale (Edwards, Potter, 1992; Cole, 1996; Billig, 1997).

Le correnti di pensiero psicologico che hanno assunto le conseguenze teoriche di questi due passaggi concettuali in un modo o nell'altro hanno fatto propria l'idea fondamentale secondo la quale la mente *prende le forme delle culture che l'attraversano*. La mente umana, in altri termini, non possiede una propria struttura autonoma ed invariante, funzionante secondo un principio di normalità inscritto in natura. Al contrario, esistono tante *versioni di umanità* quanti sono i contesti culturali entro, attraverso ed in ragione dei quali esse si istituiscono.

In questa sede non è necessario fare riferimento alle interpretazioni più radicali di questo principio (che in buona sostanza considerano - sulla base della lezione foucaultiana - la nozione di normalità come un dispositivo retorico mobilitato entro gli scambi discorsivi degli attori a fini argomentativi e di regolazione delle relazioni, in ultima istanza di controllo sociale; cfr. Nightgale, Comby, 1999; cfr. anche Salvatore Pagano, 2005). È sufficiente evidenziare come un'area rilevante della psicologia contemporanea neghi la possibilità di concepire la mente come un dispositivo autonomo rispetto al contesto psico-sociale in cui è inscritto, dunque dotato di una struttura intrinseca ed invariante. Da una tale prospettiva la normalità non è espressione di una sorta di essenza umana, ma rappresenta un prodotto culturale: una rappresentazio-

ne storicamente determinata e discorsivamente costruita che configura, entro una contingenza storica, l'idea dell'umano fondante l'identità e il quadro di realtà in cui si muove una determinata comunità di attori (Berger, Luckmann, 1966; De Grada, Bonaiuto, 2003)⁹.

La teoria clinica non è rimasta insensibile ai principi di contestualità, di contingenza, di costruzione sociale messi in luce dal pensiero socio-costruttivista, più in generale da quella area di psicologia che si richiama alla svolta post-moderna. Tracce più o meno marcate di queste influenze sono rinvenibili nel campo psicologico clinico (Carli, 1987)¹⁰, psicoanalitico (Storolow, Atwood, Brandchaft, 1994; Hoffman, 1998), sistemico-familiare (Mc Namee, Gergen, 1992), cognitivista (Dimaggio, Semerari, 2004) e sono riconoscibili per la rilettura che propongono dei fatti clinici in termini semiotici, narratologici, dialogici (Angus, McLeod 2004; Salvatore, 2006).

Queste correnti di pensiero clinico in un modo o nell'altro propongono un'idea di taglio post-moderno della psicoterapia, sicuramente diversa da quella implicata nella sua definizione in termini di cura. In ultima istanza, un'idea di psicoterapia come *dispositivo intersoggettivo semiopoietico di costruzione di significati utilizzabili dal soggetto per ricostruire (ri-narrare, negoziare, semiotizzare) la propria presenza nel mondo* (Montesarchio, Venuleo, 2002; Angus, McLeod, 2004).

⁹ Le contraddizioni teoriche e gli slittamenti epistemologiche che caratterizzano l'idea di un modello di normalità psicologica sono evidenti nel dibattito intorno alla definizione di benessere psicologico, sviluppatosi recentemente soprattutto negli Stati Uniti e ripreso sulla rivista *Psicoterapia e Scienze Umane* (Wakelfield, 2005)

¹⁰ Nel campo della psicologia clinica italiana alcune di queste tematiche sono state anticipate dal dibattito intorno al modello dell'analisi della domanda, proposto da Carli e colleghi tra la fine degli anni '80 e i primi anni del decennio successivo (Carli, 1987; Carli, Grasso, 1991; Montesarchio, Crotti, 1991). In particolare, voglio riferirmi alla critica del modello medico (Circolo del Cedro, 1991, 1992) e, più particolarmente, in relazione al tema che si sta qui discutendo, alla critica relativa alla definizione di obiettivi normativi nel campo della psicoterapia (Carli, 1988; Caviglia, Salvatore, 1993); critica recentemente ripresa da Carli e Paniccchia (2005) nei termini della dicotomia tra un modello di psicoterapia orientata a generare conformismo (cioè ad aiutare gli individui a recuperare la vicinanza a canoni di normalità) ed un modello orientato a promuovere sviluppo (cioè volto a promuovere lo sviluppo della capacità degli attori di sviluppare i propri progetti).

In confronto ai passi fatti sul piano della elaborazione teorica, questa visione semiotica della psicoterapia non ha al momento fatto molta strada sul piano della ricerca empirica. Anche in questo campo qualcosa sta tuttavia muovendosi, come si evince dallo spazio che i temi del significato, della dialogicità, della narrazione, della transculturalità stanno progressivamente conquistando entro gli stessi congressi SPR, così come entro il panorama editoriale.

Prima di concludere, vale la pena avanzare una precisazione. La discussione critica fin qui portata avanti, relativamente all'idea di psicoterapia come cura, non impedisce di cogliere la funzione che tale idea assolve dal punto di vista storico-sociale. È infatti opportuno distinguere due diversi modi di intendere e di utilizzare l'equazione psicoterapia=cura.

Quando Lo Verso e collaboratori affermano che la psicoterapia è un "*metodo di cura che, come tale, deve saper declinare il proprio statuto e le proprie metodologie*" (vedi sopra) è evidente che l'equazione psicoterapia=cura venga richiamata nella propria valenza definitoria, costitutiva dell'oggetto assunto a riferimento del discorso scientifico. Il che in altri termini significa che l'equazione assolve una funzione normativa, criterio di verità del discorso clinico, sia sul versante teorico, metodologico che empirico. Come chiaramente affermano gli autori: nel momento in cui la psicoterapia viene definita *metodo di cura* deve conseguentemente declinare in ragione ed in coerenza con tale definizione il proprio statuto e le proprie metodologie. Da questo punto di vista l'equazione psicoterapia=cura ha un *valore fondativo* e dunque di norma cognitiva del discorso clinico¹¹. È su questa interpretazione forte dell'equazione che la nostra discussione si è fin qui concentrata. Essa tuttavia non è l'unica.

L'idea della psicoterapia come cura può infatti essere intesa in termini metaforici: come un'immagine in ancoraggio alla quale configurare la rappresentazione dell'agire clinico. Da questo punto di vista, l'equazione psicoterapia=cura costituisce un dispositivo semiotico che assolve una essen-

¹¹ Si veda in proposito un'ulteriore affermazione degli autori, riportata nella nota che approfondisce gli argomenti contenuti nel testo sopra citato "Le pratiche che si collocano al di fuori della compresenza di questi fattori e cioè, specificità, approccio soggettivo e qualitativo, metodologia e responsabilità di cura forse vanno pensate, più utilmente, con termini diverso da quello di psicoterapia" (Lo Verso et al, 2005, pag. 14, nota 1)

ziale funzione di interfaccia simbolica tra il contesto sociale e la comunità scientifico professionale dei clinici. Sulla base di tale equazione, dunque dell'assimilazione della funzione clinica al circuito simbolico salute-malattia-medicina-terapia, la società, dunque i soggetti sprovvisti di competenze tecniche di settore, sono nelle condizioni di rappresentare la psicoterapia, dunque di darle significato, dunque di proiettare domanda su di essa. Allo stesso tempo, l'equazione opera come un organizzatore della posizione dei clinici nei confronti dell'utenza. Il richiamo alla cura permette infatti di attribuire specifici vincoli deontologici e di responsabilità sociale all'agire clinico. Da questo punto di vista, dunque, l'equazione ha una funzione di regolatore simbolico della relazione tra domanda ed offerta di psicoterapia¹².

Posta questa distinzione tra due modi di interpretare l'equazione psicoterapia=cura, quello metaforico/sociale e quello fondativo/cognitivo, va sottolineato che non vi è ragione per considerarli necessariamente sovrapposti. In altri termini, il fatto che l'utenza si rappresenti la psicoterapia attraverso l'ancoraggio simbolico di tale funzione alla cura, cioè ad un oggetto sociale (la funzione medica della cura) consolidato entro l'immaginario¹³ (Carli, Salvatore, 2001) non implica necessariamente che il clinico (dunque il ricercatore clinico) debba adottare tale modello rappresentazionale come base del discorso scientifico sulla psicoterapia. La funzione clinica, infatti, è tale proprio perché tratta la domanda non solo nella sua dimensione referenziale, ma in primo luogo come un oggetto simbolico da elaborare (Carli, Paniccchia, 2005). In altre parole, l'intervento clinico tratta la domanda come un testo da *organizzare*, piuttosto che un testo da cui *venire organizzato*.

Un'ultima osservazione. Gli argomenti fin qui richiamati sono stati proposti con l'intento di evidenziare come il movimento della ricerca in psicoterapia possa avvantaggiarsi di una discussione relativa ai propri presupposti

¹² Quanto Lo Verso e colleghi parlano di "responsabilità" di cura fanno evidentemente riferimento a questa dimensione istituzionale di parametrizzazione della relazione tra domanda ed offerta, in termini che in ultima istanza è possibile ricondurre ai valori espressi dal giuramento ippocratico.

¹³ Sulle dinamiche rappresentazionali e sul ruolo in tali dinamiche giocato dai processi di ancoraggio, si rimanda alla vasta letteratura psicologico sociale che si è sviluppata intorno al costrutto di rappresentazione sociale (Jodelet, 1989)

metodologici, concettuali ed epistemologici. Se la funzione clinica è in ultima istanza un lavoro di riconoscimento critico delle premesse che fondano i modi di organizzare l'esperienza, il senso di queste pagine si può allora sintetizzare nella seguente affermazione, che proponiamo a mo' di conclusione: lo sviluppo della ricerca clinica passa per una clinica della ricerca.

Bibliografia

- BAKEMAN, R., GOTTMAN J. M. (1997 IIed). *Observing Interaction. An introduction to Sequential Analysis. Second Edition*. Cambridge: Cambridge University Press.
- BERGER, P. L., LUCKMANN, T. (1966). *The Social Construction of Reality* (trad. it. Bologna: Il Mulino 1969 ed.). Garden City, New York: Doubleday and Co. .
- BILLIG, M. (1997). "Lo sviluppo dell'argomentazione e della repressione dialogica: un approccio retorico". *Rassegna di Psicologia, nuova serie*, 16(1), 9-30.
- BRUNER, J. (1986). *Actual Minds, Possible Words*. Cambridge Mass.: Harvard University Press
- BRUNER, J. (1990). *Acts of Meaning*. Cambridge Mass.: Harvard University Press.
- CARLI, R. (1987). *Psicologia Clinica*. Torino: UTET.
- CARLI, R. (1988). "Per una teoria della tecnica". *Rivista di Psicologia Clinica*, 2(1), 6-21.
- CARLI, R., GRASSO, M. (1991). "Psicologia clinica e psicoterapia". *Rivista di Psicologia Clinica*, 5(2), 172-188.
- CARLI, R., PANICCIA, R. M. (1999). *Psicologia della formazione*. Bologna: Il Mulino.
- CARLI, R., PANICCIA, R. M. (2005). *Casi clinici. Il resoconto in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- CARLI, R., SALVATORE, S. (2001). *L'immagine della psicologia. Una ricerca sulla popolazione del Lazio*. Roma: Edizioni Kappa.
- CAVIGLIA, G., SALVATORE, S. (1993). "Un modello metodologico di verifica dell'efficacia delle psicoterapie, come validazione scientifica della teoria

- della tecnica". In A. Zabonati, Migone, P., Maschietto, G. (Ed.), *La validazione scientifica delle psicoterapie psicoanalitiche* (pp. 141-151). Venezia: Edizioni IPAR.
- CECCHINI, M., BARBIERI, F., SALVATORE, S. (1987). "Effetti della psicoterapia in soggetti adulti nevrotici". *Rivista di Psicologia Clinica*, 1(3), 320-366.
- CEDRO, C. D. (1991). "Tre Tesi e Sei Questioni. Materiali per un confronto". *Rivista di Psicologia Clinica*, 5(3), 251-259.
- CEDRO, C.D. (1992). "La competenza psicologico clinica. Riflessioni e proposte del Circolo del Cedro". *Rivista di Psicologia Clinica*, 6(1), 6-37.
- COLE, M. (1996). *Cultural Psychology. A once and future discipline*. Cambridge Mass.: Harvard University Press.
- CORIAT, I. H. (1917). "Some statistical results of the Psychoanalytic Treatment of the Psychoneuroses". *Psychoanalytic Review*, IV(cap. 23).
- DAHL, H., KACHELE, H., THOMA, H. (Ed.). (1988). *Psychoanalytic Process Research Strategies*. Berlin: Springer Verlag.
- DE GRADA, E., BONAIUTO, M. (2003). *Introduzione alla psicologia sociale discorsiva*. Bari: Laterza.
- DI NUOVO, S. (1995). *La meta-analisi*. Roma: Borla.
- DI NUOVO, S., LO VERSO, G. (Ed.). (2005). *Come funzionano le psicoterapie*. Milano: Franco Angeli.
- DIMAGGIO, G., SEMERARI, A. (2004). "Disorganized Narratives: the Psychological Condition and Its Treatment". In L. E. Angus, McLeod, J. (Ed.), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy. Practice, Theory and Research* (pp. 263-282). London: Sage Publications.
- EDWARDS, D., POTTER, J. (1992). *Discursive Psychology*. London: Sage.
- EYSENCK, H. K. (1952). "The effects of Psychotherapy: An evaluation". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 16, 319-324.
- FENICHEL, O. (1945). *The Psychoanalytic Theory of neurosis*. New York: Norton & Co.
- FODOR, J. A. (1983). *The Modularity of Mind. An Essay on Faculty Psychology*. Cambridge, Mass.: The MIT Press.
- GERGEN, K. J. (1999). *An invitation to Social Construction*. London: Sage.
- GRASSO, M., SALVATORE, S. (1997). *Pensiero e decisionalità. Contributo alla critica della prospettiva individualista in psicologia*. Milano: Franco Angeli.
- GRASSO, M., SALVATORE, S., GUIDO, A. (2004). "Una metodologia di analisi

- del processo psicoterapeutico: RIFIUD (rilevatore dei flussi discorsivi)". *Ricerca in Psicoterapia*, 7(1), 35-50.
- HARRÉ, R., GILLET, G. (1994). *The Discursive Mind*. London: Sage.
- HOFFMAN, I. Z. (1998). *Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process*. New Jersey Hillsdale: The Analytic Press Inc.
- JODELET, D. (Ed.). (1989). *Les représentations sociales* (trad. it. Napoli Liguori 1992 ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
- LAMBERT, M. J. (2004 5th ed). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley and Sons.
- LAMBERT, M. J., BERGIN, A. E., GARFIELD, SOL L. (2004). "INTRODUCTION AND HISTORICAL OVERVIEW". In J. M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 3-13). New York: Wiley and Sons.
- LINGIARDI, V. (2001). *L'alleanza terapeutica. Teoria, clinica, ricerca*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- LIS, A., SALCUNI, S., PAROLIN, L. (2003). *La valutazione empirica delle psicoterapie psicoanalitiche*. Padova: Unipress.
- LO VERSO, G., DI BLASI, M., GIANNONE F., GIORDANO C., LO COCO, G. (2005). In S. Di Nuovo, Lo Verso, G. (Ed.), *Come funzionano le psicoterapie* (pp. 13-18). Milano: Franco Angeli.
- MANTOVANI, G. (1998). *L'elefante invisibile. Tra negazione e affermazione delle diversità: scontri e incontri multiculturali*. Firenze: Giunti.
- MC NAMEE, S., GERGEN, K. J. (Ed.). (1992). *Therapy as social construction*. London: Sage Publications.
- MECACCI, L. (1999). *Psicologia moderna e postmoderna*. Bari: Laterza.
- MEDIN, D. L., WATTENMARKER W. D. (1987). *Coesione categoriale, teorie e archeologia cognitiva* (trad. it. Roma: Città Nova 1989, pp. 54-96 ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- MINGUZZI, G. F. (1986). "È possibile valutare i risultati della psicoterapia?" *Giornale Italiano di Psicologia*, 13(1), 7-13.
- MINSKY, M. (1985). *The Society of Mind*. New York: Simon & Schuster
- MOLENAAR, P. C. M., VALSINER, J. (2005). How Generalization Works through the Single Case: A Simple Idiographic Process Analysis of an Individual Psychotherapy [Electronic Version]. *International Journal of Idiographic Science* from www.valsiner.com.

- MONTESARCHIO, G., CROTTI, M.T. (1993). "Dal riconoscimento al disconoscimento". *Rivista di Psicologia Clinica*, 7(2-3), 169-174.
- MONTESARCHIO, G., VENULEO, C. (2002). "Narrare il setting per narrare". In G. Montesarchio (Ed.), *Colloquio in corso* (pp. 11-75). Milano: Franco Angeli.
- MOSCOVICI, S. (1988). "Le rappresentazioni sociali". In V. Ugazio (Ed.), *La costruzione sociale della conoscenza* (ver. orig. "On Social Representation", in J.F. Forgas (ed) (1981). *Social Cognition*, London: Academic Press, 181-209 ed., pp. 255-284). Milano: Franco Angeli.
- NEISSER, U. (Ed.). (1987). *Concepts and Conceptual development. Ecological and intellectual factors in categorization*. Cambridge: Cambridge University Press.
- NIGHTGALE, D. J., CROMBY, J. (Ed.). (1999). *Social Constructionist Psychology. A critical analysis of theory and practice*. Buckingham: Open University Press.
- OGLES, B. M., LUNNEN, K.M., BONESTEEL K.M. (2001). "Clinical significance: history, application and current practice". *Clinical Psychological Review*, 21(3), 421-446.
- RICOLFI, L. (Ed.). (1998, I ed). *La ricerca qualitativa*. Roma: Carocci.
- SALVATORE, S. (2004). "Inconscio e discorso. Inconscio come discorso". In B. Ligorio (Ed.), *Psicologie e culture. Contesti, identità ed interventi* (pp. 125-155). Roma: Edizioni Carlo Amore.
- SALVATORE, S. (2006). "Steps toward a dialogic and semiotic theory of the unconscious". *Culture & Psychology*, 12(1), 124-136.
- SALVATORE, S., PAGANO, P. (2005). "Issues of cultural analysis". *Culture & Psychology*, 11(2), 159-180.
- SALVATORE, S., TEBALDI, C., POTÌ, S. (2006). *The Discursive Dynamic of Sense-making*. from www.valsiner.com.
- SANFORD, A. J. (1987). *The Mind of Man. Models of Human Understanding*. London: Harvester Wheatsheaf.
- SCHANK, R., ABELSON, R. (1977). *Scripts, Goals, and Understanding*. New Jersey Hillsdale: Erlbaum.
- SLIFE, B. D. (2004). "Theoretical Challenges to Therapy Practice and Research: The Constraint of Naturalism". In J. M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 44-

- 83). New York: Wiley and Sons.
- STOLOROW, R. D., ATWOOD, G. E., BRANDCHAFT, B. (1994). *The intersubjective perspective*. New Jersey Hillsdale: Jason Aronson, Inc.
- TSCHACHER, W., SCHIEPEK, G., BRUMMER, E. J. (Ed.). (1992). *Self-Organization and Clinical Psychology. Empirical Approaches to Synergetics in Psychology*. Berlin: Springer Verlag.
- UGAZIO, V. (Ed.). (1988). *La costruzione sociale della conoscenza*. Milano: Franco Angeli.
- VALSINER, J., VAN DER VEER, R. (2000). *The Social Mind. Construction of the Idea*. Cambridge: Cambridge University Press.
- WAKELFIELD, J. C. (2005). "Il concetto di salute mentale: una critica a Vailant". *Psicoterapia e Scienze Umane*, 39(1), 91-96.
- WESTEN, D., MORRISON, K., THOMPSON-BRENNER, H. (2004). "The empirical status of empirically psychotherapies: assumptions, findings and reporting in controlled clinical trials". *Psychological Bulletin*, 130, 631-663.
- ZABONATI, A., MIGONE, P., MASCHIETTO, G. (Ed.). (1993). *La validazione scientifica delle psicoterapie psicoanalitiche*. Venezia: Edizioni IPAR.

CONVEGNO MENTE E CORPO

ALBA, 8 - 10 GIUGNO 2007

Il Centro di Scienza Cognitiva dell'Università e Politecnico di Torino e l'Associazione Mente e Cervello organizzano ad Alba un Convegno nazionale intitolato Mente e Corpo 2007.

Il convegno ha per oggetto le interazioni tra il corpo e la mente, e si propone sia di diffondere le più recenti scoperte scientifiche in ambito psicoterapeutico, sia di fare sperimentare direttamente ai partecipanti tecniche e procedure tramite seminari esperienziali.

Il convegno è strutturato in tre giornate a tema:

- venerdì 8 giugno: Psicosomatica - intervengono Angelo Picardi, Piero Porcelli, Bruno G. Bara e Rita B. Ardito
- sabato 9 giugno: Le emozioni e sensazioni corporee in psicopatologia - intervengono Francesco Mancini, Cristiano Castelfranchi e Amelia Gangemi
- domenica 10 giugno: La dimensione soggettiva del terapeuta - intervengono Giorgio Rezzonico, Furio Lambruschi, Saverio Ruberti, Maria-grazia Strepparava, Francesco Maiullari, Luca Canestri e Mario Reda.

Nei pomeriggi di venerdì 8 giugno e sabato 9 giugno verranno organizzati workshop esperienziali a tema con la partecipazione attiva del pubblico. Le sere degli stessi giorni si svolgeranno sessioni poster accompagnate da buffet di prodotti enogastronomici del territorio. È indetto un call for poster su argomenti coerenti con i temi trattati durante il convegno.

Il convegno, alla sua prima edizione, si configura come evento SITCC (Società Italiana di Psicoterapia comportamentale e Cognitiva).

Sono previste quote di iscrizione ridotte per soci SITCC, ASCO, APC, studenti e specializzandi. Per le modalità di iscrizione e per ulteriori informazioni consultare il sito internet: www.psych.unito.it/csc

Scadenze formali

15 aprile 2007: scadenza call for poster

19 maggio 2007: scadenza iscrizioni con quota ridotta

Comitato Scientifico

Bruno G. Bara, ordinario di Psicologia della Comunicazione, Università di Torino, direttore del Centro di Scienza Cognitiva e delle Scuole di Psicoterapia Cognitiva di Como e Torino

Francesco Mancini, psicoterapeuta, Presidente dell'Associazione di Psicologia Cognitiva di Roma (APC), direttore della Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Roma.

Giorgio Rezzonico, ordinario di Psicologia Clinica, Università di Milano Bicocca, e Presidente dell'Accademia di Scienze Cognitive (ASCO)

Organizzazione Scientifica

Rita B. Ardito, ricercatrice in Psicologia Clinica

Segreteria Organizzativa (informazioni di carattere scientifico)

Mente e Cervello

Via Po, 14 – 10123 Torino

e-mail: mente.cervello@gmail.com; valeria.manera@unito.it

Informazioni su alberghi e su come raggiungere la sede congressuale

Odiconference – tel: 0173.362456

e-mail: eventi.formativi@odiconference.it

Ente Turismo Alba Bra Langhe e Roero – tel. 0173.35833

e-mail: info@langheroero.it

INFORMAZIONI PER GLI AUTORI E NORME REDAZIONALI PER LA PREPARAZIONE DEI TESTI

La rivista pubblica lavori in forma di monografie, articoli originali, articoli di aggiornamento, recensioni di libri e riviste, rapporti di congressi, informazioni e segnalazioni dei lettori inerenti alla ricerca in psicoterapia.

I lavori vengono organizzati all'interno della seguente rubrica tematica: *editoriale, segnavia, strumenti e metodi, ricerca euristica, ricerca clinica, psicoterapia nelle istituzioni, lavori in corso, biblioteca del ricercatore, il punto di vista dei lettori, notizie SPR e SPR-Italia*.

I contributi devono essere inediti, gli autori sono responsabili delle affermazioni contenute nel testo; per i lavori sperimentali sono tenuti a dichiarare di avere ottenuto il consenso informato per la ricerca e le sue procedure compresa l'eventuale trascrizione di testi di sedute di psicoterapia.

I lavori vengono inizialmente esaminati dalla redazione e quindi inviati a referee esterni specificamente esperti nel campo proposto dal singolo lavoro. I lavori ricevono revisioni anonime; pertanto i nomi degli autori e la sede di appartenenza dovranno figurare sulla prima pagina. I revisori possono approvare, respingere o proporre modifiche migliorative; sarà cura della redazione informare gli autori dando risposta motivata del parere espresso dai revisori allo scopo di favorire un processo di miglioramento dello standard qualitativo della rivista e creare l'occasione per una crescita scientifica comune. Gli autori verranno informati entro 4 mesi sull'accettazione del lavoro.

Norme generali

Nella prima pagina devono comparire, oltre al titolo, *in italiano e in inglese*, e al nome degli autori e del loro ente di appartenenza, le *parole-chiave* e le *key words* e l'indirizzo prescelto per corrispondenza.

Ogni lavoro deve contenere un *riassunto* in lingua italiana e un *summary* in Lingua inglese di lunghezza non superiore alle 200 parole.

Vengono presi in considerazione solamente manoscritti originali. Tutti i lavori devono essere prodotti con una stampante di qualità adeguata, a interlinea

doppia con corpo 12 (preferibilmente AGaramond) su un solo lato di carta bianca standard A4. Devono essere inviate quattro copie; ciascuna copia deve essere nitida, con tutte le pagine numerate e contenere eventuali figure e tabelle. I manoscritti non vengono generalmente restituiti dopo il processo di revisione, e pertanto gli autori sono invitati a conservare una copia del manoscritto in loro possesso.

Al manoscritto deve essere accluso un floppy disk PC o Macintosh (in formato Word o Rich Text Format) contenente un file con il testo, uno con le tabelle (composte in Excel) e uno con tutti i grafici in bianco e nero o sfumature di grigio. Indicare chiaramente nel testo dove vanno inseriti tabelle, figure e grafici. Limitare il numero di tabelle all'essenziale (non più di cinque per articolo).

Formato della pagina

La parte scritta della pagina (la cosiddetta maschera) non deve mai superare cm 12 x 18,5.

- Le illustrazioni (fotografie, disegni, diagrammi e grafici) devono essere numerate con numeri arabi consecutivi.
- Le fotografie, in bianco e nero, devono essere stampate su carta patinata con forte contrasto.
- I disegni devono essere preparati con inchiostro di china e sono accettabili sia i disegni originali che fotocopie laser. Sul retro della figura deve essere riportato il nome dell'autore e il numero dell'illustrazione.
- Le tabelle devono essere numerate e citate con il loro numero nel testo. Tabelle, grafici e immagini, incluse intestazione e legenda, devono essere stampate su fogli separati; la loro dimensione non deve mai superare quella della maschera (cm 12 x 18,5).

Norme specifiche per gli articoli di ricerca empiricamente fondata.

Il riassunto e il summary devono essere organizzati nelle seguenti sezioni: Obiettivi (Objectives), Metodi (Methods), Risultati (Results), Conclusioni (Conclusions).

Nella sezione Obiettivi va sintetizzato con chiarezza lo scopo del lavoro e l'ipotesi che si intendono verificare, nei Metodi va riportato il numero e tipo di soggetti considerati, il disegno dello studio, gli strumenti impiegati e il tipo di analisi statistica utilizzata. Nella sezione Risultati vanno riportati i dati emersi dallo studio e dall'analisi statistica. Nella sezione Conclusione va riportato il significato dei risultati e l'eventuale ricaduta sul piano della pratica clinica.

Parole-chiave (key-words): riportare non più di 5 parole-chiave che caratterizzano il lavoro.

Riferimenti bibliografici

I riferimenti bibliografici devono essere elencati in ordine alfabetico alla fine del lavoro e citati nel testo con il nome dell'autore e l'anno di pubblicazione tra parentesi tonde. Quando un lavoro ha 2 autori entrambi i nomi devono essere riportati in tutte le citazioni del testo. Quando un lavoro ha 3 o più autori citare solamente il nome del primo autore seguito da *et al.* sia nella prima citazione che nelle successive.

In bibliografia vanno citati tutti i nomi degli autori delle monografie e degli articoli in maiuscolo e separati da una virgola.

Il titolo dei libri, dei capitoli di libri e dei lavori pubblicati su rivista va citato per esteso in corsivo.

La denominazione delle riviste va riportata per esteso in carattere normale tra virgolette basse. Nel caso di citazioni di traduzioni italiane l'espressione «traduzione italiana» va sempre contratta in "trad. it".

Le voci contenute nella bibliografia devono essere uniformate ai seguenti esempi:

Esempio di citazione di un libro

LUBORSKY L., CRITS-CRISTOPH P. (a cura di) (1990), *Understanding Transference*, Basic Books, New York; trad. it. (1992) *Capire il Transfert*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Esempio di citazione di un capitolo di un libro con più autori

BARBER J.P., CRITS-CRISTOPH P., LUBORSKY L. (1990), *A guide to CCRT standard categories and their classification*, in L. LUBORSKY, P. CRITS-CRISTOPH (a cura di), *Understanding Transference*, Basic Books, New York, pp. 37-50.

Esempio Di Citazione Di Un Articolo Pubblicato Su Una Rivista:

CRITS-CRISTOPH P., DEMOREST A., CONNOLLY M.B. (1990), *Quantitative assessment of interpersonal themes over the course of psychotherapy*, in «Psychotherapy», 27, pp. 5 13-21.

Aspetti etici, deontologici e legali

Una particolare attenzione va dedicata agli aspetti etici, deontologici e legali relativi alla protezione dell'anonimato del paziente in qualunque tipo di scritto e in modo specifico nei case-reports. Informazioni atte all'identificazione del paziente, come nomi, iniziali, luoghi di cura, date devono essere evitate o sostituite. Inoltre, gli autori devono modificare le informazioni in grado di identificare il paziente rispetto alle sue caratteristiche e alla storia personale. I manoscritti che riportano ricerche sperimentali con soggetti umani devono includere la dichiarazione dalla quale risulti che è stato ottenuto il consenso informato dopo avere accuratamente spiegato le procedure della ricerca. Quando sono coinvolti bambini gli autori sono invitati a includere delle informazioni anche rispetto al consenso ottenuto dai genitori o da legali rappresentanti del bambino. Gli autori sono responsabili dell'ottenimento del permesso dai proprietari dei diritti d'autore allorché usino illustrazioni, tabelle o citazioni lunghe (oltre le 100 parole) pubblicate altrove. Gli autori devono scrivere sia all'autore che all'editore di tali materiali richiedendo di potere utilizzare il materiale a scopo di pubblicazione. Traduzioni di articoli originariamente pubblicati in altre lingue verranno prese in considerazione se è stato preventivamente ottenuto il permesso dell'editore originario.

