

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 E. 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)
Paolo 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)

Silvio Stella (Milano)

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 15 Maggio 2006

Stampa: Arti Grafiche Colombo
Muggiò - MI

RICERCA IN PSICOTERAPIA

Formazione e ricerca in psicoterapia
L'analisi del processo terapeutico
L'analisi del processo terapeutico

a in Psicoterapia

1592-8543

Edizioni Carlo Amore
carloamore.it

SEGNAVIA

Studio sull'impatto della psicoanalisi e delle terapie psicanalitiche a lungo termine sull'utilizzo ed i costi della sanità.

Assessing the impact of psychoanalyses and long-term psychoanalytic therapies on health care utilization and costs.

di M. E. Beuten, M. Rasting, U. Stuhr, B. Rüger, M. Leuzinger-Bohleber 159

STRUMENTI E METODI

La Psicoanalisi come programma di ricerca. Una lettura della psicoanalisi alla luce della epistemologia di Imre Lakatos.

Psychoanalysis as research programme. A reading of psychoanalysis in the light of Imre Lakatos' epistemology.

di Martina Conte 181

RICERCA CLINICA

Relazione interpersonale ed esiti terapeutici: applicazioni del metodo SASB (Structural Analysis of Social Behavior).

Interpersonal relationship and outcome: applications of SASB method (Structural Analysis of Social Behavior).

L. Capelli, E. Fava, S. Taglietti, M. Aliprandi,
L. Arduini, S. Freni, H. Schadee, M. Vigorelli 195

PSICOTERAPIA NELLE ISTITUZIONI

Valutazione dell'Autostima in adolescenti in trattamento di psicoterapia di gruppo. Aggiornamento di una ricerca.

Self-Concept Evaluation on Adolescents in group psychotherapy treatment. The up-to-date of a research.

di A. Del Lungo, M. G. Di Iullo, B. Costantini, M. G. Foti 237

BIBLIOTECA DEL RICERCATORE

Recensione del volume di Giusti-Minnone "L'interpretazione dei significati nelle varie fasi evolutive dei trattamenti psicoterapeutici".

a cura di Alessandra De Coro 261

NORME REDAZIONALI 264

STUDIO SULL'IMPATTO DELLA PSICOANALISI E DELLE TERAPIE PSICOANALITICHE A LUNGO TERMINE SULL'UTILIZZO E I COSTI DELLA SANITA'

Manfred E. Beutel

Marcus Rasting

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Justus-Liebig-Universität,
Giessen, Germany

Ulrich Stuhr

Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum
Hamurg-Eppendorf, Germany

Bernhad Rügers

Institut für Statistik, Universität München, Germany

Marianne Leuzinger-Bohleber

Institut für Psychoanalyse, Universität Gesamthochschule Kassel, Germany

Gli studi riguardanti l'efficacia del costo a lungo termine delle psicoterapie a lungo termine sono ancora rari. Nel contesto degli studi retrospettivi di follow-up a lungo termine, gli autori hanno studiato i giorni di lavoro perso e le spese di ospedalizzazione prima durante e dopo i trattamenti psicoanalitici, basando i dati sui resoconti (self-report) effettuati dai pazienti e sui dati delle assicurazioni sanitarie. Gli autori hanno altresì determinato una correlazione tra le valutazioni dei pazienti e i dati delle compagnie assicurative. I dati dell'assicurazione sanitaria hanno mostrato una stabile e significativa diminuzione dell'assenteismo e un abbassamento nel livello dei trattamenti sui degenti. Questi andamenti hanno contrastato favorevolmente con l'aumento dei giorni di malattia legati all'età nella popolazione generale. I resoconti prodotti dai pazienti riflettono l'andamento generale dei dati delle assicurazioni sanitarie, ma non sono risultati abbastanza accurati da fornire dati sui costi e risparmi. Anche tralasciando i costi relativi ad altri aspetti della malattia, basati sui dati raccolti dalle assicurazioni sanitarie, ne è derivata un'ingente diminuzione in termini di riduzione dell'assenteismo (dal lavoro) lungo il periodo di 7 anni di follow-up. vengono discussi anche i vantaggi (es. lunghi periodi di follow-up) e i limiti (es. selezione) della raccolta dei dati delle assicurazioni sanitarie.

I criteri economici della salute non sono stati oggetto di particolare attenzione nella ricerca in psicoterapia. La questione riguardante l'efficacia dei costi delle psicoterapie è cresciuta sotto la pressione dei più scarsi budget assegnati alla sanità, in particolar modo per quanto riguarda la psicoterapia intensiva o a lungo termine. I dati sulla sanità, fino ad adesso, si sono principalmente basati sui resoconti dei pazienti, a volte supportati da contributi medici (Bateman & Fonagy, 1999). I dati delle assicurazioni sanitarie sono stati usati solo raramente negli studi psicoanalitici (Miller & Magruder, 1999). A tal proposito, un primo studio di Mumford, Schlesinger, Glass, Patrick e Cuerdon (1984), ha riscontrato una conseguente riduzione dei costi sanitari come risultato della psicoterapia nell'85% di 58 studi. Utilizzando criteri di inclusione molto rigidi, Gabbard, Lazar, Hanberger e Spiegel (1997) hanno analizzato 18 studi psicoterapeutici con pazienti in cura psichiatrica tra il 1984 e il 1994, di cui si è potuto osservare i costi. Otto dei dieci studi, selezionati casualmente, e tutti gli otto studi non selezionati casualmente, hanno dimostrato che la psicoterapia diminuisce l'utilizzo di cure mediche; alcuni studi hanno riscontrato una notevole diminuzione dell'assenteismo sul lavoro. Secondo gli autori, la generalizzazione dei risultati degli studi alle cure di routine sulla comunità è limitata dal fatto che molti studi hanno coinvolto gruppi selezionati e omogenei in protocolli di trattamento controllati.

La comunità di ricerca in psicoterapia ha a lungo ignorato alcuni studi tedeschi riguardanti gli aspetti economici delle terapie psicodinamiche e psicoanalitiche su degli ex pazienti. Dührssen e Jorsieck (1965) hanno dimostrato nei loro campioni una sostanziale riduzione (78%) nei giorni di degenza ospedaliera a seguito di trattamenti psicoterapici, confrontando i dati del campione nella condizione precedente al trattamento e i dati di un gruppo di controllo in lista d'attesa. I giorni di

degenza dei pazienti risultavano sotto il livello delle medie calcolate dalle compagnie di assicurazione sanitarie. In un più recente studio di follow-up condotto su pazienti che si erano sottoposti a terapie individuali o di gruppo due anni prima, Bryer, Heinzl e Klein (1997) hanno riscontrato netti miglioramenti sulla salute individuale, ed un conseguente declino dei costi relativi alla salute: consultazioni mediche-ambulatoriali (44-48%), giorni di malattia (70%), e giorni di degenza (76%). Sebbene questo studio fosse limitato ai resoconti dei pazienti, uno studio a lungo termine di psicoanalisti Jungiani, basandosi sui dati delle assicurazioni sanitarie, (Keller, Westhoff, Dilg, Rohner e Stud, 2001), ha riscontrato notevoli risparmi per le compagnie stesse (N=47; assenteismo dal lavoro=50%, giorni di degenza=85%). Blomberg, Lazar e Sandel (2001) hanno dimostrato che i pazienti che si sono sottoposti a psicanalisi hanno dimezzato una successiva richiesta di psicoterapia addizionale, rispetto a quelli che sono ricorsi a una psicoterapia a breve termine.

Ulteriori studi basati sul paziente, l'assicurazione e sui dati raccolti dai medici hanno dimostrato sostanziali riduzioni sui costi relativi alla sanità come conseguenza di psicoterapie condotte su pazienti in degenza in ospedali appartenenti a differenti orientamenti terapeutici specializzati in disturbi psicosomatici (e. g., Beutel et al., 2000; Lamprecht, 1996; Zielke, 1999). Zielke, in una collaborazione che ha coinvolto le compagnie assicurative, mettendo in relazione i costi della sanità a due anni dall' inizio del trattamento psicosomatico con i due anni precedenti ad esso, ha riscontrato una riduzione dei costi di più del 60%. Tale decremento era imputabile al risparmio sull'assistenza medica e all'indennizzo per l'assenza dal lavoro. La media di costi e benefici era di 1:2.49, anche se altri costi non vennero considerati (pensionamento precoce o il ridotto pagamento delle tasse). Questo articolo fa parte di un più ampio e rappresentativo studio di follow-up sui risultati a lungo termine di 401 pazienti trattati in precedenza da psicoanalisti esperti dalla German Psychoanalytic Association. Tutti i pazienti avevano terminato il loro trattamento circa 4 anni prima dell'inizio del follow-up (Leuzinger-Bohleber, Stuhr, Rüger, & Beviel 2003; Stuhr, Leuzinger-Bohleber, & Beviel 2001). Il principale scopo del presente studio era valutare i processi di trattamento e dei loro esiti da prospettive multiple: quella dei pazienti, dei loro analisti, di valutatori psicoanalitici indipendenti, includendo l'utilizzo dei dati relativi delle spese sanitarie, dati che sono stati ricavati dalle compagnie di assicurazione.

I dati delle compagnie assicurative sembrano essere misure di esito valutabili, in quanto vengono forniti indipendentemente dal processo psicoterapeutico. Questi dati permettono ai ricercatori di effettuare il follow-up sui pazienti durante un lungo lasso di tempo, e di comparare gli indicatori della salute prima, durante e dopo il trattamento. In Germania la documentazione dei costi sanitari di ciascun paziente è comunque limitata per legge all'assenteismo dal lavoro, giorni di ospedale e relativa diagnosi medica. I giorni di malattia sono limitati solo a quei pazienti che hanno lavorato per tutto il tempo, escludendo anche studenti temporanei e disoccupati. Altri dati economici importanti, come visite ambulatoriali, cure mediche e misure supplementari, non possono essere documentati per tutti i pazienti (es. riabilitazione, day-hospital e trasporto).

Il recupero di dati delle compagnie assicurative richiede non solo il consenso scritto dei pazienti, ma anche le corrette informazioni sul loro nome, indirizzo e compagnia assicurativa, di fatti tutto ciò potrebbe essere cambiato. Ovviamente, il lasso di tempo della ricerca di follow-up aumenta, diventa più difficile recuperare questo tipo di informazioni. Data la natura confidenziale del presente studio, la possibilità di accedere ai dati personali dei pazienti era limitata all'analista o all'intervistatore. Per questo abbiamo già spiegato che potevamo ottenere dati completi dalle assicurazioni solo per un sottocampione di pazienti per l'intera durata di tempo a partire dai 5 anni precedenti al trattamento, fino ai 7 anni successivi (pre-trattamento, post-trattamento). Comunque sulla base dei numerosi dati in nostro possesso abbiamo potuto comparare facilmente pazienti con e senza dati assicurativi completi con test per la selezione di potenziali biases.

Poiché ottenere i resoconti dei pazienti richiede meno sforzi e minor tempo (e ciò è spesso l'unica risorsa disponibile), speravamo di capire in che misura le testimonianze dei pazienti corrispondessero ai dati delle compagnie assicurative, un altro importante punto di discussione. Dai

dati ottenuti, non sembra ci siano stati tentativi sistematici per determinare una corrispondenza tra le testimonianze dei pazienti e i dati provenienti dalle assicurazioni riguardanti i giorni di malattia e i giorni di ricovero.

Lo scopo del presente studio è quello di determinare:

- a) se si verifica sia una riduzione dei giorni di assenza dal lavoro sia una riduzione dei pazienti ricoverati durante un percorso analitico a lungo termine;
- b) se i risultati positivi ottenuti dal trattamento psicoterapico permangono stabilmente anche nel percorso post-analitico;
- c) in che misura i resoconti dei pazienti corrispondano ai dati delle assicurazioni.

Metodi

Disegno di studio e reclutamento dei pazienti

Nella prima parte dello studio (basic assesment) tutti i membri della Società Psicoanalitica Tedesca (DVP) sono stati contattati ed è stato loro chiesto di fornire le seguenti informazioni su tutti i pazienti che avevano terminato un trattamento a lungo termine tra il 1990 e il 1993: i dati sociodemografici (sesso, età, professione), il tipo di trattamento (Psicoanalitico, psicomotricità, sessioni settimanali e durata del trattamento), la gravità della malattia e l'esito del trattamento. Informazioni addizionali riguardavano dati personali degli analisti e il loro background professionale (sesso, data di laurea, e esperienza clinica – trattamenti in atto e conclusi -). Ai membri del DVP è stato inoltre chiesto se approvavano lo studio di follow-up, e se erano desiderosi di prendervi parte. Il 91% dei membri del DVP è stato coinvolto nel progetto. Dopo avere ottenuto l'approvazione dello studio da parte della società, abbiamo contattato tutti gli analisti che hanno deciso fare parte dello studio. Il campione finale ha compreso 154 psicoanalisti che condividevano i seguenti criteri di inclusione:

- a) formazione psicoanalitica completa, come richiesto dai membri della DVP;
- b) tipo di trattamento (psicanalisi ortodossa o terapia psicoanalitica);
- c) casi in cui la durata del trattamento era superiore a un anno;
- d) casi in cui la terapia è terminata tra il 1990 e il 1993.

Sono stati esclusi i casi portati in supervisione riportati da analisti in formazione. Agli analisti è stato chiesto di spedire ai pazienti idonei un breve questionario e di far loro firmare un modulo per il consenso. Dei pazienti idonei (N=1,038), circa il 39% hanno potuto essere contattati e hanno espresso la loro volontà di partecipare (N=401) rispedendo il modulo per il consenso al loro analista o direttamente al gruppo di studio. La rappresentatività dei consensi è stata controllata da un esperto di statistica esterno al gruppo di ricerca in fasi successive (dettagli in Leuinger-Bohleber et al., 2003; Ruger, 2001.). Basandosi sulla valutazione effettuata non si è potuto trovare differenze tra i seguenti sottocampioni in relazione al tipo di trattamento condotto, alle caratteristiche sociodemografiche, alla gravità della malattia e all'esito del trattamento:

- a) gli analisti partecipanti (vs. i non partecipanti),
- b) i pazienti contattati dagli psicoanalisti (vs. quelli idonei basati sulla valutazione di base) e
- c) i pazienti che hanno risposto aderito (vs. quelli che non hanno aderito).

Partecipanti

Poiché molti più pazienti acconsentirono a partecipare allo studio rispetto a quanti ne potessimo intervistare, abbiamo disegnato un campione randomizzato (N=194) per una valutazione attraverso interviste e questionari. Ai rimanenti 207 partecipanti sono stati consegnati solamente i questionari. Entrambi i gruppi di pazienti hanno ottenuto questionari identici. Sono state condotte 129 interviste, i dati completi ricavati dai questionari sono stati disponibili per 101 pazienti.

Dei 207 che hanno ricevuto solo i questionari, 154 pazienti (74%) lo hanno completato. Per questi pazienti abbiamo ottenuto 141 questionari completi dal loro analista (92%). Accurate analisi del

drop-out non hanno rilevato significative differenze tra i partecipanti allo studio e coloro i quali si sono rifiutati, oppure tra i campioni dell'intervista e del questionario. Abbiamo così ottenuto i dati sui questionari di 255 pazienti appartenenti ai due sottogruppi. Per ragioni che saranno successivamente indicate, abbiamo potuto ottenere i dati dell'assicurazione sanitaria di soli 71 pazienti. Comunque, di questi, in soli 47 casi abbiamo potuto coprire l'intero lasso di tempo di almeno il primo anno precedente il trattamento fino al follow-up. La tabella 1 rappresenta i dati sociodemografici dei partecipanti. L'età media all'inizio del trattamento era 34 anni, la durata media del trattamento è stata di 49 mesi (range=12-168 mesi); più del 50% dei trattamenti sono stati psicoanalitici; la durata media del follow-up era di 85 mesi (range=48-108 mesi). Circa il 71% del campione era rappresentato da donne, la metà dei pazienti era spostata, il 33% viveva da solo. Il 13% era divorziato.

Per i partecipanti dei quali avevamo i dati completi, abbiamo anche ottenuto diagnosi basate su quanto riportato dagli analisti nel follow-up e la loro valutazione diagnostica iniziale dettagliata per le compagnie di assicurazione (fatta prima dell'inizio del trattamento). Sulla base di tali dati abbiamo potuto formulare diagnosi basandoci sull'ICD-10 per 38 dei 47 pazienti (81%) con i dati completi delle assicurazioni sanitarie. Fra le diagnosi principali ci sono stati disturbi affettivi (F 30-40), disturbi psicosomatici (la maggior parte somatoformi F-45, disturbi alimentari F-50 e altri disturbi es., neurodermatiti; 31%); e disturbi d'ansia (13%). Metà del campione fu diagnosticato come un disturbo di personalità.

Tabella 1. Caratteristiche sociodemografiche dei partecipanti allo studio con o senza dati sanitari completi

Variabile	Complete data (n=47)	No/incomplete data (n=208)	Total (n=255)
Età (anni)*			
Inizio trattamento	36.1 (21-58)	34.0 (15-57)	34.4 (15-58)
Follow-up	46.2 (29-65)	44.2 (22-69)	44.6 (22-69)
Variabile	n (%)	n (%)	n (%)
Sesso			
Femminile	36 (76.6)	146 (70.2)	182 (71.4)
Stato civile			
Sposato	21 (45.7)	112 (55.4)	133 (53.6)
Single	14 (30.4)	69 (33.7)	83 (33.1)
Divorziato/vedovo	11 (23.9)	24 (10.9)	35 (13.3)
Impiego			
Full time	27 (58.7)	118 (58.4)	145 (58.5)
Part time	13 (28.3)	56 (27.7)	69 (27.8)
A casa	1 (2.2)	16 (7.9)	17 (6.9)
Altro	5 (10.8)	12 (5.8)	17 (6.9)
Psicoanalisi	32 (68.1)	113 (54.3)	145 (56.9)

*valori rappresentanti le medie e i ranges.

Misurazioni

Tutti i partecipanti hanno compilato reattivi psicologici standardizzati relativi ai sintomi (SCL-90; Derogatis 1992); soddisfazione di vita (Inventar des Reha- Status; Gerdes & Jäckel, 1995), e senso di coerenza (Sense of Coherence Scale; Antonovsky, 1987), oltre a domande specifiche relative alla soddisfazione relativa al trattamento, e il benessere prima, durante e dopo il trattamento. Dopo una

dettagliata ricerca sul setting e sul periodo del loro trattamento, ai pazienti sono state fatte domande relative ai giorni di malattia, ai giorni di ospedale, ai consulti ambulatoriali, alla frequenza nell'uso di medicinali (condizioni psicotrope acute e croniche) negli anni precedenti al trattamento, durante il primo anno e nell'ultimo anno prima del follow-up. Sul campione dell'intervista furono condotti, due colloqui psicoanalitici (60-90 minuti ciascuno) da due analisti con molta esperienza, provenienti da due diversi istituti. Queste interviste sono poi state supportate da ulteriori domande strutturate nella seconda parte della seconda intervista e sono state audioregistrate. Delle interviste indipendenti sono state condotte con i precedenti analisti dei soggetti. La valutazione è stata condotta tramite gruppi di ricerca locali, seguendo procedure qualitative e quantitative specifiche e guidate (Leuzinger-Boheleber et al., 2003). La tabella 2 fornisce una visione globale della raccolta dei dati dell'assicurazione sanitaria e specifica le ragioni per cui non siamo in possesso di tutti i dati completi.

A tutti i pazienti intervistati è stato chiesto il permesso di acquisire i dati dalle compagnie di assicurazione sanitarie. Circa il 66% dei pazienti ha dato il consenso. Anche a quelli a cui è stato consegnato solo il questionario è stato richiesto, tramite lettera, lo stesso consenso; ha aderito circa il 33%. Abbiamo inviato i consensi firmati alle loro compagnie di assicurazione, ed abbiamo richiesto i dati sull'assenteismo dal lavoro, sui giorni di ricovero e le relative diagnosi mediche. I dati recuperati ricoprono il periodo da i 5 anni prima del trattamento fino al follow-up. Per assicurarsi che la mancanza di dati durante questo periodo di tempo non significasse un mancato utilizzo della sanità e nemmeno una mancanza della documentazione, abbiamo richiesto specificatamente a tutte le compagnie assicurative informazioni circa il periodo della documentazione.

Come abbiamo anticipato, abbiamo ottenuto dati assicurativi completi solo per una parte dei pazienti. Le ragioni sono le seguenti: mancanza di consenso (55%); il criterio era applicabile perché i pazienti non hanno lavorato in modo continuativo per tutto il periodo (disoccupati/studenti 11%); i dati non erano accessibili perché le compagnie assicurative li hanno cancellati dopo un certo periodo (9%); le compagnie assicurative non hanno registrato i dati sull'assenteismo dal lavoro (7%). Abbiamo acquisito dati per 68 pazienti per un lungo periodo; i dati sono risultati completi (1 anno di pre-trattamento fino a almeno 5 anni di post-trattamento) per 47 pazienti. Questi includono 21 pazienti dei quali abbiamo ottenuto dati precedenti i cinque anni di pre-trattamento. La seguente presentazione è limitata ai 47 pazienti di cui abbiamo i dati completi.

Tabella 2. Dati delle compagnie assicurative dei due sottoinsiemi (Intervista e questionario): Ragioni per i dati incompleti o mancanti per i giorni di malattia

Ragioni per i dati mancanti o incompleti	Intervista semplice (n=101)		Questionario semplice (n=154)		Totale (n=255)	
	n	%	n	%	n	%
Mancato consenso	33	32.7	106	68.8	139	54.5
Criterio non applicabile (studenti)	17	16.8	11	7.1	28	11.0
Dati della preterapia cancellate	16	15.8	8	5.2	24	9.4
Dati non conservata dalle assicurazioni	8	7.9	9	5.8	17	6.7
Dati completi	27	26.7	20	13.0	47	18.4

*dal primo anno di pretrattamento a 7 anni dal follow-up

Analisi dei dati

I dati delle assicurazioni sanitarie e dei pazienti sono stati raccolti e analizzati indipendentemente. Come ultimo passo nell'analisi dei dati, questi sono stati comparati statisticamente. L'analisi dei dati è stata fatta con il programma SPSS (versione 10.1) con test parametrici (T-test, correlazione di Pearson), e non parametrici (Chi quadro, Wilcoxon, Friedman analisi della varianza non parametrica).

Risultati

Riuscita del trattamento e distress nel follow-up

Nei campioni dei questionari e delle interviste, il 75.9% dei pazienti si dichiara soddisfatto dei risultati della psicoanalisi o della psicoterapia a lungo termine. Il 70-80% di loro ha riportato cambiamenti positivi e duraturi riguardanti il benessere, lo sviluppo personale, le relazioni interpersonali, l'approccio agli eventi, l'autostima, il lavoro e la soddisfazione in generale. Globalmente c'è stato un buon accordo con gli analisti che hanno condotto il trattamento (Leuzinger-Boheler et al., 2003).

Abbiamo confrontato il livello di distress dei soggetti del German Psychoanalytic Follow-up Study con quello della popolazione con quello di altri campioni di pazienti. Come mostra la figura 1 al follow-up la media dei punteggi del Global Severity Index relativa al gruppo dei soggetti, non differisce dai punteggi ottenuti dalla popolazione tedesca (Hessel, Schumacher, Gejer & Brähler, 2001). Chiaramente, i risultati dei soggetti dello studio furono lontani ($p < .001$) da quelli del campione dei pazienti in pre-trattamento a seguito di una precedente terapia: i pazienti psicosomatici ambulatoriali interni e esterni del Dipartimento di Medicina psicosomatica e Psicoterapia dell'Università di Gessen, e pazienti della pratica privata (Tress, Kruse, Heckrath, Schmitz, & Alberti, 1997).

Giorni di malattia dei pazienti basati sui dati delle assicurazioni sanitarie

La figura 2 rappresenta i giorni di malattia del nostro campione, da 1 anno di pre-trattamento fino a un follow-up di 7 anni. Come mostra la figura l'assenteismo è diminuito notevolmente dal periodo di pre-trattamento alla fine della terapia ed è rimasto sostanzialmente stabile durante il follow-up.

Cambiamenti correlati all'età nei giorni di malattia nella popolazione generale

L'interpretazione del periodo relativo ai giorni di malattia deve prendere in considerazione il fatto che i soggetti sono invecchiati di oltre 10 anni nel periodo che va dal pre-trattamento al follow-up. La figura 3, basata sui dati forniti dal Ministero Tedesco della Salute (Bunderminister für Gesundheit, 1997), mostra il numero medio dei giorni annuali di malattia per diversi gruppi di età. Le stime si sono basate sull'anno 1993, quando i trattamenti di questo studio erano quasi al termine. La figura 3 mostra un forte e continuo incremento dell'assenteismo medio dal lavoro dai 30 fino ai 65 anni sia per gli uomini sia per le donne. Le differenze fra uomini e donne si riscontrano solamente nel periodo di maggiore età (> 55 anni). Sebbene le comparazioni dirette con i nostri dati possano essere considerati dei tentativi, i dati suggeriscono che dal nostro campione ci si può aspettare un grosso incremento dell'assenteismo dal pre-trattamento al follow-up lungo un periodo in media superiore agli 11 anni.

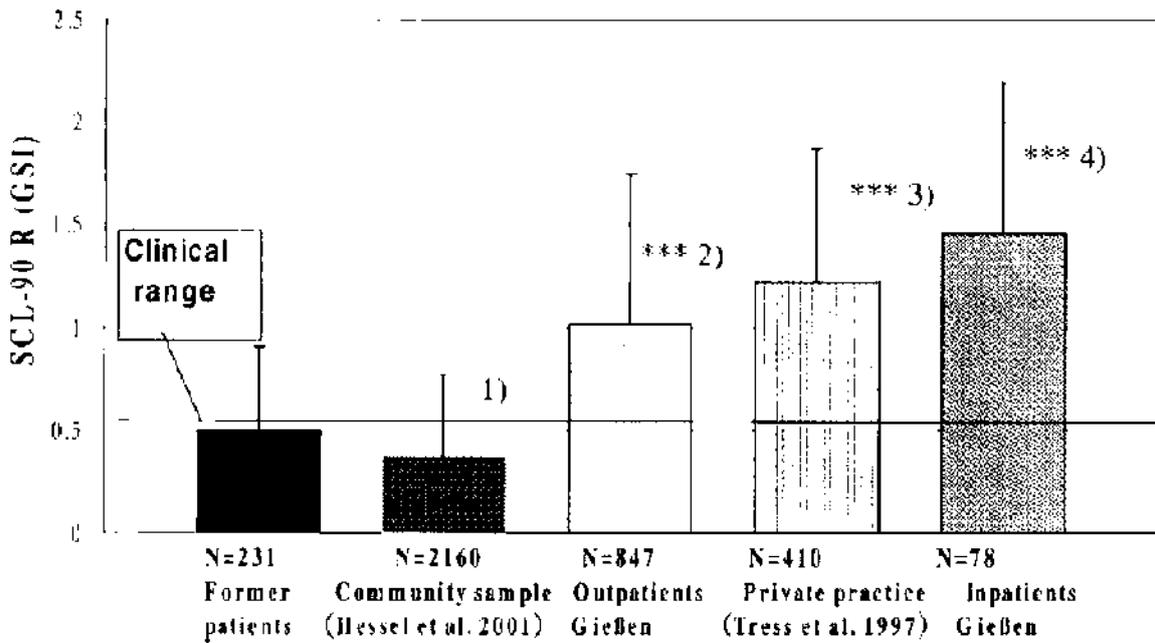


FIGURE 1. Attuale distress (Global Severity Index) tra i soggetti dello studio comparati con campioni della comunità e dei pazienti. I soggetti sono stati comparati con un campione rappresentativo della comunità, ex pazienti psicosomatici in pre-trattamento a seguito di una precedente terapia dell'Università di Giessen (Beutel et al., in stampa), pazienti della pratica privata e pazienti in trattamento psicosomatico (Beutel et al., in stampa). I risultati dei T-Test sono, rispettivamente, 1) $T(2190)=-.41$; 2) $T(1077)=10.40$; 3) $T(640)=15.5$; 4) $T(378)=9.4$ *** $p<.001$.

IMPACT OF PSYCHOANALYSIS ON HEALTH CARE

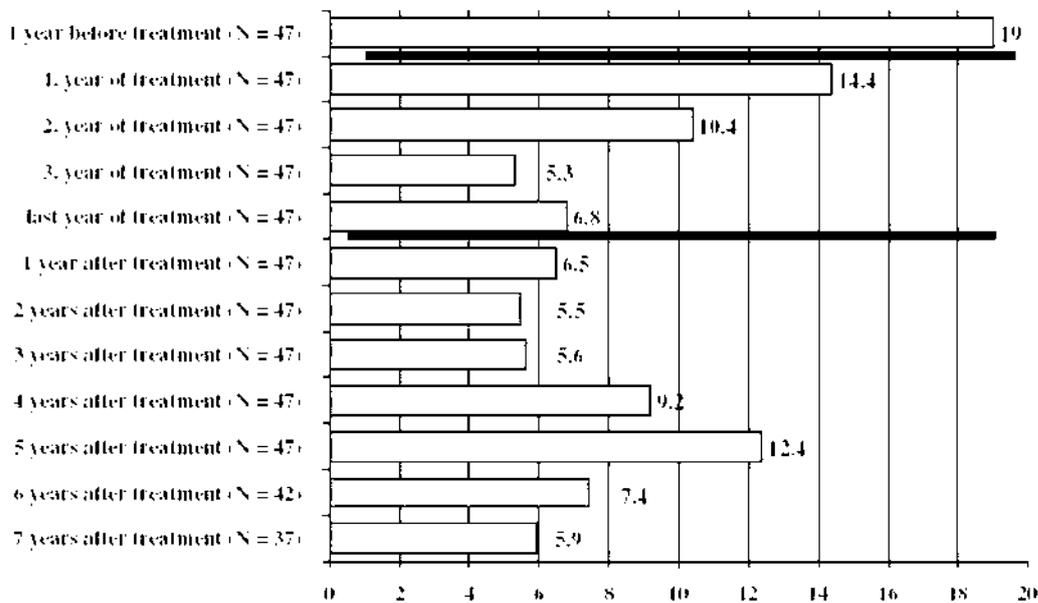


FIGURA 2. Giorni di malattia anno per anno prima, durante e dopo il trattamento basati sui dati delle assicurazioni sanitarie dei soggetti.

Relazioni tra i resoconti dei pazienti e i dati delle assicurazioni sanitarie

La tabella 3 presenta le medie, le deviazioni standard, i giorni di permesso per malattia e l'utilizzo delle cure ambulatoriali basati sui resoconti forniti dai soggetti. Ai pazienti è stato richiesto di annotare i giorni di malattia e il numero di consulti ospedalieri per l'anno precedente il trattamento, durante il primo anno di trattamento e nell'anno prima del follow-up. La tabella 3 riporta solo le cifre per quei pazienti che hanno fornito le loro valutazioni per tutti e tre i periodi. Con lo scopo di effettuare una comparazione tra le fonti dei dati da diverse fonti, questi sono stati suddivisi tra pazienti in possesso dei dati completi forniti dalle assicurazioni e coloro i quali non hanno tali dati.

Secondo le stime dei soggetti, globalmente l'assenteismo dal lavoro è diminuito in modo significativo, da 8,2 giorni nell'anno prima del trattamento a 5,1 giorni nel primo anno di trattamento. Questa riduzione è rimasta stabile nel periodo di follow-up. L'alta variazione riguardante gli altri pazienti, senza dati assicurativi completi, è dovuta a un paziente esterno, che, mentendo, ha riportato 350 giorni di malattia nell'anno precedente al follow-up. Togliendo tale paziente dalla presente analisi, i giorni di malattia in questo gruppo si ridurrebbero da 5.8 a 3.4 e, di conseguenza, la deviazione standard diminuirebbe da 29.8 a 5.7.

Basandoci sui pazienti con i dati completi provenienti sia dai resoconti personali sia dalle compagnie assicurative, si è riscontrato che i pazienti hanno sottostimato i giorni di assenteismo dal lavoro nei periodi precedenti e successivi al trattamento. Comunque quando correliamo i loro punteggi con i dati delle assicurazioni, riscontriamo correlazioni non parametriche moderate maggiormente significative (Spearman): $r=.51$ ($p<.05$) per l'anno precedente al trattamento; $r=.30$ ($p=.068$) per il primo anno di trattamento; $r=.43$ ($p<.05$) durante il follow-up.

Tabella 3. Giorni di lavoro persi e consultazioni mediche basati sui resoconti dei pazienti

Variabile	1 anno pretrattamento		1 anno trattamento		1 anno pre-FU		ANOVA ²
	M	SD	M	SD	M	SD	
Giorni di malattia							
Dati completi (n=29)	9.5	9.7	5.7	6.4	2.1	3.9	$\chi^2 = 17.5$
Altro (n=140)	7.9	14.3	5.0	16.3	5.8	29.8	$\chi^2 = 19.6$
Totale (n=169)	8.2	13.6	5.1	15.0	5.2	27.2	$\chi^2 = 29.9$
Consultazioni mediche							
Dati completi (n=32)	4.4	3.6	3.0	3.3	2.9	3.9	$\chi^2 = 10.7$
Altro (n=130)	6.1	9.0	3.4	5.4	3.7	4.6	$\chi^2 = 20.3$
Totale (n=162)	7.8	8.2	3.3	5.1	3.5	4.5	$\chi^2 = 29.7$

Nota. Dati completi = pazienti con resoconti completi e dati delle compagnie assicurative, $\chi^2(2)$; altro = pazienti senza dati completi delle compagnie assicurative; totale = tutti i pazienti inclusi nello studio; FU = follow-up; ANOVA = analisi della varianza.

^aFriedman nonparametric ANOVA.

* $p<.001$.

Consulti medici e cure mediche basati sui resoconti dei pazienti

Un simile andamento è stato riportato per i consulti medici: questi sono stati ridotti del 5.8 all'anno (per tutti i pazienti) prima del trattamento, a 3.3 durante il primo anno di trattamento e sono rimasti stabili durante il follow-up, sempre secondo le stime fornite dai pazienti. I pazienti (N=237) hanno riportato una riduzione dell'uso regolare di farmaci psicotropi (13% inizialmente, 3% alla fine del trattamento, 5% durante l'ultimo anno di follow-up). Un uso regolare di cure mediche per le condizioni acute (ad esempio emicrania) è diminuito da circa il 30% (prima del trattamento) al 20%

(follow-up); le cure per le condizioni croniche (ad esempio ipertensione) oscillavano dall'11% (prima del trattamento) al 14% (follow-up).

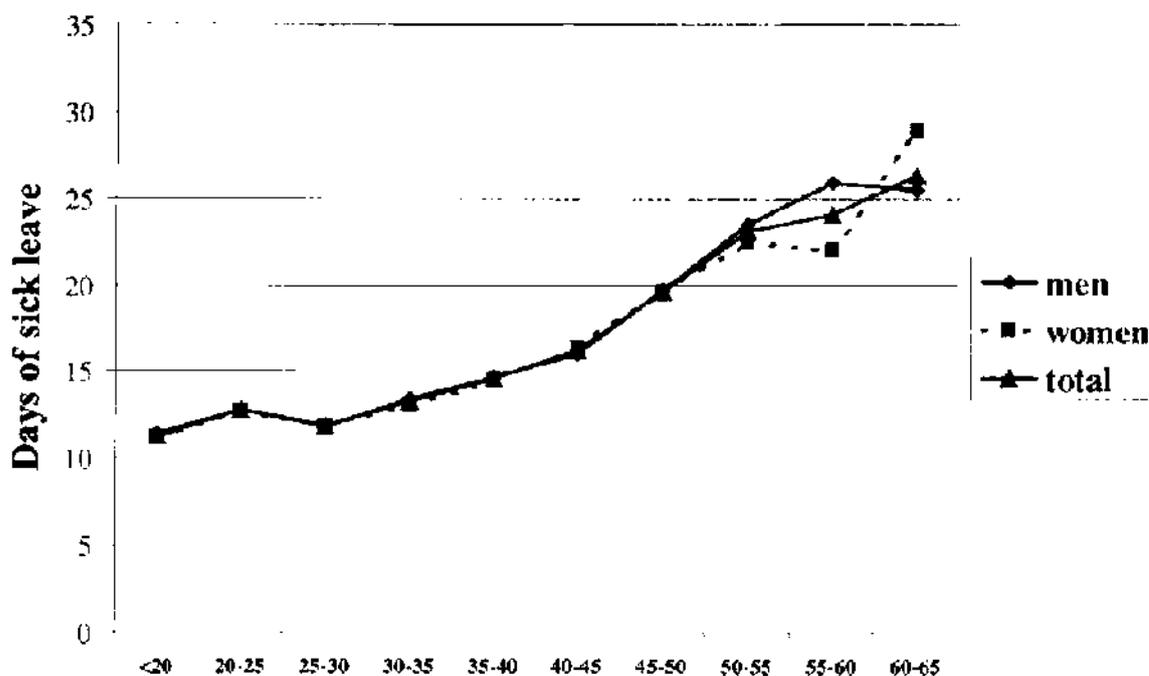


FIGURA 3. Andamento in giorni di malattia relativo ai gruppi di età nella popolazione generale (Bunderminister für Gesundheit, 1997).

Trattamenti su pazienti ricoverati basati sui dati delle assicurazioni sanitarie e su resoconti dei pazienti

I dati sui giorni di ricovero sono riportati nella tabella 4. I trattamenti sui pazienti ricoverati sono stati analizzati alla luce dei dati forniti dalle assicurazioni sanitarie e dei resoconti dei pazienti, separando ancora i soggetti in possesso di dati completi provenienti dalle compagnie assicurative da quelli che non ne erano in possesso. Le proporzioni dei pazienti che sono stati ospedalizzati, la durata media dei ricoveri e i giorni di ricovero per il corrispondente sub-campione sono riportati nella tabella 4. Come dimostrato, solo una piccola parte dei soggetti è stata ricoverata nei periodi presi in considerazione (da 2.6-15.4% all'anno). C'è stata una buona corrispondenza fra i dati assicurativi e i resoconti dei pazienti, fatta eccezione per i giorni di ospedalizzazione precedenti al trattamento, che sono stati riferiti dai soggetti in numero maggiore di quanto potessimo confermare in base ai dati assicurativi. Nonostante la vasta gamma (0-182 giorni), la media dei giorni di ospedalizzazione è stata più bassa inizialmente ed è rimasta bassa durante il corso del follow-up, senza tenere conto se i dati si basassero sulle valutazioni dei pazienti da parte delle compagnie di assicurazione.

Tabella 4. Giorni di ospedale prima, durante e dopo il trattamenti: dati dalla compagnie assicurative e dai resoconti dei pazienti

Variabile	Dati delle compagnie assicurative			Resoconti dei pazienti					
	%	M	Range	Dati assicurativi completi			Assenza o dati incompleti		
	%	M	Range	%	M	Range	%	M	Range
Pretrattamento	2.6	0.05	0-2	15.4	1.8	0-30	9.9	2.4	0-90
1 anno di trattamento	5.1	0.6	0-19	7.7	3.6	0-84	8.1	2.0	0-182
Follow-up	5.1	0.7	0.24	5.1	0.6	0-18	9.9	0.7	0-28

Note. Solo per il confronto, I dati dei pazienti sono stati inclusi con completa assicurazione sanitaria e dati riportati autonomamente. % = proporzione di pazienti ospedalizzati; M = giorni medi di ospedalizzazione; range = range dei giorni i ospedalizzazione.

Discussione

La maggior parte degli studi sugli esiti in psicoterapia si limitano a ricerche di follow-up su un tempo relativamente breve: raramente superano i sei mesi o l'anno (Bloomberg et al., 2001). Il nostro studio ha il vantaggio di monitorare i pazienti per un lungo periodo (fino a 7 anni dopo la fine del trattamento). Tale durata sembra abbastanza adeguata, visto che la durata media dei trattamenti è di 4 anni.

Secondo i dati raccolti dalle compagnie assicurative, c'è stata una considerevole riduzione dell'assenteismo dal lavoro dall'anno precedente alla psicoterapia a lungo termine o alla psicoanalisi alla fine del primo anno di trattamento. Questa riduzione si è mantenuta durante il lungo periodo di follow-up, dopo il termine del trattamento. Questo fatto risulta ancora più evidente se consideriamo che il gruppo di pazienti è invecchiato di circa 11 anni. L'invecchiamento è un fattore rilevante per l'assenteismo sul lavoro e, sulla base dei dati epidemiologici, al posto di un livello stabile si sarebbe dovuto verificare un incremento dell'assenteismo durante la transizione dall'età media di 34 anni all'età media di 45, sia per gli uomini sia per le donne. Un caso simile può riguardare i giorni di ospedalizzazione, per i quali si può ipotizzare un incremento, piuttosto che un livello basso e stabile.

La prova riguardo alla corrispondenza dell'auto-valutazione dei pazienti e dei dati delle compagnie assicurative è mista: i pazienti hanno sottostimato la loro assenza annuale dal lavoro, anche per quanto riguarda l'anno di follow-up. Si sono riscontrate correlazioni significative e abbastanza significative nei 3 stadi di valutazione, indicanti un moderato livello di accordo tra i dati dei pazienti e quelli delle assicurazioni sanitarie.

Naturalmente è difficile richiedere ai pazienti di riferire i dati numerici per eventi risalenti a 11 anni prima dello studio. In ogni caso il livello di corrispondenza con i dati delle compagnie di assicurazione ha dato credibilità alle stime dei pazienti. Basandosi sui resoconti dei soggetti, c'è stata una sostanziale riduzione non solo dell'assenteismo, ma anche del numero di consulti ambulatoriali rispetto all'anno precedente al trattamento di psicoterapia a lungo termine o di psicoanalisi fino al primo anno di trattamento. Tali riduzioni si sono mantenute costanti per tutto il lungo periodo di follow-up successivo al termine del trattamento. I pazienti hanno anche riportato una riduzione dei farmaci (quando l'assunzione dei farmaci per patologie acute e croniche era costante). I giorni di ricovero si sono mantenuti su di un livello basso per tutto il periodo di durata del presente studio.

Sebbene l'impossibilità ad accedere ai dati relativi ai costi della malattia abbia reso pressoché impossibile un calcolo sull'efficacia dei costi, si sta tentando di comparare i costi accumulati dai giorni di malattia ai costi del trattamento. Sulla base dei dati selezionati (Breyer et al., 1997; Henzel, 2001) possiamo stimare la media dei costi per un giorno di assenza dal lavoro con DEM

354.00 e i costi per la psicoterapia individuali pari a DEM 110.00. Così i costi relativi ai trattamenti in una media di 400 sessioni ammonterebbero a DEM 44,000. In base al livello dei giorni di malattia nella fase di pre-trattamento, si risparmierebbe un valore pari a DEM 43,000 (97%), in base alla media della popolazione generale il risparmio dei costi di trattamento ammonterebbe a DEM 31,000 (quasi 80%). Il precedente dato sovrastima verosimilmente i reali valori in quanto non è credibile che i pazienti non siano migliorati (con o senza l'uso di trattamenti psicoterapici). L'ultimo dato, tuttavia, potrebbe sottostimare i punteggi reali poiché la popolazione generale deve essere considerata complessivamente più sana rispetto a una popolazione che richiede un trattamento psicoterapico. I costi non comprendono il tempo e i trasporti. Dall'altra parte, sulla base della dettagliata analisi condotta da Zielke (1999), un assenteismo ridotto comporta solo il 39% dei risparmi imputabili alla psicoterapia. Altri costi che non abbiamo considerato includono i trattamenti ambulatoriali, i farmaci, la riabilitazione e i trattamenti ospedalieri. Anche questi costi dovrebbero diminuire in base ai dati in nostro possesso. Sebbene abbiamo preso in considerazione una proporzione minore di costi legati alla malattia, possiamo comunque dimostrare che i risparmi hanno quasi eguagliato i costi di trattamento, senza considerare i miglioramenti sostanziali relativi alla qualità della vita e al benessere ottenuti a seguito del trattamento.

Il presente studio è stato condotto come una ricerca di follow-up di ampia portata. La prospettiva a lungo termine ha comportato una serie di limitazioni: il progetto era retrospettivo e non sono stati possibili controlli incrociati sui gruppi. La struttura naturalistica del progetto ha portato a dei problemi di rappresentatività e così anche i drop-outs, i dati mancanti e incompleti delle assicurazioni sanitarie che sono limitati a una parte del campione iniziale. In base a una valutazione effettuata con analisti idonei, può essere comunque dimostrato che il campione di pazienti desiderosi di partecipare è risultato rappresentativo del campione totale di pazienti idonei (Ruger, 2001). Globalmente meno della metà dei pazienti ha dato il consenso per l'utilizzo dei loro dati assicurativi. I pazienti si sono dimostrati più disponibili a fornire il consenso in un contesto privato (il campione dell'intervista), rispetto a coloro a cui è stata inviata la richiesta per iscritto (il campione del questionario). Per uno scarso 25% del campione, non si sono potuti ottenere i dati per ragioni riguardanti le compagnie assicurative (es. raccolta limitata) o mancanza di applicabilità (es. impiego non redditizio). Non abbiamo trovato differenze tra quei pazienti di cui possedevamo i dati completi dalle assicurazioni sanitarie e coloro per i quali non li avevamo. Possiamo altresì mostrare che il nostro campione non ha seguito l'andamento generale di un forte incremento dell'assenteismo medio annuale basato sull'età e basato su dati epidemiologici in gruppi di età diversi. Ricordiamo comunque che i nostri dati sono basati su un campione limitato e i confronti con la popolazione generale sono stati fatti solo in base al criterio dell'età.

Per ottenere la validazione dei resoconti dei pazienti sul miglioramento dei sintomi, abbiamo anche comparato il loro globale distress attuale (SCL-90-R) con quello di altri gruppi bisognosi di psicoterapia ambulatoriale, o con pazienti in psicoterapia con la norma della popolazione. Globalmente abbiamo notato che il distress al follow-up era vicino alla distribuzione della popolazione generale, molto sotto la media del pre-trattamento di vari gruppi di ex e pazienti e pazienti attualmente in psicoterapia. Questi risultati aggiungono credibilità alle affermazioni dei soggetti relative ai miglioramenti apportati dal trattamento a lungo termine.

Un ultimo sguardo è rivolto al fatto che abbiamo considerato una diminuzione dei giorni di malattia e una riduzione dell'utilizzo della struttura sanitaria come un importante criterio per un esito soddisfacente nella psicoterapia. Comunque, nonostante le nostre conclusioni riguardo la riduzione dei costi l'utilizzo dell'apparato sanitario sia in accordo con la maggioranza degli studi psicoterapici, che includono gli aspetti economici tra le loro misure di esito, la riduzione dell'utilizzo della sanità potrebbe non essere sempre benefica (cf. Sandell et al., 2001). Basandoci sui nostri dati e sulle valutazioni cliniche del campione dello studio, possiamo affermare che per alcuni pazienti potrebbe essere positivo essere più informati riguardo alla propria salute, avere maggiori controlli ambulatoriali e ottenere un'aspettativa dal lavoro quando sono malati. Alcune donne del nostro campione hanno trovato un compagno durante il periodo di trattamento e hanno

deciso di avere un bambino (fatto associato ad un aumento delle cure mediche e all'assenza dal lavoro). Globalmente l'utilizzo della struttura sanitaria e i relativi costi meritano una maggiore attenzione in quanto aspetto rilevante per l'esito della psicoterapia, importante per i finanziatori. Per questi ultimi, l'assenteismo dal lavoro è un criterio importante, in quanto ha il vantaggio di essere documentato indipendentemente dal trattamento, ma richiede notevole impegno. Sebbene il consenso possa essere ottenuto tramite contatti personali con i soggetti, bisogna tenere in considerazione le limitazioni relative alla documentazione delle compagnie assicurative.

Bibliografia

Antonowsky, A. (1987).

Unraveling the mystery of health. San Francisco, CA: Jossey Bass.

Bateman, A., & Fonagy, P. (1999).

The effectiveness of partial hospitalization of borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *American journal of psychiatry*, 156, 1563-1569.

Beutel, M., Stein En Nosse, C. Bleichner, F., Kaiser, E., Schlüter, K. & Khede, S. (2000).

Follow-up evaluation of inpatient psychosomatic rehabilitation from the perspectives of patients and the general practitioner. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 49, 66-74.

Beutel, M. E., Höflich, A., Kurth, R., Brosig, B., Gieler, U., Lewekw, F. et al. (in press).

Inpatients short and long-term psychotherapy - indications, results, predictors-. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*.

Bllomberg, J., Lazar, A., & Sandell, R. (2001).

Long-term outcome of long-term psychoanalytically oriented therapies: First finding of the Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Study. *Psychotherapy Research*. 11, 361-382.

Breyer, F., Heinzel, r., & Klein, T. (1997).

Costs and benefits of ambulant Psychoanalysis in Germany. *Zeitschrift für Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagements*, 6, 59-63.

Bundesminister für Gesundheit. (1997).

Health Care Data. Baden-Baden, Germany: nomos Verlagsgesellschaft.

Derogatis, L. R. (1992).

SCL-90-R, administration, scoring & procedure manual-II for the R(evised) version. Towson, MD.: Clinical Psychometric Research.

Dührssen, A., & Jorswieck, E. (1965).

An empirical-statistic study of effects of psychoanalytic treatment. *Neveartzt*, 39, 166-169.

Gabbard, G. O., Lazar, S. G., Hamberger, J. & Spiegel, D. (1997).

The economic impact of psychotherapy: A review. *American Journal of Psychiatry*, 154, 147-155.

Gerdes, N., & Jäckel, W. H. (1995).

The IRES questionnaire for clinic and research. *Rehabilitation*, 34, 13-24.

Heinzel, R. (2001).

Psychotherapy reduces Health costs – Ambulatory analytic individual and group therapy in a national follow-up study. In U. Stuhr, M. Leuzinger, & M. E. Beutel (Eds.), *Lungeitpsychiterherapie – Perspketviven fürTherapeuten und Wissenschaftler* (pp. 356-375). Stuttgart, Germany: Kohlhammer.

Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M., & Brähler, E. (2001).

Test-theoretical analysis and standardization of a representative community survey. *Diagnostica*, 47, 27-39.

Keller, W., Westhoff, G., Dilg, R., Rohner, R., & Studt, H. H. (2001).

- Effectiveness and cost-benefit aspects of ambulatory (Jungian) psychoanalyses and Psychotherapies –A follow-up study-. In U. Stühr, M. Leuzinger-Bohleber, & M. E. Beutel (Eds.), *Langzeitpsychotherapie-Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler* (pp.343-355). Stuttgart, Germany: Kohlhammer.
- Lamprecht, F. (1996).
Economic consequences of misguided treatments of psychosomatic and somatopsychic disorder. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 46, 283-291.
- Leuzinger-Bohleber, M., Rüger, B., Stühr, U., & Beutel, M. E. (2003).
Long-term outcomes of psychoanalyses and long-term psychodynamic treatments. *International journal of Psychoanalysis*, 84, 263-290.
- Mille, R., & Magruder, K. (1999).
Cost effectiveness of psychotherapy: A guide for practitioners, researchers and policymakers. New York: Oxford University Press.
- Mumford, E., Schlesinger, H. J., Glass, G. V., Patrick, C., & Cuedon, T. (1984).
A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment. *American journal of Psychiatry*, 141, 1145-1158.
- Rüger, B. (2001).
Statistical design and representativity of the psychoanalytic follow-up study. In U. Stühr, M. Leuzinger-Bohleber, & M. E. Beutel (Eds.), *Langzeitpsychotherapie-Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler* (pp. 149-159). Stuttgart, Germany: Kohlhammer.
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J., & Schubert, J. (2001).
Differential long-term results of psychoanalyses and psychotherapies. From the research of the Stockholm psychoanalysis and psychotherapy project. *Psyche*, 55, 277-310.
- Stühr, U., Leuzinger-Bohleber, M., & Beutel, M. E. (Eds.). (2001).
Long term Psychotherapy Perspectives for therapists and scientists. Stuttgart, Germany: Kohlhammer.
- Tress, W., Kruse, J., Heckrath, C., Schmitz, N., & Alberti, L. (1997).
Psychogenic disorder in general practice. *Psychosomatische Medizin*, 43, 211-232.
- Zielke, M. (1999).
Cost-benefit aspect in the psychosomatic rehabilitation. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49, 361-367.

Trad. It. Dott. Bonfanti Simone, Dott.ssa Galliera Serena.

LA PSICOANALISI COME PROGRAMMA DI RICERCA

Una lettura della psicoanalisi alla luce della epistemologia di Imre
Lakatos

PSYCHOANALYSIS AS RESEARCH PROGRAMME

A reading of psychoanalysis in the light of Imre Lakatos'
epistemology

Martina Conte

Dipartimento di Epistemologia ed Ermeneutica della Formazione
Università degli Studi Milano-Bicocca

Indirizzo per corrispondenza: Martina Conte, Servizio di Psicoterapia
della Struttura Complessa di Psichiatria 4- della A.O. Osp. Niguarda Ca'
Granda di Milano, via Ippocrate,45- 20161 Milano.

e-mail: martina.conte@unimib.it

Parole-chiave: epistemologia, psicoanalisi, scienza, Lakatos

Key-words: epistemology, psychoanalysis, science, Lakatos

Riassunto: Obiettivo del presente contributo è mostrare come la psicoanalisi possa essere considerata un programma di ricerca in accordo con le regole metodologiche definite dal filosofo della scienza Imre Lakatos. Il falsificazionismo sofisticato di Lakatos propone una serie di regole di accettazione e di rifiuto delle teorie e dei programmi di ricerca. Viene argomentato come la psicoanalisi sia in accordo con tali regole. La metodologia dei programmi di ricerca scientifici di Lakatos, costituita da un nucleo (*hard core*) del programma in cui per decisione metodologica sono poste alcune proposizioni teoriche universali inconfutabili, l'*aristia* positiva che predispose una cintura protettiva, costituita da ipotesi e teorie ausiliarie predisposte ai controlli, falsificabili ed eventualmente modificabili e l'*aristia* negativa che protegge il nucleo del programma deviando i tentativi di confutazione verso la cintura protettiva, viene applicata alla psicoanalisi.

Una lettura della psicoanalisi attraverso all'epistemologia di Lakatos permette di individuare le priorità della ricerca empiricamente fondata in psicoanalisi.

Summary: The goal of present work is to show how psychoanalysis can be considered a research programme according to methodological rules of Imre Lakatos, philosopher of science. His Sophisticated Falsificationism suggests methodological rules for proof or disproof of theories and research programmes. This work infers that psychoanalysis agrees with

these rules. Programme shields the theoretical core (hard core) from falsification attempts behind a protective belt of auxiliary hypotheses.

A research programme contains methodological rules some that instruct on what paths of research to avoid (the negative heuristic) and some that instruct on what paths to pursue (the positive heuristic). The research programme is evaluated in terms of the problem-shift over time, as it responds to anomalies (unfulfilled predictions) and unexplained phenomena at the observational/experimental level — by introducing modifications in the protective belt of auxiliary hypotheses. Lakatos' methodology of scientific research programme is applied to psychoanalysis. A reading of psychoanalysis in light of Imre Lakatos' epistemology shows empirical research priorities.

“Un rapporto di studio è l'opposto della nostalgia”
Luigi Meneghello, 2003.

Considerare la psicoanalisi una disciplina o una scienza¹, e, in questo caso, una scienza sul modello delle scienze naturali, sociali o comportamentali o inserirla nel dominio della ermeneutica, o, infine, considerarla “la nostra scienza peculiare” (Wallerstein, 1997), non è solo un esercizio epistemologico disincarnato. Ha delle conseguenze sulla metodologia della ricerca, sulla pratica clinica, sulla formazione/modificazione delle teorie metapsicologiche –oggi diremmo i modelli della mente.

In questo articolo vorrei mostrare come la psicoanalisi possa essere considerata un programma di ricerca in accordo con criteri enunciati dal filosofo della scienza Imre Lakatos.

¹ O entrambe le cose.

La metodologia dei programmi di ricerca scientifici.

“Per secoli la conoscenza è stata identificata con la conoscenza dimostrata: dimostrata dal potere dell’intelletto o dall’evidenza dei sensi.

La saggezza e l’onestà intellettuale esigevano che si rinunciassero alle affermazioni indimostrate e si minimizzasse il divario tra speculazione e conoscenza stabilita.

Il potere dimostrativo dell’intelletto o dei sensi fu messo in discussione dagli scettici più di duemila anni fa; ma costoro furono intimiditi e disorientati dal trionfo della fisica newtoniana” (Lakatos, 1978).

L’evoluzione della scienza nella prima metà del secolo scorso, con le teorie di Albert Einstein, la meccanica quantistica, il teorema dell’Incompletezza di Kurt Gödel, ha capovolto la situazione e oggi, pochissimi filosofi o scienziati continuano a sostenere che la conoscenza sia conoscenza dimostrata.

Tuttavia Lakatos sostiene che possa essere fatto un tentativo di proporre un “criterio di demarcazione” che permetta di distinguere la scienza dalla pseudo-scienza (come già Popper nella sua *Logik der Forschung*). Tale

ricerca di una “metodologia”, o “criterio di demarcazione” è una teoria della razionalità scientifica; più specificatamente è un insieme di standard razionali per le teorie scientifiche.

Lakatos chiarisce che tale criterio consiste in un insieme di regole per la valutazione di teorie già articolate.

Attraverso una critica storica alle teorie della conoscenza, egli giunge ad una posizione originale che propone criteri metodologici per l'asseverazione di teorie scientifiche, il falsificazionismo metodologico sofisticato

Egli parte dalla constatazione che la scienza attuale non può essere più quella dei razionalisti secondo i quali possiamo costruire le teorie esplicative della scienza senza alcun riferimento all'esperienza, ma valendoci solo della ragione (Descartes), o quella degli empiristi secondo i quali si possono accettare come assiomi solo un insieme relativamente piccolo di “proposizioni fattuali” che esprimono “fatti puri e semplici (hard facts)”. Il loro valore di verità è stabilito dalla esperienza ed esse costituiscono la base empirica della scienza.

Gli uni e gli altri furono sconfitti: i kantiani dalle geometrie non euclidee e dalla fisica non newtoniana e gli empiristi dall'impossibilità logica di

stabilire una base empirica (i fatti non possono dimostrare le proposizioni) e una logica induttiva, sufficientemente potente da dimostrare una teoria universale a partire da una congiunzione finita di proposizioni fattuali.

E' dunque inevitabile accettare il fatto che le teorie scientifiche siano in parte convenzionali.

Il convenzionalismo deriva dalle teorie della conoscenza "attiviste". Gli "attivisti" sostengono che non possiamo leggere il libro della natura senza una attività mentale, senza interpretarlo alla luce delle nostre aspettative o delle nostre teorie.

Non esiste infatti un confine naturale, psicologico, che separa le assunzioni teoriche o speculative dalle assunzioni osservative di base.

In realtà, tutti i tipi di teorie che riconoscono i sensi come fonte della conoscenza devono per forza contenere una psicologia della osservazione. Tali psicologie specificano lo stato "giusto", "normale", "sano", "imparziale", "vigile", o "scientifico" dei sensi- o piuttosto della mente nel suo complesso- in cui questi osservano la nuda verità.

Ma come emerge dal lavoro di Kant e Popper, non ci sono sensazioni che non siano impregnate di aspettative, quindi, non c'è alcuna demarcazione naturale (cioè psicologica) tra proposizioni teoriche e proposizioni osservative.

In secondo luogo, se anche esistesse una proposizione che soddisfacesse il criterio che la caratterizza come osservativa, il valore di verità di tali proposizioni “osservative” non può essere stabilito in modo indubitabile. Le proposizioni possono essere derivate da altre proposizioni, non possono essere derivate dai fatti: nessuno può dimostrare enunciati sulla base dell'esperienza, “non più che battendo il pugno sul tavolo” (Popper, 1934).

Poiché non esiste una base empirica assolutamente stabile di fatti, ma le “osservazioni”, sono basate su teorie anch'esse falsificabili in linea di principio, una teoria, secondo Lakatos, è “scientifica” solo se ha maggior contenuto empirico addizionale rispetto alla teoria precedente o rivale, e parte di questo contenuto addizionale sia verificato. La prima clausola può essere controllata istantaneamente mediante un'analisi logica a priori;

la seconda può essere controllata solo empiricamente e ciò può richiedere un tempo indeterminato.

Qualsiasi teoria scientifica deve essere valutata insieme con le sue ipotesi ausiliari, con le condizioni iniziali, e soprattutto con quelle che l'hanno preceduta, per vedere che tipo di cambiamento è stato prodotto. Allora quello che valutiamo sono serie di teorie piuttosto che teorie isolate. Queste serie di teorie sono solitamente connesse da una notevole continuità che le salda in programmi di ricerca scientifici.

Consideriamo una serie di teorie T_1, T_2, T_3, \dots in cui ogni teoria successiva è ottenuta aggiungendo clausole ausiliarie a quella che la precede (o reinterpretandola semanticamente) per accomodare alcune anomalie. Una tale serie di teorie è *teoricamente progressiva* (o costituisce una slittamento di problema teoricamente progressivo) se ciascuna teoria nuova ha contenuto empirico addizionale rispetto a quella che la precede, ossia se predice qualche fatto nuovo, finora inaspettato. Una serie teoricamente progressiva è anche *empiricamente progressiva* (o costituisce una slittamento di problema empiricamente progressivo) se ciascuna teoria nuova conduce alla effettiva scoperta di qualche fatto nuovo. Infine

diciamo che uno slittamento di problema è progressivo se lo è sia teoricamente che empiricamente, e regressivo altrimenti.

Un programma di ricerca scientifico consiste in regole metodologiche: alcune ci dicono quali vie di ricerca evitare, altre quali vie seguire.

Queste regole metodologiche possono essere espresse nella forma di principi metafisici (Lakatos specifica che usa il termine “metafisico” come termine tecnico: una proposizione contingente è metafisica se non ha dei “falsificatori potenziali”).

L'elemento convenzionale è presente nel nucleo (hard core) del programma: qui per decisione metodologica sono poste alcune proposizioni teoriche universali inconfutabili.

L'euristica positiva predispose una cintura protettiva, costituita da ipotesi e teorie ausiliarie predisposte ai controlli ed eventualmente modificabili.

L'euristica negativa protegge il nucleo del programma deviando i tentativi di confutazione verso la cintura protettiva. Quanto all' hard core di un programma di ricerca, l'euristica negativa proibisce di rivolgere il modus

tollens² verso di esso. Dobbiamo invece usare il nostro ingegno per esprimere o anche inventare opportune “ipotesi ausiliarie”, che formino una cintura protettiva attorno a questo nucleo, e deviare verso di esse la freccia del modus tollens. E’ questa cintura protettiva di ipotesi ausiliarie che deve sostenere l’urto dei controlli, che deve essere adattata e riadattata, o anche sostituita del tutto, per difendere il nucleo così consolidato.

I programmi di ricerca sono caratterizzati dalla euristica positiva in cui viene programmato un ordine di ricerca.

L’euristica positiva consiste in un insieme parzialmente espresso di proposte e suggerimenti su come cambiare e sviluppare, le varianti inconfutabili del programma di ricerca, su come modificare e complicare la cintura protettiva confutabile.

² il modus tollens è una forma di sillogismo ipotetico secondo cui la negazione del conseguente, elimina l’antecedente; si esprime così: se A è, B è, ma B non è, dunque A non è. Secondo Popper, il ragionamento falsificante adopera il modus tollens. (Gava, 1992)

Un modello è un insieme di condizioni iniziali (più, eventualmente delle teorie osservative) che si sa che si sarà costretti ad adattare durante l'ulteriore sviluppo del programma e si sa anche, più o meno, come.

In questo modo la metodologia dei programmi di ricerca spiega la relativa autonomia della scienza teorica: per gli scienziati la scelta razionale dei problemi da affrontare è determinata dall'euristica positiva del programma più che dalle anomalie. Le anomalie vengono elencate, ma messe da parte nella speranza che si trasformeranno a tempo debito, in corroborazioni del programma.

Brevi considerazioni sullo stato attuale del dibattito sullo statuto scientifico della psicoanalisi.

Lakatos propone il falsificazionismo metodologico sofisticato, poiché le versioni contemporanee delle teorie della scienza, il neo-positivismo e le interpretazioni ingenuie del fallibilismo popperiano, oltre a mostrare delle incoerenze logiche, escluderebbero dal campo della scienza, non solo le pseudo-scienze, ma anche scienze quali, ad esempio, la meccanica

quantistica, il cui impianto teorico possiede un elemento convenzionale (indecidibile, dunque metafisico), utile per la soluzione di problemi teoricamente ed empiricamente rilevanti, che non si piega, se non parzialmente, alla prova sperimentale. Non per questo tali programmi di ricerca vengono abbandonati dalla comunità scientifica.

Il dibattito sullo statuto scientifico della psicoanalisi, dovrebbe oggi partire da qui, mentre, anche negli interventi più recenti, la richiesta che le viene fatta è quella di confrontarsi con un modello di scienza superato o mai esistito³ Ciascuna obiezione alla psicoanalisi, sottintende una teoria della scienza che propone una concezione metafisica della logica, entro un programma riduzionista (Nagel, 1959) o una concezione neo-empirista per la quale esiste una base empirica assolutamente stabile di fatti sulla cui base creare dei protocolli sperimentali (neo-positivismo) o, infine, una concezione dogmatica del falsificazionismo per cui è

³ Freud (1915a), pur dichiarando che “Più volte è stata avanzata l’ esigenza che una scienza sia costruita in base a concetti chiari ed esattamente definiti”, afferma che “nella realtà, nessuna scienza, nemmeno la più esatta, prende le mosse da definizioni siffatte”, ossia procede in questo modo.

necessario esporre a confutazione attraverso un *experimentum crucis*⁴, ciascuna singola asserzione teorica (Grunbaum, 1984), senza considerare che una teoria scientifica deve essere valutata come Gestalt insieme con le sue ipotesi ausiliari e le condizioni iniziali, sullo sfondo di quelle che l'hanno preceduta .

Mentre, per quanto riguarda il “fronte interno” che raccoglie le obiezioni ricorrenti provenienti da teorie psicologiche rivali, vi sono due argomentazioni, tra loro collegate che si ripetono di testo in testo ed assumono più o meno la stessa forma. Ad esempio, “Se consideriamo la scienza come la forma di conoscenza più condivisibile, quindi convenzionale e capace di definire i presupposti linguistici ed esperienziali necessari per rendere intersoggettivo un determinato contenuto, indipendentemente dalla persona che lo consideri, si impone il problema se possa darsi la stessa situazione quando qualcuno affronti

⁴ L'esperimento cruciale è un esperimento che, secondo Bacone, di fronte a due ipotesi alternative distingue con certezza quella vera da quella falsa. E' alla base, arricchito dalla utilizzazione dei metodi matematici, del metodo sperimentale di Galileo. La portata di un tale esperimento è stata ridimensionata a partire dalle argomentazioni di P. Duhem fino agli sviluppi più recenti della fisica subatomica.

argomenti di tipo psicoanalitico. Per esempio: la fisica, pur nella complessità di quanto esprime, è traducibile in forme semplici ed accessibili a molte persone, senza che venga perso il senso del suo discorso. Chiunque affronti temi di carattere scientifico non deve mettere in discussione se stesso come persona e tanto meno la comunità scientifica pretenderà che costui lo faccia prima di accedere alle sperimentazioni” (Gius, Testoni, Zamperini, 1998, pagg.21-25).

Inoltre “può parlare di inconscio chi non sia psicoanalista? (...) la psicoanalisi è un “gergo” per soli addetti ai lavori o è un linguaggio che significa oggetti evidenti a tutti?” (ibidem)

La prima argomentazione è che la fisica sia una scienza divulgabile, cioè traducibile in forme semplici ed accessibili a molti, senza che venga perso il senso del suo discorso, mentre la psicoanalisi non lo è.

La psicoanalisi non è divulgabile pena la perdita di senso esattamente come la fisica.

Non che la meccanica quantistica non sia divulgabile, ed infatti non lo è, ma nemmeno la definizione molto più semplice di accelerazione nel

moto ad una dimensione (fisica classica) lo è, a meno di avere le seguenti conoscenze matematiche: la geometria vettoriale ed il calcolo integrale⁵. Ciò che è divulgabile è l'esperienza soggettiva percettiva di accelerazione, tutti sanno di cosa si tratti, ma non certo la sua definizione operativa di tipo matematico. Dunque anche la fisica richiede la conoscenza di uno specifico linguaggio scientifico.

La seconda obiezione, connessa alla prima, riguarda le “operazioni che la psicoanalisi richiede ai propri ricercatori, affinché essi possano accedere ai paradigmi da condividere” (ibidem), appare superata anche sul piano del dibattito epistemologico generale: dal momento che nel campo di osservazione fenomenico entra anche l'analista, egli deve necessariamente essere consapevole di alcuni dei propri processi interni, oppure detto in

⁵ “Spesso la velocità di un corpo cambia o in modulo, o in direzione o in entrambi. Si dice allora che il corpo possiede una accelerazione. Definiamo accelerazione media a , durante il moto da A a B, come la variazione di velocità divisa per l'intervallo di tempo, ossia $a = (v_2 - v_1)/(t_2 - t_1) = \Delta v/\Delta t$. La quantità di a è un vettore in quanto è ottenuta dividendo un vettore Δv , per uno scalare Δt . L'accelerazione è per conseguenza caratterizzata da un modulo e da una direzione. La sua direzione è quella di Δv e il suo modulo è $\Delta v/\Delta t$. Il modulo di accelerazione viene espresso in unità di velocità diviso per unità di tempo...” (Resnick, Halliday, 1982)

altro modo, la teoria osservativa della psicoanalisi, non diversamente che in altri programmi di ricerca (vedi la meccanica quantistica⁶) chiede di tener conto del contributo dell'osservatore in modo esplicito e codificato.

La psicoanalisi come programma di ricerca.

Se consideriamo la psicoanalisi come un programma di ricerca secondo con i criteri di Lakatos, Freud stesso ci permette di individuarne il nucleo, dichiarando persino che si tratta di una decisione metodologica.

Freud (1915b) afferma: “Il diritto di ammettere l'esistenza di una psiche inconscia e di lavorare scientificamente in base a questa ipotesi ci viene contestato da più parti. A nostra volta possiamo replicare che l'ipotesi è necessaria e legittima, e che abbiamo parecchie prove dell'esistenza

⁶ “ Nel principio quantistico nulla è più importante di questo fatto, e cioè che esso distrugge il concetto di mondo inteso come “qualcosa che sta al di fuori di qui”, con l'osservatore a distanza di sicurezza, separato da esso da lastre di vetro spesse venti centimetri. Anche quando osserva un oggetto così minuscolo come un elettrone, l'osservatore deve spaccare il vetro: deve entrare, deve installare il dispositivo di misura che ha scelto” (John A. Wheeler, 1997, Prof. of Physics Emeritus, Princeton University).

dell'inconscio.” Egli prosegue affermando che “tale ipotesi è necessaria perché i dati della coscienza sono molto lacunosi” (...). Tutti questi atti coscienti restano slegati e incomprensibili se ci ostiniamo a pretendere che ogni atto psichico che compare in noi debba essere sperimentato dalla coscienza; mentre si organizzano in una connessione ostensibile se li interpoliamo con gli atti inconsci di cui abbiamo ammesso l'esistenza.” (OSF 1915-1917 VIII: 50).

La decisione consiste nel “diritto” di considerare gli atti inconsci come processi psichici, e di lavorare scientificamente in base a questa ipotesi. Tale ipotesi viene espressa, in modo esplicito da Freud stesso, in forma di principio metafisico, ossia di una proposizione che non possiede, al momento, dei falsificatori potenziali. Poco più avanti, nel testo, si allontana dalla “equiparazione- non dichiarata e tuttavia assunta a priori- dello psichico con il cosciente” in quanto “l'equiparazione convenzionale dello psichico con il cosciente è assolutamente inopportuna. Lacerata le continuità psichiche, ci irretisce nelle insolubili difficoltà del parallelismo

psicofisico⁷, è soggetta all'obiezione di sopravvalutare la funzione della coscienza senza alcuna ragione plausibile, e ci costringe ad abbandonare prematuramente il terreno della ricerca psicologica senza essere in grado di portarci un risarcimento a partire da altri ambiti di indagine”(OSF 1915-1917 VIII: 51).

Tra due proposizioni indecidibili, Freud sceglie quella che gli apre una via alla ricerca psicologica (euristica positiva) poiché la riduzione dello psichico col cosciente e la sua conseguenza, il fatto che ciò che non è cosciente sia somatico, bloccherebbe il programma di ricerca, senza portare spiegazioni soddisfacenti sul piano della fisiologia, e, inoltre, escluderebbe i dati fino ad allora raccolti e sistematizzati dalle osservazioni di Freud.

Il nucleo del programma definisce, non tanto l'esistenza dell'inconscio (già scoperto o postulato da altri)⁸, quanto la decisione metodologica di considerare gli atti inconsci come processi psichici, creando un programma di ricerca che determini soluzioni teoricamente ed

⁷ insolite ancora oggi (J.Searle,1997; J.LeDoux, 2002)

⁸ Funari (1988)

empiricamente rilevanti entro “il suo ambito fenomenico tramite la corretta applicazione del proprio metodo” (Semi, 2001).

Questo significa abbandonare, il programma fisiologico di tipo riduzionista (Freud, 1895), mantenendo il medesimo obiettivo di conoscenza, e la fedeltà ad una teoria monista.

L’euristica negativa consiste in un insieme di regole metodologiche che deviano la freccia del *modus tollens* (la confutazione) dall’ipotesi appena espressa, l’ipotesi *ad hoc*.⁹

I tentativi di confutazione, le anomalie devono condurre a cambiamenti solo nella cintura protettiva delle ipotesi ausiliarie, delle ipotesi “osservative” e delle condizioni iniziali.

Anche riguardo alla euristica positiva, Freud dichiara esplicitamente il suo programma (1915b): “Il corretto inizio della attività scientifica consiste nella descrizione dei fenomeni, che poi vengono progressivamente

⁹ “Non tendo affatto a conservare l’elemento psicologico senza la base organica. Tuttavia, oltre alla convinzione, non ho nulla, né di teoretico né di terapeutico, su cui fondarmi, e perciò debbo comportarmi come se fossi di fronte solamente a fattori psicologici.” (Freud, 1887-1902, lettera 96).

raggruppati, ordinati e messi in connessione tra loro. Già nel corso della descrizione non si può fare a meno di applicare, in relazione al materiale dato, determinate idee astratte: le quali provengono da qualche parte, e non certo esclusivamente dalla nuova esperienza.” (OSF, VIII: p.13)

Dunque l’osservazione non è indipendente dalla teoria, anzi si potrebbe dire che la teoria osservativa orienta la descrizione dei fenomeni. Qui Freud illustra anche la euristica positiva del programma: le idee che lo scienziato si fa in questa fase, costituiscono quelli che in seguito diventeranno i “concetti fondamentali della scienza”, a cui egli attribuisce il “carattere di convenzioni”, e che subiscono, nel corso di ulteriori osservazioni ed elaborazioni teoriche un “costante mutamento di contenuto”.

Dunque l’euristica positiva della psicoanalisi, è storicamente connessa alla teoria osservativa che Freud mise a punto all’interno della relazione analitica (dall’ipnosi, al metodo catartico, fino alla tecnica delle libere associazioni nel 1900). Fin dagli inizi tale dispositivo tecnico di “osservazione”, produsse una quantità di dati empirici che cominciarono, in seguito ad elaborazione teorica, a costituire quella cintura protettiva di

ipotesi ausiliarie, che oggi chiameremmo modelli della mente, modificate dallo stesso Freud nel corso della sua elaborazione teorica e poi dai suoi successori secondo prospettive anche divergenti, sulla base dei dati empirici derivanti dalla progressiva evoluzione della teoria osservativa stessa. Tali concetti furono sottoposti, in maniera puntiforme e non sistematica, fin dall'inizio a controlli e confutazioni (come riconosce anche il filosofo Adolf Grünbaum,1984), da Freud stesso.

Alla luce delle argomentazioni precedenti penso che la psicoanalisi possa configurarsi come programma di ricerca, secondo i criteri enunciati da Lakatos, nel modo seguente (vedi fig. 1, p. 25):

L'hard core del programma contiene una serie di proposizioni indecidibili (metafisiche) a partire dall'ipotesi del "come se" enunciata dallo stesso Freud sino a tutte le ipotesi metapsicologiche ad alto livello di astrazione per le quali attualmente non esistono metodi di falsificazione potenziale e che sono assunti a priori dai ricercatori.

La teoria osservativa, strettamente legata agli strumenti clinici, dalla definizione del setting e della relazione analitica (la relazione transfert-controtransfert) emerge come un vettore che, a partire dal nucleo

teoretico, ha prodotto e produce un costante slittamento di problemi teoricamente e empiricamente progressivi e che ha determinato un dispositivo sempre più sofisticato di falsificazione potenziale dei concetti psicoanalitici.

La cintura protettiva delle ipotesi ausiliarie è costituita dalle ipotesi metapsicologiche e cliniche ad un livello medio di astrazione, operazionalizzabili con i più recenti modelli osservativi (tra cui SASB, Benjamin, L. S., 1979, 1981; CCRT, Luborky e Crits-Cristoph, 1988) e che dunque possono essere sottoposte a confutazione .

La cintura protettiva è il campo attuale della ricerca empirica in psicoanalisi che oggi ha a disposizione anche strumenti matematici sofisticati di falsificazione di un modello teorico (S.E.M., Structural Equation Modding) sulla base dei dati osservativi. (Sulla importanza della ricerca empirica in psicoanalisi come sviluppo del tema dello junktim freudiano, si veda S. Freni, 1999).

Credo che una lettura della psicoanalisi alla luce della epistemologia di Lakatos, ponga la metodologia della ricerca in una posizione autonoma rispetto all'ermeneutica o da ambiti epistemologici mutuati da altre

discipline filosofiche e renda liberi i ricercatori di potenziare in modo originale la euristica positiva (teoria osservativa) per ampliare sempre più il dominio della cintura protettiva.

Sul piano della ricerca epistemologica, i prossimi passi saranno la definizione più precisa dell'hard core della psicoanalisi, le ipotesi metapsicologiche ad alto livello di astrazione, per il quale sarebbe importante la collaborazione con quanti, teorici e clinici, svolgono ricerca euristica in psicoanalisi e la revisione della letteratura riguardante la ricerca empirica per definire la cintura protettiva e le ipotesi ausiliarie dimostrate.

La definizione di un programma di ricerca permetterà di individuare così le priorità della ricerca empirica.

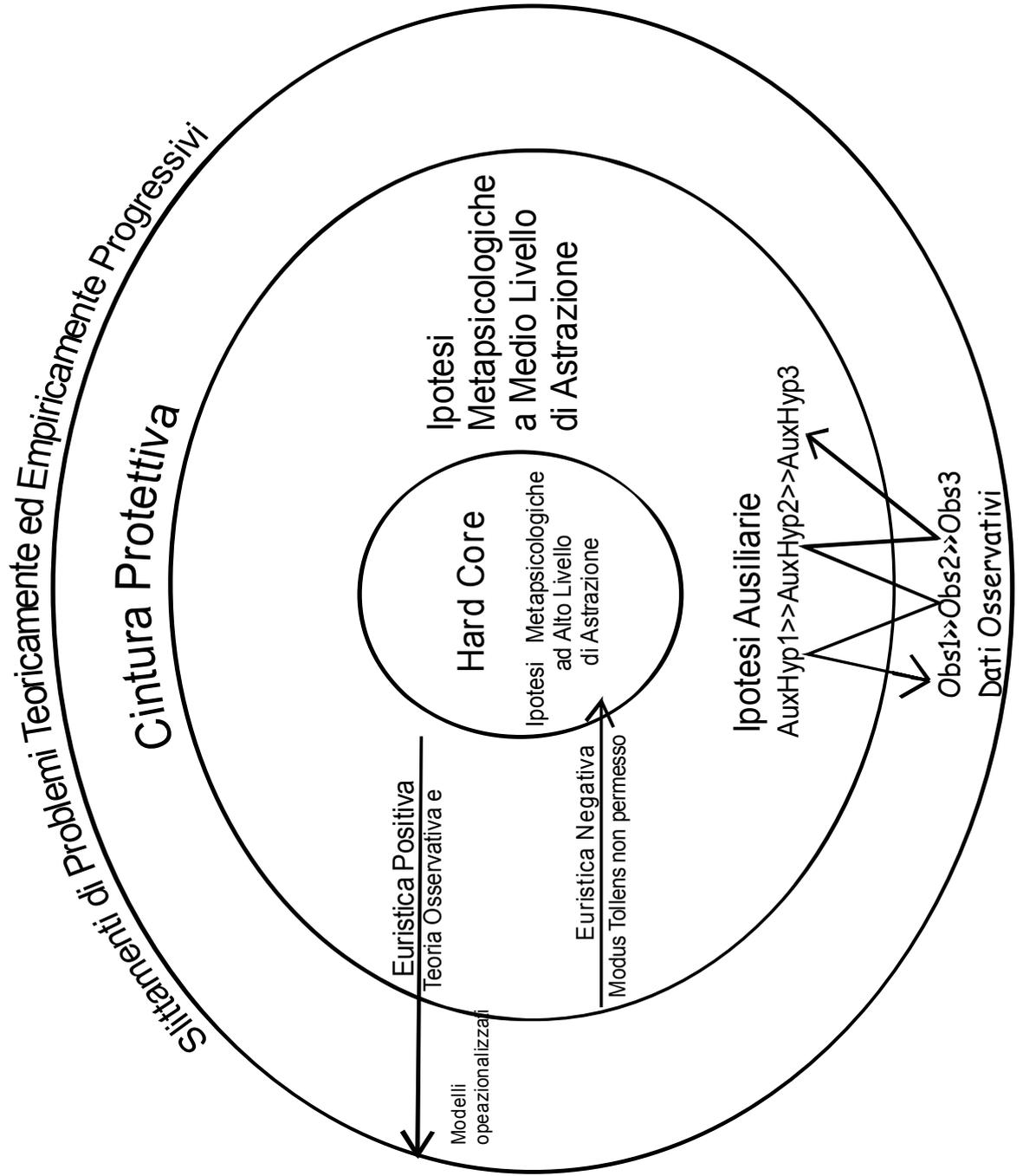


Figura 1: La psicoanalisi come programma di ricerca

Bibliografia

Per gli scritti di Sigmund Freud si fa riferimento all'edizione Boringhieri delle "Opere", in 12 volumi, Torino, 1986.

BENJAMIN L. S. (1979), Use of structural Analysis of Social Behavior (SASB) and Markov Chains to study dyadic interactions, in "Journal of Abnormal Psychology", 88, 3, pp.303-319.

BENJAMIN L. S. et al.(1981), Coding manual for structural analysis of social behavior, Unpublished manuscript, University of Wisconsin, Department of Psychiatry, Madison.

FREUD S., Lettere a Wilhelm Fliess (1887-1904), a cura di J.M. Masson, Boringhieri, Torino 1986.

FREUD S., (1895) Progetto di una psicologia, OSF, vol. II.

FREUD S., (1915a), Pulsioni e loro destini, OSF, vol. VIII.

FREUD S., (1915b), L'inconscio, OSF, vol. VIII.

FRENI, S., (1999), Lo junktim freudiano alla luce degli attuali orientamenti di ricerca empirica in psicoanalisi, in "Ricerca in Psicoterapia", 2, pp. 81-106.

- FUNARI E., (1988) Contestualità e specificità della psicoanalisi, in SEMI A. (a cura di), Trattato di Psicoanalisi, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. 3-40.
- GAVA G., (1992) Lessico epistemologico, CLEUP, Padova.
- GRÜNBAUM A., (1984), I fondamenti della psicoanalisi. Una critica filosofica., Il Saggiatore, Milano.
- KAKÉLE H., THOMÄ H., (2003) La ricerca in psicoanalisi. Lo studio del “caso dinicó”, a cura di M. Casonato, R. Pani, QuattroVenti, Urbino.
- LAKATOS I., (1978), The methodology of scientific research programmes. Philosophical Papers Volume I e II, Cambridge University Press; trad. it. (1988) La metodologia dei programmi di ricerca scientifica, Il Saggiatore Milano,
- LEDOUX J., (2002), Il Sé sinaptico, Come il nostro cervello ci fa diventare quello che siamo, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- LUBORSKY L., CRITS-CHRISTOPH P., (1988), Measures of psychoanalytic concepts-the last decade of research from “The Penn Studies”, in “Int. J. Psychoanal.”, 69, pp.75-86.
- MENEGHELLO L. (2003), Jura. Ricerca sulla natura delle forme scritte. BUR saggi, Milano.

- NAGEL E., (1959) Psicanalisi e metodo scientifico, in , HOOK, S. (a cura di), Psicanalisi e metodo scientifico, Giulio Einaudi Editore, Torino.
- POPPER K., (1934) La logica della scoperta scientifica, Giulio Einaudi Editore, Torino 1970.
- RESNICK R., HALLIDAY D., (1982) Fisica 1, Casa editrice Ambrosiana.
- SEARLE, J., (1997) Il Mistero della Coscienza, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- SEMI A. A., (2001) Introduzione alla metapsicologia, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- TESTONI, I., (1998) Tra psicanalisi e fisica, in GIUS, TESTONI I., ZAMPERINI, Psicologia sociale e processi inconsci, CEA Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- WALLERSTEIN R. S., (1997) Prefazione, in SANDLER J. et al., I modelli della mente di Freud, Franco Angeli, Milano.
- WHEELER J. A. (1997) At Home in the Universe, Springer Verlag, Berlin and Heidelberg

RELAZIONE INTERPERSONALE ED ESITI TERAPEUTICI:
APPLICAZIONI DEL METODO S.A.S.B.

L. Capelli*, E. Fava**, S. Taglietti*, M. Aliprandi*, L. Arduini**, S. Freni**, H. Schacke*, M. Vigorelli*

Riassunto

Obiettivo: Molti studi hanno dimostrato che la relazione tra clinico e paziente è uno dei fattori più importanti nel determinare l'esito del trattamento (Lambert & Bergin, 1992; Norcross, 2001). L'obiettivo della ricerca è quello di contribuire allo sviluppo di conoscenze relativamente all'influenza delle dinamiche interpersonali sull'esito terapeutico mediante l'utilizzo della griglia di codifica SASB (Structural Analysis of Social Behavior; Benjamin, 1979, 1993).

Metodi e strumenti: Il lavoro consiste di due successive ricerche, lo Studio 1 e lo Studio 2. Nel primo studio vengono esaminate tre coppie di pazienti con Disturbi dell'Umore. Ciascuna di esse è stata trattata dalla stesso terapeuta mediante una psicoterapia dinamica, ottenendo esiti opposti. Con lo Studio 2, l'indagine è stata estesa ad una coppia di pazienti con Disturbo dell'Umore trattati con psicoterapia a lungo termine ad orientamento psicodinamico. Sui dati raccolti, è stata eseguita un'analisi descrittiva per valutare l'andamento temporale dell'atteggiamento interpersonale dei membri della coppia terapeutica. Inoltre, con un'analisi log-lineare e sequenziale, si sono valutate le transizioni interpersonali specifiche di ciascun gruppo d'esito.

Risultati-Studio 1: I pazienti poor outcome si distinguono per una stabile difficoltà ad entrare in una relazione di dipendenza con il terapeuta. Questi pazienti mostrano, sin dall'inizio, una tendenza più marcata all'evitamento e alla sottomissione ostile, nonché una minore accettazione del controllo del terapeuta. Studio 2: Lo studio 2 conferma parzialmente i dati emersi dalla prima ricerca, soprattutto per quanto riguarda la relazione terapeutica della diade poor outcome.

* Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi Milano-Bicocca

** Dipartimento Scienze Cliniche-Ospedale Sacco, Università degli Studi di Milano
U.O.P. 48 - Unità di Psichiatria Dinamica e Psicoterapia- A.O.Niguarda Cà Granda, Milano

Gli autori ringraziano il Dott. Rossi e la Dott.ssa Malaspina per la gentile collaborazione.

Conclusioni: La qualità della relazione terapeutica potrebbe costituire il mediatore dell'efficacia degli altri tipi di intervento che caratterizzano il trattamento terapeutico.

Parole chiave: Psicoterapia, Esito, Dinamiche interpersonali, Relazione terapeutica.

Summary

Aim Many studies recognize the therapeutic relationship as a crucial factor in leading outcomes in therapy (Lambert & Bergin, 1992; Norcross, 2001). The present study was designed to further a more precise understanding of the influence of interpersonal dynamics on outcome; interpersonal variables were assessed using the SASB coding model (Structural Analysis of Social Behaviour; Benjamin, 1979, 1993).

Method The present research project is made up of two researches, named Study 1 and Study 2. A group of three couples of patients with DSM-IV-R diagnosis of Mood Disorder composed the sample for Study 1. The patients of each couple received individual brief psychodynamic psychotherapy by the same therapist, and achieved different outcomes (high and low-change). Study 2's sample was made up of two patients with the DSM-IV-R diagnosis of Mood Disorder, who received a long-term psychodynamic psychotherapy. Data were processed with descriptive statistics analyses, conducted to assess interpersonal behaviour's course state for each dyad. Besides, log-linear and sequential analyses were conducted to assess the particular interpersonal transactions of each outcome group.

Results-Study 1: Patients in the poor-outcome group are marked by constant difficulties in accepting the dependence on their therapists. These patients begins therapy with significantly high levels of avoiding behaviours and hostile submission. Moreover, they show poor acceptance of therapist's controlling behaviours. **Study 2:** This study partly replicates the previous study's results, especially about poor outcome dyad's ones.

Conclusion: Therapeutic relationship's quality could act as a go-between of the efficacy of the other kind of therapeutic interventions.

Key words: Process research, Outcome, Interpersonal Dynamics, Therapeutic Relationship.

Introduzione

Sebbene abbiamo a disposizione una moltitudine di studi che mostrano l'efficacia dei trattamenti psicoterapici nella cura dei pazienti affetti da disturbi psichici, finora nessun tipo di trattamento ha dimostrato di avvicinarsi ad avere successo nel 100% dei casi trattati. La ricerca deve orientarsi quindi verso l'individuazione di quei fattori che influenzano la riuscita dei trattamenti, considerando che non vi è nessuna prova che pazienti con la medesima diagnosi descrittiva nosografica siano uguali rispetto ad altre caratteristiche potenzialmente rilevanti per il buon esito della terapia.

Le stime di probabilità di successo, che si basano sulla ricerca focalizzata sul trattamento, possono essere incrementate da strategie di ricerca che permettano di seguire i progressi nel trattamento dei singoli pazienti (Lutz et al., 2002a, 2002b) e, conseguentemente, di riconoscere e affrontare gli specifici problemi e difficoltà che il clinico può incontrare nel corso della terapia.

Queste strategie di ricerca non sono realizzabili conducendo studi limitati nel tempo su gruppi di pazienti come si fa di solito per gli studi di efficacia e di efficacia reale. Occorre sviluppare una ricerca che si basi sul

rilevamento di dati raccolti nella terapia attuata con ogni singolo paziente (Lambert, 2001; Lutz et al., 2002), costruendo un ampio database di casi trattati.

Nello stesso tipo di prospettiva si sta inoltre affermando il concetto di “rappresentatività clinica” (Shadish et al., 1997) collegato con l’opportunità di studiare gruppi di pazienti che sono rappresentativi di una particolare condizione clinica piuttosto che di specifiche condizioni diagnostiche, come ad esempio i pazienti che non rispondono al trattamento, che rifiutano le terapie o che hanno disturbi cronici multipli (Guthrie et al., 1999, 2000).

In questo lavoro intendiamo affrontare il problema dei pazienti che non rispondono ai trattamenti psicoterapeutici sulla base di alcuni studi sviluppati dal nostro gruppo di ricerca con il metodo SASB (Structural Analysis of Social Behavior; Benjamin, 1979a,b; 1993a,b; 1996; 2004). L’obiettivo è quello di costruire ipotesi, empiricamente fondate, su ciò che distingue i trattamenti riusciti da quelli meno riusciti dal punto di vista dello sviluppo della relazione interpersonale tra paziente e terapeuta.

La scelta della relazione interpersonale tra paziente e terapeuta come campo d’indagine è giustificata dal fatto che gli studi sulla varianza dei risultati delle psicoterapie (Lambert e Barley, 1994, 2001) mostrano che i fattori collegati alla relazione terapeutica sono i più significativi nel contribuire all’esito positivo della terapia. Infatti, dall’esame di oltre cento studi che hanno fornito analisi statistiche sui predittori di risultato e della media della misura del contributo che ciascun predittore ha portato all’esito finale è risultato che i fattori comuni che includono la relazione cliente-terapeuta spiegano il 30% della varianza dei risultati, mentre le tecniche terapeutiche specifiche ne spiegano il 15% (cfr. Relazione conclusiva della 29 Task Force della American Psychological Association, Norcross, 2002). Nell’affrontare i fattori della relazione paziente-terapeuta è tuttavia difficile differenziare concettualmente e praticamente le variabili del terapeuta, l’alleanza terapeutica e gli stili relazionali del paziente, soprattutto se consideriamo che, nel hic et nunc terapeutico, questi fattori sono simultaneamente attivi e probabilmente interdipendenti. In questo contesto, ci sembra opportuno sottolineare anche la questione del ruolo che nel processo terapeutico possono avere l’alleanza di lavoro, la relazione interpersonale reale tra paziente e terapeuta e la relazione transferale nella sua accezione originaria (Freud, 1912; Luborsky, 1984). Distinzione questa che non è stata universalmente riconosciuta (Greenacre, 1968) sebbene la maggior parte dei modelli teorici psicoanalitici (Klein, 1948; Sullivan, 1953; Winnicott, 1958), abbiano comunque considerato la relazione interpersonale un punto centrale del processo terapeutico.

La relazione terapeutica reale è stata un costrutto controverso e, in parte, trascurato nella teoria e nella ricerca. Essa è stata definita, a partire da Freud, come quella parte della relazione che è altro rispetto alla relazione transferale. Alcuni teorici di impostazione umanistica/esperienziale hanno sostenuto che essa è strettamente connessa con l’autenticità e le capacità empatiche del terapeuta. Altri (Greenson, 1967) ne hanno messo in evidenza il ruolo nella costituzione dell’alleanza di lavoro. Altri come una componente fondamentale dei processi di cambiamento in quanto

connessa all' "esperienza emozionale correttiva" (Alexander, 1946; Rogers, 1980).

Il ruolo dei processi interpersonali è stato considerato centrale anche da modelli terapeutici che non si rifanno in senso stretto alle teorie psicoanalitiche come la terapia interpersonale per la Depressione di Klermann, Weissman, Rounsaville e Chevron (1984) e la prospettiva cognitiva interpersonale di Safran e Siegel (1990).

In anni recenti, sia nella teoria che nella ricerca, questo costrutto ha cominciato ad emergere e possiamo dire che attualmente il ruolo della relazione reale è un tema centrale nella discussione sui processi di cambiamento in psicoterapia. Gelso (2004a,b) propone di definirla come costituita da due elementi: realismo e genuinità, dove il realismo riguarda l'esperienza dell'altro (il terapeuta) in quanto persona reale, e la genuinità la capacità del terapeuta di essere veramente quello che è, contrapposto all'essere falso o in autentico. Gelso propone due ulteriori dimensioni (sub-elementi): la valenza della relazione interpersonale (positività versus negatività) e la magnitudo, cioè l'ampiezza della relazione reale che esiste. In ultima analisi la relazione reale, in questa concezione, ha poco a che fare sia con l'alleanza di lavoro che con gli aspetti difensivi e proiettivi del paziente sul terapeuta e viceversa (transfert e controtransfert). Essa "inizia al momento del primo contatto e opera silenziosamente per tutta la durata della terapia".

Il modello SASB, al di là dei suoi riferimenti teorici originali, analizza in modo affidabile e riproducibile i processi interpersonali, o una parte non trascurabile di essi, durante lo svolgimento delle sedute terapeutiche. Per questo, ci è sembrato particolarmente adatto a valutare ciò che avviene tra terapeuta e paziente. Potremo assumere che i dati raccolti con questo metodo siano corrispondenti (equivalenti) al concetto di relazione reale.

Sistema di codifica SASB

Benjamin propone un modello razionale ed empiricamente verificato delle interazioni sociali. Il modello SASB, a struttura circomplessa, è definito da tre diverse dimensioni. La dimensione Focus (Fig. 1a) contempla tre diverse superfici relative rispettivamente alle azioni interpersonali transitive rivolte verso gli altri (Focus sull'Altro), alle reazioni intransitive in risposta agli altri (Focus sul Sé) e agli atteggiamenti intrapsichici con cui viene trattato il proprio Sé (Introietto). A sua volta, ogni superficie consiste di due diversi assi (Fig. 1b), che riflettono il grado d'Interdipendenza (sottomissione vs. differenziazione) e di Affiliazione (amore vs. odio) insito in ogni atteggiamento relazionale e d'Introietto. L'intersezione dei due assi delimita su ciascun Focus quattro diversi quadranti: affermazione amorevole (++), amorevole controllo (+-), controllo ostile (-) e differenziazione ostile (-+).

[Figura 1]

Il modello SASB, che fa propri alcuni assunti teorici della teoria dell'attaccamento di Bowlby (1980) e della teoria interpersonale di Sullivan (1953), è un'elaborazione dei modelli circolari di Leary (1951) e di Schaefer (1965). Condivide, infatti, con entrambi i circomplessi l'idea che

le polarità Amore/Odio debbano essere collocate su un asse orizzontale. Tuttavia, se il modello circonflesso di Leary posiziona la sottomissione al polo opposto del dominio su un unico spazio bidimensionale, il modello SASB colloca la medesima polarità su una seconda superficie in un punteggiaggio circolare del circomplesso che si sovrappone esattamente a quella del dominio.

Una struttura così articolata fa di questo modello uno strumento particolarmente adeguato allo studio della relazione terapeutica, in quanto permette di cogliere la complessità della relazione paziente-terapeuta e il suo andamento temporale; permette, infatti, di valutare istante dopo istante i movimenti interpersonali del paziente e del terapeuta, le reciproche influenze relazionali e i cambiamenti nella relazione con una costante attenzione anche allo stato intrapsichico del paziente (Fava e Masserini, 2001, 2002; Costantino, 2000).

La versione integrale della griglia prevede 36 item per ciascuna superficie (Benjamin, 1979), ma più frequentemente viene utilizzata la versione semplificata ottenuta dal raggruppamento degli item della versione integrale in otto cluster di codifica (Benjamin, 1986; Fig. 2).

[figura 2, deve rimanere su un'unica pagina, pertanto inserire anche più sotto nel paragrafo]

Il modello SASB prevede una serie di principi predittivi, quali l'Introiezione, l'Opposizione, la Complementarietà, la Somiglianza e l'Antitesi, da considerare come costrutti descrittivi dell'interazione diadica utili alla comprensione clinica dell'insorgere della psicopatologia e a predire eventi interpersonali e intrapsichici, anche all'interno del setting terapeutico (Pincus et al., 1995, 1998; Benjamin, 1997).

Introiezione. Un movimento introiettivo si verifica ogni qual volta le persone si comportano con se stesse nello stesso modo in cui gli Altri significativi si sono comportati con loro. Il modello SASB e la teoria interpersonale che ne sta alla base assumono, infatti, che le precoci influenze interpersonali contribuiscono alla formazione di quella struttura di personalità denominata "Introietto" (Sullivan, 1953); la terza superficie del modello SASB definisce pertanto una connessione tra le esperienze interpersonali dell'infanzia e la concezione che il paziente ha di Sé. Secondo Benjamin, un'adeguata percezione da parte del terapeuta dell'Introietto del paziente funge da stimabile indicazione per l'individuazione delle sue aree problematiche, la formulazione della diagnosi e la pianificazione del trattamento.

Complementarietà. Il paziente e il terapeuta hanno una posizione relazionale di complementarietà se i loro comportamenti ricevono la medesima posizione di codifica nello spazio interpersonale e quando la prima persona è centrata sull'Altro (Focus 1), mentre la seconda sul Sé (Focus 2). I movimenti relazionali complementari tra due soggetti possono avere sia una funzionalità negativa, sia una costruttiva (cfr. Gelso). Un esempio di un'interazione complementare dalla valenza positiva nell'ambito del setting psicoterapeutico si realizza quando il terapeuta mostra un'empatica comprensione dello stato emotivo del paziente (1.2 "A fermare e capire"), stimolando quest'ultimo a rispondere in termini complementari, cioè aprendosi e continuando ad esprimere i suoi vissuti (2.2 "A aprirsi ed esprimersi"). All'interno del contesto terapeutico può tuttavia anche accadere

che i due attori mostrino una complementarità di opposta natura e dagli effetti terapeutici probabilmente deleteri: nel caso in cui, per esempio, il terapeuta biasima il paziente per ciò che questo gli ha appena comunicato o per la sua resistenza ad accogliere gli spunti di riflessione che cerca di proporgli (1.6 “Sminuire e colpevolizzare”), è possibile che il paziente reagisca collocandosi in una posizione di sottomissione con malumore (2.6 “Essere di cattivo umore e calmarsi”).

Identificazione. Si assiste ad un moto di somiglianza o d'identificazione ogni qual volta un individuo agisce come qualche altra persona ha fatto prima nei suoi confronti. Secondo Benjamin (1984), c'è massima instabilità quando due persone sono in concorrenza nell'occupare la medesima posizione dello spazio interpersonale.

Opposizione. Una dinamica di tipo oppositivo si realizza quando il soggetto si esprime contemporaneamente utilizzando due posizioni dello spazio interpersonale poste l'una a 180° dell'altra. La comprensione di simili movimenti relazionali può essere utile nell'identificazione delle comunicazioni complesse, conflittuali o a doppio legame. Un esempio di comunicazione complessa nel setting terapeutico si realizza quando lo psicoterapeuta comunica un messaggio di comprensione empatica delle difficoltà del paziente (1.2 “A fermare e capire”), ma allo stesso tempo gli veicola biasimo e critica per mezzo del tono e delle espressioni non verbali (1.6 “Sminuire e colpevolizzare”).

Antitesi. L'ultimo principio predittivo interpersonale definisce un moto relazionale che secondo il linguaggio sabbiano risulta essere l'opposto del complemento di un particolare movimento, collocandosi rispetto a questo su un Focus differente. Per esempio, se il paziente esprime malumore verso il terapeuta o la terapia (2.6 “Essere di cattivo umore e sottomettersi”), il terapeuta potrebbe gestire un simile moto di protesta assumendo la posizione complementare di biasimo e critica (1.6 “Sminuire e colpevolizzare”). La risposta terapeutica auspicabile in una simile situazione corrisponde all'assunzione di un atteggiamento terapeutico che è esattamente l'opposto del complementare, e che trasmette al paziente comprensione e ascolto (1.2 “A fermare e capire”); la speranza è che tale accorgimento invogli il paziente ad assumere una posizione di complementarità rispetto alla quale poter esprimere liberamente e in modo amichevole i suoi stati d'animo e i suoi pensieri (2.2 “Aprirsi ed esprimersi”). E' verosimile che una siffatta sensibilità terapeutica e una costante attenzione dello psicoterapeuta a fornire azioni antitetiche ai moti di III e IV quadrante, contribuisca a modificare lo stile relazionale disadattativo del paziente.

Ipotesi di ricerca

Obiettivo specifico dello studio qui descritto è quello di costruire ipotesi empiricamente fondate su ciò che distingue le relazioni interpersonali paziente-terapeuta nei casi *good-outcome* e *poor-outcome*, confrontando trattamenti psicoterapeutici il più possibile omogenei tra di loro ma con esito differente. In considerazione di queste esigenze di omogeneità, e in particolare al fine di costruire un campione che fosse omogeneo rispetto alla variabile “Diagnosi”, abbiamo utilizzato pazienti con Disturbo dell'Umore. Una simile strutturazione del campione avrebbe potuto esporre al rischio di trarre conclusioni non generalizzabili ad altre catego-

rie diagnostiche, come per altro ad altri modelli di psicoterapia. Il gruppo di ricerca si prospetta, pertanto, di verificare se le conclusioni a cui è giunto e che verranno qui di seguito discusse siano applicabili ad una popolazione diagnostica maggiormente diversificata sotto il profilo psicopatologico, nonché ad altri tipi di tecniche psicoterapeutiche. In questo caso, se così fosse, ci troveremmo di fronte a dinamiche interpersonali applicabili ad una popolazione più ampia e non definita principalmente da criteri diagnostici, ma anche da caratteristiche funzionali collegate all'outcome.

Infatti, negli studi per specifiche categorie diagnostiche si assume che i pazienti che presentano lo stesso insieme di sintomi costituiscano un gruppo omogeneo. Benché i pazienti possano essere omogenei in termini di sintomi, non ci sono prove che suggeriscano che essi siano simili per molti altri fattori, quali il funzionamento interpersonale, i tratti di personalità, precedenti esperienze di vita, le loro circostanze sociali e l'attitudine al trattamento psicologico: fattori che invece sono di indubbia importanza nel condurre i trattamenti terapeutici e nell'influenzarne l'esito (Lutz, 2002; Horowitz, 1988; Maling, 1995).

Metodo

Campione

Pazienti: La conduzione della ricerca che presentiamo è avvenuta in due diverse fasi operative, che per necessità di chiarezza espositiva verranno definite Fase 1 e Fase 2 e che corrispondono, in definitiva, a due studi successivi.

I soggetti dei due studi sono stati rintracciati presso l'Unità di Psichiatria Dinamica e Psicoterapia dell'U.O.P. 48 dell'Ospedale Niguarda Cà Granda di Milano coordinata dal Prof. S.Freni.

In riferimento agli obiettivi d'indagine, lo Studio 1 si è avvalso di tre coppie di pazienti (n=6) trattati dal medesimo terapeuta, ma con esito differente. All'interno del campione sono stati così definiti due sottogruppi di pazienti differenti per outcome: un gruppo di tre soggetti a esito positivo, e un secondo costituito da tre soggetti a esito insoddisfacente, cioè pazienti che hanno beneficiato poco o per nulla del trattamento psicoterapeutico. A tutti i soggetti inseriti nel campione è stato diagnosticato un Disturbo dell'Umore in base ai criteri della quarta edizione del DSM (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994). I pazienti hanno usufruito di una psicoterapia dinamico-esperienziale a frequenza settimanale, dalla durata media tra i 18 mesi e i tre anni. Il campione comprende tre soggetti maschi e tre femmine, dal livello culturale medio, tutti nati e residenti a Milano.

In Fase 2, l'indagine è stata estesa ad una coppia di pazienti con Disturbo dell'Umore trattati con psicoterapia a lungo termine ad orientamento psicodinamico a frequenza settimanale. Per garantire la confrontabilità tra i due studi, i criteri di selezione dei soggetti adottati sono i medesimi assunti in Fase 1. I due pazienti, di età compresa tra i 35 e i 40 anni, di scolarità media e residenti a Milano, sono stati seguiti in trattamento per un periodo di 4 anni.

Terapeuti: Per tener sotto controllo, o comunque valutare l'influenza della variabile "personalità del terapeuta" sulle dinamiche interpersonali, la

scelta dei pazienti da inserire nel campione è stata eseguita in modo tale che questo comprendesse tre psicoterapeuti, ciascuno dei quali avesse seguito in terapia rispettivamente un *poor outcome* e un *good outcome*. I tre selezionati hanno un'età compresa tra i 30 e i 37 anni e si caratterizzano per la medesima formazione accademica e livello di expertise (tutti e tre i terapeuti sono specializzandi in Psichiatria). Adottano, inoltre, lo stesso orientamento teorico applicando il modello manualizzato di Psicoterapia Dinamico-Esperienziale (PBD-E; Mc Collough, 1996; Osimo, 1991, 2001).

Il terapeuta selezionato in Fase 2, essendo esperto, si contraddistingue per età e livello di esperienza, oltre che, come specificato sopra, per il modello psicoterapeutico utilizzato.

Materiali di misura e di codifica

Misure dell'esito Le differenze d'esito tra i due sottogruppi di pazienti sono state definite, sia in Fase 1 che in Fase 2, per mezzo di due diversi strumenti di misurazione utili a quantificare il grado del miglioramento conseguito dai pazienti a fine terapia.

Ci si è serviti di una Scala di Miglioramento di tipo Lickert a cinque punti in base alla quale i terapeuti hanno formulato un giudizio clinico relativo al livello di miglioramento conseguito dai propri pazienti al momento di fine terapia. I pazienti *poor outcome* hanno ricevuto valutazioni cliniche di un miglioramento negativo, scarso o pressoché nullo, corrispondente ai punti della scala "Poco soddisfacente" e, in un caso, "Per niente soddisfacente". Al contrario, per tutti i pazienti *good outcome*, i rispettivi terapeuti hanno indicato un livello di miglioramento ottimale, corrispondente al punteggio massimo "Molto soddisfacente".

Il secondo criterio utilizzato per distinguere le due diverse categorie d'outcome è l'Indice Globale di Sofferenza (GSI) dell'SCL-90-R (Derogatis, 1977, 1991), somministrato ad inizio terapia e, successivamente, ad intervalli di sei mesi per il primo anno di trattamento. Si sono presi in considerazione i punteggi pre-trattamento e ad un anno dall'inizio della terapia del GSI ed è stato applicato l'Indice Attendibile di Cambiamento (Reliable Change Index, RCI; Jacobson et al., 1984, 1988) al valore GSI (Tingey et al., 1996). Gli indici sono stati valutati secondo la Griglia di valutazione d'esito di Schmitz e Hartkamp (2000), che ha permesso di distinguere i soggetti in migliorati ($RCI \geq 1.96$; $GSI < 1.2$) e non migliorati ($RCI \leq -1.96$), separando i soggetti migliorati clinicamente da quelli migliorati statisticamente.

Misure di processo I criteri metodologici assunti per la raccolta dati sono stati definiti in base alla scelta di considerare indicativo dell'andamento della relazione terapeutica delle singole coppie paziente-terapeuta e dell'outcome l'arco temporale corrispondente al primo anno di terapia. La letteratura infatti testimonia che l'incremento medio degli indicatori d'esito è massimo nel primo anno di trattamento (Howard, 1986; Blomberg, 2001; Ferrari et al., 2004).

In Fase 1, per ciascun soggetto, sono state selezionate quattro sedute psicoterapeutiche a distanza regolare di tre mesi l'una dall'altra su un arco temporale complessivo di un anno di psicoterapia, corrispondente al primo anno di trattamento. Nello Studio 2, per necessità di ottenere materiale più rappresentativo delle dinamiche interpersonali paziente-terapeuta, è stato adottato un criterio di selezione del materiale da ratifi-

care differente, nonostante si sia mantenuta la scelta dell'arco temporale complessivo corrispondente al primo anno di terapia. In questo studio sono stati definiti tre time (t0, t1, t2) a distanza regolare di 6 mesi l'uno dall'altro a partire dall'inizio della terapia; per ciascun time sono state selezionate due sedute consecutive.

In entrambi gli studi, le sedute selezionate sono state ratificate per mezzo di uno strumento di ricerca che, come sopra discusso, permette di operationalizzare la relazione terapeutica e di ricostruire le dinamiche interpersonali: la griglia di codifica SASB (Benjamin, 1974).

La raccolta dati è stata preceduta da una fase di addestramento allo strumento SASB dalla durata di 5 mesi ed è stata condotta dopo aver verificato come buono il livello di affidabilità tra i giudici (Fliess, 1981). L'Weighted Kappa Lineare (Liebetrau, 1983) nello Studio 1 è risultato essere pari a 0.7403 (ES=0.0635; Intervallo di Confidenza=0.6159 – 0.8647), mentre nello Studio 2 a 0.8096 (ES=0.040; Intervallo di Confidenza=0.7308 – 0.8885).

A partire dal materiale clinico audio-registrato e dai trascritti di seduta preselezionati, in base ad un criterio random di selezione, si sono ratificati sezioni di seduta dalla durata di 20 minuti, per un minimo di 150 "unità di pensiero", definite come "porzioni del discorso che esprimono un pensiero compiuto da parte del terapeuta o del paziente" (Benjamin, 1979, 1993) e che non necessariamente corrispondono alla struttura morfosintattica della frase.

Tecniche d'analisi impiegate

Sui dati dello Studio 1, si è dapprima condotta un'analisi temporale degli atteggiamenti relazionali al fine di evidenziare dissomiglianze nel comportamento interpersonale dei soggetti inseriti nel campione, con particolare attenzione a correlare tali aspetti con l'esito terapeutico raggiunto. Si è inoltre presa in considerazione l'eventualità di sistematici cambiamenti d'atteggiamento relazionale sui due gruppi d'esito nel corso del primo anno di terapia.

In secondo momento, sono state applicate tecniche di analisi statistica molto più sofisticate con le quali si è proceduto all'analisi delle transizioni interpersonali caratteristiche di ogni gruppo d'outcome. Innanzitutto, con un'analisi log-lineare, si è ulteriormente approfondita l'indagine delle dinamiche relazionali verificatesi in terapia, valutando la complessa relazione tra l'Introietto del paziente e l'atteggiamento transitivo con il quale questi viene trattato dal terapeuta. Infine, per mezzo di un'analisi sequenziale (GSEQ; Bakeman & Quera, 1992), si è indagato il contesto relazionale attiguo ai moti di segno negativo sull'asse dell'aggressività (2.6 "Essere di cattivo umore e sottomettersi", 2.7 "Protestare e chiudersi in sé stessi", 2.8 "Isolarsi ed evitare"), e di quelli collocati alle polarità estreme dell'asse Interdipendenza (2.1 "A fermarsi e prendere le distanze" e 2.5 "A condiscendere e sottomettersi"). L'insieme di questi movimenti interpersonali di tipo intransitivo verrà definito, per necessità di sintesi espositiva, "moti problematici", in quanto precedenti ricerche hanno evidenziato come essi siano prognostici di esiti negativi (Henry, Strupp e Schacht, 1986; Henry e Strupp, 1994; Henry, 1996; Alpher, 1991). Il focus dell'analisi sequenziale è stato definito in base ai risultati evidenziati dall'analisi descrittiva, la quale rilevava che i due gruppi d'outcome si differenziassero per quantità di moti problematici dei pazienti, piuttosto che

per quella di moti ostili del terapeuta, la quale si mostrava essere ugualitaria per i terapeuti sui due gruppi d'esito.

In Fase 2, è stata replicata l'analisi temporale; secondariamente, anche qui in funzione di quanto emerso dall'analisi descrittiva, un'analisi sequenziale si è concentrata sui moti di sottomissione con malumore del paziente (2.6 "Essere di cattivo umore e sottomettersi"), e sui movimenti di biasimo (1.6 "Sminuire e colpevolizzare") e di trascuratezza (1.8 "Ignorare e trascurare") del terapeuta.

Risultati Studio 1

Analisi descrittiva. La distribuzione tra i quattro tempi selezionati (t0, t1, t2 e t3) dei cluster SASB accorpati secondo le classi di Affiliazione e di interdipendenza è stata eseguita calcolando per ciascuna seduta la media dei punteggi considerando rispettivamente il grado di affiliazione e di interdipendenza di ciascuna categoria di ratifica.

Vengono rilevate sistematiche differenze nell'andamento dell'atteggiamento relazionale tra i due gruppi d'esito, principalmente a carico della dimensione Interdipendenza. In particolare, i tracciati temporali suggeriscono che, con i pazienti associati ad esiti migliori, i clinici esercitano il massimo controllo solo nella fase centrale della terapia, mentre la prima e l'ultima fase (tra t0 e t1, t2 e t3) sono caratterizzate da un basso livello di controllo. Con i pazienti associati ad esiti peggiori si osserva, invece, come il livello di controllo sia molto elevato già nella prima fase del trattamento, rimanendo costante nella fase centrale (t1 e t2) e riducendosi solo nell'ultima. Considerando l'atteggiamento relazionale dei pazienti, si osservano tracciati speculari rispetto a quelli ottenuti per i terapeuti. I pazienti *good outcome* sembrano accettare maggiormente, fino dal principio, il controllo del terapeuta.

La distribuzione tra i time dei punteggi medi di Affiliazione rileva che malgrado i clinici mostrino di non essere meno amorevoli verso i pazienti *poor outcome*, questi ultimi si caratterizzano, invece, per essere meno amichevoli verso i loro terapeuti sin dall'inizio del trattamento.

Per quanto concerne la superficie d'Introietto, si nota che le unità dei pensiero dei pazienti *poor outcome* sono state codificate con più frequenza con cluster del IV quadrante, mentre quelle dei pazienti *good outcome* avvalendosi dei cluster del III. In altre parole, i pazienti che hanno tratto maggiori benefici dalla terapia mostrano una maggiore quota di auto-critica (3.6 "Accusarsi ed opprimersi"), mentre quelli associati ad esiti insoddisfacenti una maggiore tendenza a trascurarsi ed a lasciarsi andare (3.8 "Sognare ad occhi aperti e trascurarsi"). Dall'analisi temporale sui tempi emerge, inoltre, che i momenti della terapia nei quali i pazienti manifestano questa tendenza intrapsichica in maniera più marcata, sono anche le fasi nelle quali il loro comportamento si caratterizza per una maggiore presa di distanza dal terapeuta.

Valutando la distribuzione percentuale dei codici SASB sulle triadi terapeutiche, il dato di maggiore interesse è relativo alle elevate percentuali di 2.1 "Affermarsi e prendere le distanze" e 2.8 "Isolarsi ed evitare" ottenute sui pazienti a esito peggiore, contro una prevalenza di codici 2.2 "Aprirsi ed esprimersi" e 2.4 "Fidarsi e contare sull'altro" per i pazienti ad esito soddisfacente. Inoltre, solo per due pazienti *poor outcome* vengono regi-

strate percentuali di codifiche 2.6 “Essere di cattivo umore e calmasi” diverse da zero.

Prendendo in considerazione la distribuzione sui pazienti dei cluster di Focus sull’Altro, si osserva una maggior concentrazione di moti transitivi sui soggetti ad esito negativo. Questo dato sembrerebbe congruente con le ipotesi formulate da Benjamin a proposito della maggiore instabilità relazionale che caratterizza le diadi *poor outcome*. Questa osservazione assume maggior rilievo constatando che i pazienti *poor outcome* mostrano quantitativi percentuali maggiori di moti di controllo neutro (1.5 “Guidare e gestire”) e di critica diretta verso il terapeuta (1.6 “Sminuire e colpevolizzare”); anche i pochi moti di attacco diretto (1.7 “Attaccare e respingere”) e di trascuratezza (1.8 “Ignorare e trascurare”) che sono stati ratificati sui pazienti sono relativi all’atteggiamento di due pazienti non riusciti. Nell’insieme, viene rilevata una maggior tendenza ad agire moti transitivi connotati da controllo ed ostilità da parte dei pazienti *poor outcome* a discapito, invece, di una maggior disposizione dei pazienti ad esito positivo a sostenere moti attivi veicolanti amorevolezza verso il terapeuta (1.2 “Affermare e capire”, 1.3 “Educare e confortare”).

Analisi log-lineare. Per mezzo dell’analisi delle matrici di transizioni, sono state sottoposte ad analisi singoli passaggi relazionali del tipo $T \rightarrow P$ o del tipo $P \rightarrow T$, dove le posizioni P e T sono occupate da singole unità di pensiero del paziente e del terapeuta piuttosto che da intere battute di scambio. Nello specifico, sono state sottoposte a verifica empirica tre ipotesi statistiche formulate sulla base delle osservazioni emerse dall’analisi descrittiva: si è ipotizzato che i pazienti *poor outcome* rispondano ai tentativi di gestione da parte dei clinici con una tendenza più marcata a prendersi autonomia in modo non amorevole (Ipotesi 1-a), laddove i pazienti *good outcome* mostrano una maggiore propensione ad accettare il controllo del terapeuta (Ipotesi 1-b); i pazienti *poor outcome*, quando evitano, si trascurano (Ipotesi 2); e i terapeuti, con i pazienti associati ad esiti negativi, reagiscono all’evitamento accentuando il controllo neutro (Ipotesi 3).

Per questa parte di analisi si sono accorpati i dati relativi ai vari cluster in modo da avere 4 classi di movimenti: la classe 1 contiene le codifiche relative ai cluster in prima e ottava posizione e identifica una posizione di presa di autonomia non amorevole; la classe 2 contiene le codifiche in seconda e terza posizione e identifica una posizione di presa di autonomia amorevole o di amorevolezza pura; la classe 3 contiene le codifiche relative ai cluster in quarta e quinta posizione e definisce una posizione di accettazione neutrale o amorevole; infine, la classe 4 associa i cluster di sesta e settima posizione identificando un polo caratterizzato da aggressività (pura o associata ad una componente di controllo). Come per l’analisi sequenziale su segmenti di relazione, i dati sono stati accorpati per gruppo d’esito, mentre è stata mantenuta la distinzione relativa al tipo di interlocutore.

Per una prima indagine della plausibilità delle ipotesi si sono costruite le matrici di transizione $T1 \rightarrow P1$, $P1 \rightarrow T1$ e $P1 \rightarrow P2$, calcolando le frequenze osservate e quelle teoriche relative a ciascuna transizione sui due gruppi d’esito. I dati della matrice della transizione $T1 \rightarrow P1$ mostrano una situazione compatibile con le ipotesi 1-a e 1-b, così come quella rappresentata dalla matrice della sequenza $P1 \rightarrow T1$ lo è con la terza ipotesi.

La lettura della matrice di transizione P1 P2 suggerisce che, quando i pazienti sono in posizione di evitamento (2.1 “Affermarsi e prendere le distanze” o 2.8 “Isolarsi ed evitare”), i poor outcome manifestano una maggiore propensione a trascurarsi, mentre per i good outcome è più probabile passare ad un atteggiamento di amorevole autocontrollo (3.4 “Proteggersi e migliorarsi” o 3.5 “Controllarsi e limitarsi”) o di auto-esplorazione e cura di sé (3.2 “Auto-accettazione ed esplorazione” o 3.3 “Prendersi cura di sé e trattarsi bene”). Inoltre, uno dei risultati dell’analisi descrittiva era che i pazienti del gruppo good outcome, a differenza di quanto emerge da altre ricerche, mostrano nel nostro campione una più spiccata propensione all’auto-critica. Quello che questa parte d’analisi permette di aggiungere è che tali soggetti manifestano questa tendenza soprattutto quando si trovano in una posizione di sottomissione amorevole nei confronti terapeuta.

Le ipotesi 1, 2 e 3 sono state sottoposte a test di significatività per mezzo della procedura log-lineare, la quale permette di verificare se la differenza tra i due gruppi esito, calcolata al netto delle frequenze di inizio e fine transizione, risulta statisticamente significativa o meno. Una volta specificati i vincoli, vengono riprodotte le matrici dei dati osservati. Se tali vincoli sono realmente determinanti nel generare la realtà sotto osservazione e non se ne possono individuare altri di pari peso, vengono riprodotte le matrici di dati di partenza con buona approssimazione. Se, invece, esistono altri effetti non ipotizzati o quelli considerati non sono realmente rilevanti, la differenza tra la matrice osservata e la matrice teorica risulta consistente. Per valutare il grado di discrepanza tra le matrici di dati di partenza e le matrici riprodotte dal modello, si calcola un indice di adattamento, l’L-quadro. Se il valore di probabilità associato all’L-quadro è elevato significa che l’ipotesi nulla, secondo cui le differenze tra la matrice teorica e quella osservata sono frutto del puro caso, non può venire scartata. La tabella 1 riporta i punteggi di L-quadro per ciascuna ipotesi sottoposta a verifica; ad esso viene associato, fra parentesi ed in corsivo, il valore di soglia relativo ad un livello di significatività dell’1%.

[tabella 1]

Verifica ipotesi 1-a e 1-b Per la verifica dell’ipotesi 1-a, si sono applicate due diverse procedure a scalare: applicando una procedura top-down, levandoci a un modello con molti vincoli l’ipotesi 1-a, tale effetto risulta significativo (L=14,86), mentre, utilizzando una procedura del tipo bottom-up, verificando la rilevanza del vincolo relativo alla diagonale nel riprodurre la matrice dei dati di partenza, l’effetto sparisce (L=102,60). Esistono, pertanto, due modelli compatibili con i dati. Questo stato di cose non è una anomalia: una procedura come quella log-lineare che permette di verificare la compatibilità di un certo modello teorico con un insieme di dati osservati, produce spesso situazioni come questa. In un caso come quello in esame, dal momento che il secondo modello esclude la possibilità che l’ipotesi 1-a sia significativa, ma non si hanno argomentazioni teoriche per scegliere quale delle due procedure sia la migliore nel riprodurre i dati osservati, si deve concludere che l’ipotesi 1-a risulta solo parzialmente verificata.

L’ipotesi 1-b non viene confermata (L=0,85). Questo significa che i pazienti good outcome non mostrano di sottomettersi di più dei pazienti poor outcome quando vengono controllati dal proprio terapeuta.

Verifica Ipotesi 2: Anche per la verifica della seconda ipotesi ci si è serviti di una procedura a scalare del tipo bottom-up. L'ipotesi viene confermata ($L=-17,13$). Pertanto, pare dimostrato che, a differenza dei pazienti good outcome, quelli ad esito negativo hanno una tendenza a passare da una posizione di isolamento ad una posizione caratterizzata da una tendenza a trascurarsi e a lasciarsi andare.

Verifica Ipotesi 3: L'ipotesi 3, messa alla prova attraverso una indagine "bottom-up", si mostra significativa ($L=4,94$). Ciò significa che i terapeuti mostrano una tendenza più marcata a rispondere ai tentativi di isolamento da parte dei pazienti poor outcome con tentativi di controllo, rispetto a quanto non facciano con quelli ad esito positivo.

Analisi sequenziale su moti problematici. L'indagine del contesto relazionale attiguo ai moti problematici dei pazienti è stata condotta con un'analisi a tre sequenze su tutti i segmenti relazionali T1 P1 T2 P2, in cui la posizione P1 fosse occupata da un cluster SASB del tipo 2.1 "A fermarsi e prendere le distanze", 2.8 "Isolarsi ed evitare", 2.6 "Essere di cattivo umore e sottomettersi" e 2.5 "A condisendere e sottomettersi".

Va specificato che l'analisi sequenziale sui moti problematici, a differenza dell'analisi delle matrici dello Studio 1 e dall'analisi sequenziale dello Studio 2, le quali hanno considerato le singole unità di pensiero, ha preso in esame le battute di scambio del terapeuta o del paziente: pertanto le posizioni T1, P1, T2 e P2 del segmento relazionale analizzato sono costituite da intere battute di scambio piuttosto che da singole unità di pensiero, cosa che permette una ricostruzione maggiormente fedele e completa della relazione terapeutica. Suddetta indagine è stata inoltre eseguita accorpando i dati per gruppo d'esito e per categoria di atteggiamento relazionale. Su Focus 1, si è così definito un polo affiliativo (1.2,1.3,1.4), un polo ostile (1.6 e 1.8) e un polo relazionale di controllo neutro (1.5). Su Focus 2, si è invece individuato o un polo affiliativo (2.2, 2.3 e 2.4) e un polo di moti ostili o neutrali sotto il profilo dell'amorevolezza (2.1, 2.8, 2.6 e 2.5).

La significatività delle transizioni è stata testata per mezzo delle Stime delle Probabilità transizionali e i Residui corretti. Quest'ultimi vengono riportati nelle rispettive tabelle, al di sotto delle quali vengono indicati, quando applicati, gli indici utilizzati per valutare la significatività delle differenze tra i due gruppi d'esito, e cioè il Q di Yule, il Test zeta e Chi-Quadrato di Pearson per il confronto tra percentuali.

Per ogni transizione relazionale si sono valutati i livelli di complementarietà, positiva e negativa. Il livello di complementarietà positiva che caratterizza ciascuna diade terapeutica è determinato da quelle transizioni P T o T P in cui i movimenti interpersonali del terapeuta e del paziente sono caratterizzati dalla medesima qualità affiliativa di segno positivo. Per esempio, gli atteggiamenti relazionali delle transizioni "2.2 del paziente 1.2 del terapeuta" e "1.3 del terapeuta 2.4 del paziente" sono complementari in senso positivo. Al contrario, una transizione è caratterizzata da complementarietà negativa quando i movimenti relazionali della sequenza sono qualitativamente affini rispetto al polo dell'ostilità. È questo il caso in cui il paziente mostra un moto di sottomissione ostile 2.6 "A condisendere e sottomettersi" a cui il terapeuta risponde con un moto o di biasimo o di trascuratezza.

Prima di entrare nel merito dell'analisi sequenziale, si consideri il grado complessivo di problematicità della relazione terapeutica sui due gruppi d'esito. Il valore zeta (5,97) e il test del Chi2 (35,63; 1 g.l.) attestano una differenza tra percentuali significativa ad un $p \leq 0.001$ (distribuzione campionaria a 2 code). Questo risultato va a sostegno dell'analisi descrittiva: anche qui, pur non considerando i codici isolatamente come là, ma piuttosto il numero delle battute di scambio, si registra una maggior problematicità della relazione terapeutica per i pazienti *poor outcome*.

Transizione T1 P1: A partire da P1 e selezionando P1-1, si recupera il cluster T1 del terapeuta che antepone il movimento problematico del paziente. Si cerca così di comprendere se un particolare atteggiamento terapeutico può avere contribuito a far sì che i pazienti assumessero simili posizioni interpersonali.

Riconoscendo la necessità di una certa cautela nella lettura degli indici relativi ai codici ostili su terapeuta a causa del loro numero esiguo, dalla lettura dei residui aggiustati (Tab. 2), si osserva che i movimenti di III e IV quadrante non casualmente seguono, su entrambi i gruppi d'esito, un moto di tipo 15 "Guidare e gestire" o del tipo "ostile".

[tabella 2]

Il residuo relativo all'antecedente affiliativo del terapeuta è significativo per i soli pazienti *poor outcome* (4,73). Ciò significa che quest'ultimi presentano una tendenza ad assumere posizioni ostili o neutrali nonostante un precedente affiliativo del terapeuta.

Per la transizione T1 P1, il gruppo di soggetti ad esito insoddisfacente presenta un maggior grado di complementarietà negativa, mostrando una maggior tendenza a rispondere ad un moto di controllo od ostile con un moto di III e IV quadrante, e minor grado di complementarietà positiva, risultando meno disposti ad assumere una posizione affiliativa in seguito ad un antecedente del terapeuta di I e II quadrante.

Considerando la distribuzione percentuale delle tre classi degli antecedenti del terapeuta al moto problematico del paziente, non si osservano differenze significative nell'atteggiamento sostenuto dai terapeuti verso i due gruppi d'outcome; il Test Zeta (1,13) e il Chi2 (1,28), applicati alla percentuale di antecedenti di tipo 1.5 "Guidare e gestire", non risultano significativi.

Il moto P1-1 è un moto affiliativo nel 42% dei casi per i terapeuti nella relazione con i pazienti *poor outcome*, del 45% con i *good outcome*; minime sono le percentuali dei moti aggressivi (rispettivamente del 4 e del 5%).

Transizione P1 T2: Si considerano la modalità dei terapeuti di gestire attivamente sui due gruppi i moti problematici dei propri pazienti, calcolando il ritardo P1+1 del terapeuta (Tab. 3), cioè T2.

[tabella 3]

Il Chi2 relativo al moto cluster 1.5 "Guidare e gestire" in ritardo su P1 (per entrambi i gruppi d'esito Chi2 $p < 0.001$), significativo per entrambi i gruppi di pazienti, insieme ai residui piuttosto elevati e positivi, attestano che la transizione analizzata è presente in dosi superiori rispetto a quanto atteso. Ciò a significare che una condotta direttiva è sostenuta principalmente in conseguenza a un momento difficoltoso nella relazione con il

paziente. Valutando le probabilità transizionali sembrerebbe che questa dinamica relazionale si verifichi soprattutto nelle diadi *good outcome*, anche se poco leggermente di più (P è 0,42 per i *good outcome*, 0,37 per i *poor outcome*).

Le osservazioni fatte a proposito della gestione di tipo controllante determinano valutazioni speculari per la gestione affiliativa del paziente. Il test del Chi2 è significativo (per entrambi i gruppi d'esito il Chi2 ha $p < 0.001$) e i residui sono molto superiori a 2 per entrambi i gruppi di soggetti, anche se questi ultimi sono maggiori per i pazienti *poor outcome*.

Le differenze di tonalità nell'atteggiamento dei terapeuti non risultano significative, così come non lo sono le differenze tra i livelli di complementarietà.

Valutando, infine, la distribuzione dei cluster dei terapeuti su T2, emerge che per entrambi i gruppi d'esito, il moto con il quale i terapeuti rispondono transitivamente al moto problematico è per lo più un moto amorevole (61% per i terapeuti con i *poor outcome*, 52% con i *good outcome*).

Transizione P1 T2 P2: Valutando P2, si ricostruisce la disponibilità del paziente ad abbandonare la sua posizione relazionale problematica in risposta all'intervento dello psicoterapeuta, per spostarsi su posizioni di I e II quadrante, piuttosto la sua resistenza a farlo, confermando il moto difficile. Si considera, in particolare, l'eventualità che alla gestione del terapeuta, di tipo controllante, ostile o affiliativa, segua un moto di I e II quadrante del paziente (Tab. 4).

[tabella 4]

Valutando una simile disponibilità in seguito a una gestione direttiva, si ottiene un Chi2 significativo per i pazienti *poor outcome*, al limite per i *good outcome* (Chi2 per i *poor outcome* è 0.000061, per i *good outcome* 0.045); del resto, anche il residuo corretto della cella corrispondente è maggiore di 1.96 per il primo sottogruppo di soggetti, mentre lo è di poco per il secondo (-1,98). Il segno negativo per entrambi i gruppi d'esito testimonia che i pazienti tendono a sostenere un moto affiliativo in seguito ad un atteggiamento terapeutico di controllo neutro meno frequentemente di quanto non facciano in seguito ad altri tipi di comportamenti del terapeuta. Questo è soprattutto vero per i pazienti *poor outcome*.

A gestione amorevole, tutti i pazienti rispondono abbandonando la posizione relazionale problematica per acquisirne una a tono affiliativo. Il Chi2 significativo (Chi2 per i *poor outcome* ha $p < 0.001$, per i *good outcome* è 0.00026) e i residui corretti positivi maggiori di 2 attestano, per entrambi i sottogruppi, che il moto così definito del paziente segue, non casualmente, la sequenza Moto difficile Gestione amorevole.

I test di significatività per il confronto tra proporzioni suggeriscono che la differenza della percentuale secondo la quale i due gruppi di pazienti tendono a mantenere una posizione problematica sono significativi in risposta a una gestione di controllo (Test Zeta=2.72; Chi2=7.37 alfa= .01), non in conseguenza a una gestione affiliativa (Test Zeta=1.39; Chi2=1.92). Il dato è confermato dagli indici relativi ai livelli di significatività negativa.

Analisi descrittiva. Come specificato sopra, in questo secondo studio, la distribuzione dei dati secondo le classi di Affiliazione e di Interdipendenza è stata eseguita secondo tre time (t0, t1, t2) sul primo anno di terapia. Le modalità di processamento dei dati risultano le stesse utilizzate in Fase 1, ad eccezione di un ulteriore accorpamento dei codici SASB, in base al quale i punteggi delle due sedute di uno stesso time sono state sovrapposti.

Così come verificato nello Studio 1, le principali dissomiglianze nell'atteggiamento interpersonale dei terapeuti sono a carico della dimensione dell'interdipendenza. Il livello medio di controllo esercitato dal terapeuta risulta più elevato nei confronti del paziente *good outcome*, anche se l'andamento complessivo di tale punteggio riflette quello osservato nei terapeuti dello Studio 1 nella relazione con lo stesso tipo di paziente. Per quanto riguarda il livello di controllo manifestato dal terapeuta nei confronti del paziente *poor outcome*, si osserva come questo si mantenga costante su tutta la durata dell'arco temporale considerato.

Anche per quanto riguarda l'atteggiamento dei pazienti, si rilevano differenze nell'andamento dei valori medi di Interdipendenza sui due pazienti che rimandano a quelle osservate in Fase 1 tra i due gruppi di outcome. È vero infatti che il paziente *good outcome* mostra di accettare maggiormente il controllo del terapeuta sin dall'inizio della terapia; il paziente *poor outcome*, invece, esibisce una maggior predisposizione a evitare la relazione con il terapeuta. Per entrambi i pazienti, inoltre, i valori medi di Interdipendenza decrescono nel corso dell'arco di tempo considerato.

Valutando la dimensione dell'Affiliazione, si rileva che il terapeuta risulta più amorevole con il paziente *good outcome*, il quale presenta livelli di affiliazione medi maggiori rispetto al paziente *poor outcome*.

Sulla superficie dell'Introietto, si osserva un dato discordante rispetto allo Studio 1: il paziente *poor outcome* mostra di biasimarsi maggiormente rispetto a quello *good outcome* e con un andamento crescente. Il paziente *good outcome*, come i pazienti del medesimo gruppo d'esito dello Studio 1, mostrano livelli di affiliazione verso il Sé più elevati. Per entrambi i pazienti non sono state rilevate ratifiche 3.8 "Sognare ad occhi aperti e trascurarsi".

Sono emerse, inoltre, differenze sostanziali tra le diadi terapeutiche a carico dei cluster SASB di III quadrante; tali cluster sono 2.6 "Obbedienza ostile" (Focus sul Sé) e 1.6 "Sminuire e colpevolizzare" (Focus sull'Altro), e sono stati definiti "moti di biasimo".

La presenza di codifiche 2.6 risulta percentualmente maggiore per il paziente *poor outcome* (tendenza analoga a quella riscontrata nello studio 1). Analogamente, per quanto riguarda il terapeuta, si riscontra una percentuale maggiore di moti di biasimo nei confronti del paziente *poor outcome*. Inoltre, a conferma delle intrinseche difficoltà relazionali del paziente *poor outcome*, la differenza tra le percentuali di messaggi complessi dei due pazienti a diverso esito risulta statisticamente significativa, in linea con i risultati della letteratura (Henry, 1986; 1990), che attestano che la presenza significativa, anche se numericamente non elevata, di messaggi complessi, è associata ad esito psicoterapeutico non soddisfacente (Zeta=2,72 alpha=0,01; Chi2=7,40 1gdl alpha=0,01).

Analisi sequenziale. Tramite l'analisi sequenziale è stato analizzato il contesto relazionale in cui si inseriscono i moti di biasimo, considerando come moti target dei segmenti relazionali i cluster 2.6 e 1.6.

Transizione P1 → T1 per i moti di biasimo del terapeuta: Considerando il moto di biasimo del terapeuta come target, si individuano le tipologie statisticamente significative di antecedenti del paziente, al fine di comprendere se esiste un particolare tipo di atteggiamento del paziente che può avere elicitato nel terapeuta un simile atteggiamento relazionale (Tab. 5).

Sono stati individuati, in particolare, due tipi differenti di antecedenti caratteristici dei moti di biasimo del terapeuta; il primo è costituito da moti di fiducia e sottomissione benevola nei confronti del terapeuta, corrispondente al cluster 2.4 "Fidarsi e contare sull'altro"; il secondo, invece, comprende sia il cluster 2.1 "Differenziarsi e separarsi", che 2.8 "Separarsi ed evitare", con una netta prevalenza del secondo tipo di cluster.

[tabella 5]

Osservando i residui corretti, si nota che, per entrambe le diadi terapeutiche, il moto di biasimo del terapeuta è preceduto in maniera non casuale da un moto di separazione ostile del paziente, dato che entrambi i valori superano la soglia di significatività di 1.96. Tuttavia, se si osservano i valori relativi agli antecedenti caratterizzati da fiducia, si nota che il residuo è significativo soltanto per il paziente *poor outcome*.

Ciò sembra indicare che, nella relazione con il paziente *good outcome*, i moti di critica del terapeuta sono più coerenti con il contesto relazionale. Infatti, come testimonia il residuo negativo del valore di -3,22, accade meno frequentemente di quanto ci si aspetta sotto l'ipotesi di casualità, che il terapeuta metta in atto un comportamento di biasimo nei confronti del paziente *good outcome* dopo che quest'ultimo ha espresso fiducia nei suoi confronti.

La stessa significatività non compare, invece, per il paziente *poor outcome*: il residuo, negativo, è infatti minore di 1.96. Ciò indica che non è detto che il terapeuta non manifesti biasimo, anche dopo un intervento costruttivo da parte di questo paziente.

Transizione T1 → P1 per i moti di biasimo del terapeuta: Si valutano ora le diverse tipologie di moti relazionali, conseguenti ad un moto di biasimo del terapeuta. Tra le due diadi terapeutiche state riscontrate alcune differenze, non solo nella significatività delle sequenze individuate, ma anche nella tipologia delle stesse (Tab. 6).

[tabella 6]

Confrontando i residui corretti (5,82 e 4,98), si nota che essi sono significativi, per entrambi i pazienti, in corrispondenza dei moti di obbedienza ostile; ciò significa che non accade casualmente che i pazienti rispondano ad un moto di biasimo del terapeuta con un atteggiamento di sottomissione, ma sul versante dell'affettività negativa.

Sia il paziente *good outcome* che quello *poor outcome* presentano dei residui significativi e negativi in corrispondenza dei moti di apertura; questo dato indica che succede meno frequentemente di quanto ci si aspetta che si

trovi un cluster SASB 2.2 “Apirsi ed esprimersi” in seguito ad un moto 1.6 “Biasimare” del terapeuta.

Inoltre, per il paziente *good outcome*, il residuo di 6.96 indica che, non casualmente, egli risponde con moti di separazione ostile all’atteggiamento di biasimo del terapeuta. Per quanto riguarda il paziente *poor outcome*, invece, si assiste ad un comportamento opposto; più frequentemente di quanto ci si aspetterebbe sotto l’ipotesi di casualità, infatti, egli risponde con moti di sottomissione e fiducia (2.4 “Fidarsi e contare sull’altro”) a moti di biasimo del terapeuta.

Transizione T1 P1 per i moti di obbedienza ostile dei pazienti: La Tab. 7 illustra la significatività di diverse tipologie di antecedenti del terapeuta, dato come target l’atteggiamento di sottomissione ostile del paziente.

[tabella 7]

Per entrambi i pazienti, accade meno frequentemente di quanto ci si aspetta sotto l’ipotesi di casualità che un moto di obbedienza ostile sia preceduto da un moto di affermazione dell’autonomia del paziente e di comprensione (1.2 “Affermare e capire”), come si vede dai residui negativi e maggiori di 1.96 (-5,90; -2,97).

Conformi alle probabilità condizionali, sono anche i residui significativi (4,27; 7,82) che testimoniano che non è casuale che moti di sottomissione ostile del paziente siano preceduti da moti di biasimo del terapeuta.

Si noti la differenza di significatività dei residui, per i due pazienti, in corrispondenza dei moti di controllo benevolo del terapeuta. Infatti, se si può affermare che, per il paziente la cui terapia è riuscita, accade meno frequentemente di quanto ci si aspetta che a un moto amorevole ne segua uno di obbedienza ostile, lo stesso non si può dire per il paziente *poor outcome*. Il residuo di 1,34, non significativo, indica che non è detto che, in corrispondenza di un intervento di controllo benevolo (1.4 “Aiutare e proteggere”) del suo terapeuta, egli non reagisca sottomettendosi in modo riluttante.

Transizione P1 T1 per i moti di obbedienza ostile dei pazienti: L’analisi dei conseguenti del terapeuta a moti di obbedienza ostile del paziente (Tab. 8) rivela che dopo un moto di obbedienza ostile, il terapeuta controlla, sul versante negativo, entrambi i pazienti, come dimostrano i residui corretti, positivi e significativi, pari a 4.01 e 5.37.

[tabella 8]

In corrispondenza di tali moti, inoltre, il terapeuta tende a ridurre i moti di controllo benevolo di tipo 1.4 “Aiutare e proteggere”, come si evince dai residui significativi e di segno negativo, rispettivamente -2,02 per il paziente *poor outcome*, e -4,08 per il secondo paziente.

Si osserva però, una differenza nel comportamento del terapeuta con i due pazienti: egli, soltanto nei confronti del paziente *poor outcome*, non casualmente (residuo positivo e maggiore del valore soglia di 1.96, pari a 2.37), gestisce l’obbedienza ostile, oltre che con moti di biasimo, anche con moti di trascuratezza.

Analisi descrittiva: *Atteggiamento interpersonale dei pazienti*. Nella nostra ricerca, è stato osservato che le unità di pensiero dei pazienti associati ad esiti meno soddisfacenti sono state ratificate utilizzando una maggiore percentuale di cluster contenenti componenti di autonomia non affiliativa (2.1 “Affermarsi e prendere le distanze” e 2.8 “Isolarsi ed evitare”). Inoltre, questa tendenza si manifesta anche nella relazione del paziente con sé stesso considerando la dimensione dell’Introietto, nei confronti del quale si trovano maggiori percentuali di 3.1 “Sé spontaneo” (espressione libera del proprio Sé caratterizzata da affettività neutra e assenza di controllo) e 3.8 “Sognare ad occhi aperti e trascurarsi”, oltre che picchi caratterizzati da cadute di auto-controllo. Pertanto, i pazienti che tendono a prendere un’autonomia neutra od ostile nella relazione con il proprio terapeuta hanno una maggior tendenza a relazionarsi con il proprio Sé negli stessi termini di autonomia disaffiliativa, cioè a trascurarsi.

Parallelamente, i pazienti *good outcome* sono caratterizzati da un prendersi autonomia in maniera più amorevole (maggiori percentuali di 2.2 “Apirsi ed esprimersi”), ma soprattutto da una più marcata accettazione del controllo dei terapeuti, sia esso abbia la configurazione neutra che quella affiliativa (maggiori percentuali di 2.4 “Fidarsi e contare sull’altro” e 2.5 “A condiscendere e sottomettersi”). I pazienti *good outcome* mostrano sul terzo Focus, quello introiettivo, una tendenza a esercitare forme di controllo affiliativo o neutrale verso il Sé. Per questi pazienti, si evidenzia, pertanto, un rapporto tra la tendenza ad accettare una relazione caratterizzata da controllo neutro o affiliativo da parte dell’altro e la tendenza ad esercitare un controllo dello stesso tipo, ma anche più ostile, verso sé stessi.

Non tutte le tendenze relazionali e intrapsichiche rilevate sui pazienti dello Studio 1 vengono riscontrate sulla coppia di pazienti dello Studio 2; infatti, a livello di statistiche descrittive vengono rilevate discordanze tra le due ricerche. Se dal primo studio emerge che i pazienti *good outcome* hanno una maggior predisposizione a biasimare il Sé, nella seconda ricerca a farlo è principalmente il paziente a esito insoddisfacente. Inoltre, su nessuno dei due pazienti del secondo studio vengono ratificati codici 3.8 “Sognare ad occhi aperti e trascurarsi”. Così, nella coppia di pazienti considerati nel secondo studio, mentre il paziente *good outcome* ha un numero maggiore di codici di accettazione affiliativa, come per i pazienti *good outcome* del primo studio, il paziente *poor outcome* ha una configurazione caratterizzata da tendenza intransitiva a sottomettersi con malumore e a trattare il proprio Sé con biasimo.

Considerando i punteggi medi rispetto alle due dimensioni del modello, si ha conferma, in entrambi gli studi, di una maggior disponibilità dei pazienti *good outcome* ad accettare il controllo neutro o affiliativo. Questi stessi pazienti si mostrano anche più affiliativi nei confronti dei loro terapeuti.

Analisi descrittiva: *Atteggiamento interpersonale dei terapeuti*. Considerando l’atteggiamento interpersonale dei terapeuti sul primo anno di trattamento, si osserva come i clinici dello Studio 1 mostrino i medesimi livelli di affiliazione nella relazione con i due gruppi d’outcome. Osservando invece l’andamento temporale degli atteggiamenti relazionali dei terapeuti lungo la dimensione della Interdipendenza, si è visto che i terapeuti, con i pazienti ad esito positivo, fanno seguire ad una prima fase di basso con-

trollo, una seconda fase di maggiore direttività. Si rileva, infine, una fase di consolidamento dei risultati, caratterizzata da un allentamento del controllo. Questo stesso andamento temporale si verifica anche se si considera l'atteggiamento del terapeuta esperto nella relazione terapeutica con il paziente *good outcome*. Pertanto, in entrambi gli studi, viene evidenziata una maggiore capacità a modulare l'intervento terapeutico rispetto alle diverse fasi del trattamento e agli obiettivi terapeutici da parte dei terapeuti nella relazione con i pazienti *good outcome*.

Complessivamente, i terapeuti della prima ricerca controllano maggiormente i pazienti *poor outcome*, mentre il terapeuta esperto tende a controllare in misura minore il paziente *poor outcome*. Sul fronte dell'affiliazione, non viene riscontrata una tendenza unitaria: solo il terapeuta dello Studio 2 mostra livelli di affiliazione maggiori nei confronti del paziente a esito soddisfacente. A questo proposito vanno ricordati i risultati degli studi di Normandin e Bouchard M. (1999), i quali sottolineano la maggior tendenza dei terapeuti esperti ad utilizzare modalità controtransferali di tipo reattivo.

Per quanto concerne l'atteggiamento relazionale dei terapeuti in relazione alle percentuali di codici SASB, i due studi suggeriscono dati dissimili. Nel primo studio, i terapeuti mostrano le medesime percentuali di codici 1.6 "Sminuire e colpevolizzare" e 1.8 "Ignorare e trascurare" sui due gruppi d'esito, mentre il terapeuta del secondo studio ne sostiene in misura maggiore nei confronti del paziente ad esito insoddisfacente. L'indagine eseguita su questa coppia di pazienti fornisce risultati che si a quelli di Henry (1986, 1996) e Alpher (1991), secondo la quale le diadi ad esito negativo siano maggiormente caratterizzate da percentuali, sia pur ridotte, di comportamenti relazionali a componente ostile.

Analisi log-lineare e analisi sequenziale. In considerazione dei diversi obiettivi d'indagine che i due studi si sono posti, si ritiene opportuno procedere discutendoli separatamente.

Nello Studio 1, il dato che emerge con forza dalla analisi degli atteggiamenti relazionali, e cioè quello secondo cui i soggetti che hanno tratto minori benefici dalla psicoterapia manifestano, fino dalle prime sedute, una tendenza più marcata a prendere autonomia in modo neutro o ostile, viene confermato dall'analisi sulle matrici delle interazioni caratteristiche. L'analisi eseguita mediante la tecnica log-lineare permette di approfondire le dinamiche relazionali connesse a questa tendenza all'evitamento; in particolare, viene definito l'atteggiamento intrapsichico sostenuto dai pazienti verso sé stessi in corrispondenza dei moti di presa di autonomia disaffiliativa e neutrale. Infatti, è possibile osservare come il movimento di evitamento sia associato ad una riduzione di autocontrollo, fino ad arrivare ad un malevolo trascurarsi e lasciarsi andare.

L'analisi log-lineare fornisce qualche altro dato in più rispetto a questa predisposizione relazionale dei pazienti *poor outcome*. Viene confermata l'ipotesi secondo cui questi pazienti tendano ad assumere posizioni relazionali di autonomia ostile o neutrale soprattutto in seguito ad un atteggiamento di controllo neutrale o amorevole del terapeuta. Si rileva poi una maggior tendenza dei terapeuti nella relazione con i pazienti *poor outcome* a gestire con la stessa tipologia di moti relazionali i movimenti di presa di autonomia.

Questi dati sono confermati dall'analisi sequenziale, anche se non nella loro interezza. L'analisi sequenziale, come detto, ha permesso di va-

lutare il contesto relazionale attiguo non solo ai moti di presa di autonomia ostile o neutrale, bensì a tutti i moti definiti problematici. Valutando una sequenza complessa a tre transizioni consecutive, l'analisi sequenziale condotta nella prima ricerca fornisce dati utili alla formulazione di ipotesi sulle dinamiche relazionali tra paziente e terapeuta, intendendo per dinamica interpersonale una sequenza di comportamenti comunicativi all'interno di uno schema di interazione a due.

Un'indagine d'insieme del contesto relazionale dei moti di III e IV quadrante attesta una maggior problematicità della relazione terapeutica con i pazienti associati ad esito negativo, i quali si distinguono per una significativa disposizione ad assumere movimenti caratterizzati da ostilità o neutri rispetto la dimensione dell'Affiliazione.

Valutando gli antecedenti dei moti problematici su terapeuta, si osserva come questi siano favoriti, su entrambi i gruppi d'esito, da atteggiamenti terapeutici ostili o di controllo neutro. Solo per i pazienti *poor outcome* si rileva una tendenza che va confermando l'osservazione sopra discussa, secondo la quale questi pazienti arrivano in terapia con una forte predisposizione a sostenere movimenti disfunzionali sotto il profilo relazionale che alimenta la loro scarsa complementarietà al contesto relazionale in atto. Difatti, questi pazienti, contrariamente al principio di complementarietà relazionale ipotizzato dalla Benjamin, tendono a sostenere posizioni disaffiliative o neutrali lungo la direzione dell'Affiliazione anche in seguito ad atteggiamenti terapeutici amorevoli, di comprensione, accoglimento o sostegno terapeutico.

Prendendo in considerazione i conseguenti relazionali dei moti problematici, se ne è considerata la gestione da parte dei terapeuti: i movimenti disaffiliativi dei pazienti sono gestiti per lo più con amorevolezza, anche se le percentuali degli atteggiamenti di controllo neutro raggiungono una percentuale del 40% sull'intero campione. I terapeuti non mostrano nel complesso un atteggiamento diversificato nella relazione con i due gruppi d'*outcome*; l'unica differenza, della quale non è stata tuttavia verificata la significatività statistica, definisce una leggera maggior tendenza degli psicoterapeuti a trascurare o biasimare i pazienti *good outcome* in seguito ad un loro moto problematico. Questi risultati potrebbero apparire in contrasto con l'analisi log-lineare (Ipotesi 2). Tuttavia, i due dati considerati contemporaneamente, suggeriscono che se i terapeuti non controllano in maniera neutrale in misura maggiore i pazienti *poor outcome*, forse lo fanno di più in modo amorevole, con atteggiamenti caratterizzati da discreto livello di controllo e medio grado di Affiliazione.

L'indagine delle risposte dei pazienti agli interventi terapeutici permette di ricostruire la valenza relazionale di questi ultimi. A questo livello dell'indagine, viene rilevata una maggior disponibilità ad accettare gli interventi direttivi e neutrali dei terapeuti da parte dei pazienti *good outcome*, i quali sono più disposti ad abbandonare le posizioni problematiche per assumerne di affiliative in seguito ad moto di controllo. Integrando questo dato con i risultati dell'analisi log-lineare, si può concludere che i pazienti *good outcome* siano maggiormente disposti ad accettare il controllo del terapeuta (2.4 "Fidarsi e contare sull'altro"), piuttosto che prendere le distanze (2.8 "Isolarsi ed evitare", 2.1 "Affermarsi e prendere le distanze") o sottomettersi in modo ostile (2.6 "Acondiscendere e sottomettersi"). In ogni caso, viene confermata la valenza terapeutica dei moti affiliativi del terapeuta per gestire il momento problematico nella relazione terapeutica; simili at-

atteggiamenti terapeutici garantiscono, infatti, il recupero di una posizione affiliativa da parte dei pazienti, cosa che accade in modo significativamente minore in seguito ad un moto di controllo neutro del terapeuta. Nonostante ciò si verifichi sull'intero campione di soggetti, nei pazienti *poor outcome* il recupero di una posizione affiliativa risulta evidentemente più difficile.

Nel complesso, le diadi *poor outcome* sono caratterizzate da livelli significativamente maggiori di complementarità negativa (Moto neutro o ostile del terapeuta - Moto neutro od ostile del paziente su le transizioni T1 - P1 e T2 - P2 del contesto relazionale analizzato) e minori livelli di complementarità positiva (Moto affiliativo del terapeuta - Moto affiliativo su paziente sulla transizione T1 - P1). Questi dati vanno a conferma dei risultati ottenuti da Benjamin (1974) e Henry (1986, 1996), che hanno mostrato come nei *poor outcome* i livelli di complementarità negativa sono più elevati.

Lo Studio 2, come già avevamo specificato, approfondisce le dinamiche relazionali correlate alla gestione dei moti ostili connesse, in particolare, agli atteggiamenti di critica (1.6 "Sminuire e colpevolizzare") e a quelli intransitivi di sottomissione ostile (2.6 "A condiscendere e sottomettersi"). L'analisi che viene riportata e discussa non può assumere un carattere generale, ma può risultare utile nella prospettiva di comprendere cosa caratterizzi il trattamento di questo singolo paziente secondo il modello degli studi *treatment focused*.

Nonostante ciò, alcuni dei risultati di questo secondo studio presentano una certa omogeneità con alcuni dati a cui è giunta l'analisi eseguita sul campione più esteso. Viene infatti rilevata, così come era stato osservato nell'analisi sequenziale dello Studio 1 per i pazienti *poor outcome*, una minor prevedibilità relazionale del paziente a esito insoddisfacente, cioè una maggior tendenza da parte di quest'ultimo ad assumere atteggiamenti "fuori contesto", non spiegabili dall'immediato contesto relazionale. Nello Studio 2, sembra che questa minor coerenza relazionale al contesto interpersonale caratterizzi anche l'atteggiamento interpersonale del terapeuta. Si giunge a simili riflessioni sia che si prendano in considerazione i dati che emergono dall'analisi dei moti di biasimo e di critica del terapeuta, sia che si valutino quelli relativi al contesto relazionale dei moti di sottomissione ostile del paziente. Per esempio, se si considerano gli antecedenti dei moti di biasimo dei terapeuti, si osserva come il terapeuta metta in atto un atteggiamento di biasimo in conseguenza e a gestione di un moto di separazione ostile del paziente. Tuttavia, a questo livello dell'analisi, si osservano delle differenze in merito agli antecedenti affiliativi del paziente. Infatti, se è raro che il terapeuta metta in atto un comportamento di biasimo nei confronti del paziente *good outcome* dopo che quest'ultimo ha espresso fiducia nei suoi confronti, lo stesso non si può dire per il paziente *poor outcome*. Si osserva, infatti, come nel caso della diade *poor outcome* sia più probabile che il terapeuta esprima un moto di biasimo in seguito ad un moto affiliativo del paziente.

Per quanto riguarda i conseguenti sui pazienti al biasimo del terapeuta, si osserva che entrambi tendono a rispondere in maniera complementare, secondo quanto ipotizzato dai principi di complementarità negativa, con un moto di obbedienza ostile. Tuttavia, mentre la modalità alternativa di risposta del paziente *good outcome* è la separazione ostile,

modalità attinente al contesto relazionale in atto, quella del paziente *poor outcome* è l'accettazione benevola.

L'indagine degli moti del terapeuta antecedenti ai moti di sottomissione ostile dei pazienti conferma che, come suggerito dall'analisi sequenziale sui moti ostili del paziente, quest'ultimi sono preceduti da moti di biasimo del terapeuta. Anche in questo caso si assiste ad un atteggiamento, che potremmo definire "fuori contesto", da parte del paziente *poor outcome*: infatti, non è detto che, in corrispondenza di un intervento di controllo benevolo del suo terapeuta, egli non reagisca con un moto di sottomissione ostile.

Il terapeuta gestisce il moto di obbedienza ostile, con un altro moto di controllo di tonalità affettiva neutrale od ostile; si osserva però, una differenza nel comportamento del terapeuta con i due pazienti: egli, soltanto nei confronti del paziente *poor outcome* gestisce l'obbedienza ostile, oltre che con moti di biasimo, anche con moti di trascuratezza. Il terapeuta mostra, pertanto, un maggior livello di complementarietà negativa con il paziente *poor outcome*.

I risultati emersi da questa seconda ricerca, della cui ridotta generalizzabilità si è consapevoli in considerazione del numero ridotto di casi su cui è stata condotta, si potrebbero spiegare con il fatto che la diade *poor outcome* sembra essere caratterizzata da importanti livelli di aggressività agita nella relazione che interagiscono negativamente con le modalità interpersonali adottate all'interno del rapporto terapeutico. Questa osservazione sembra essere sostanziata dai risultati ottenuti per mezzo dell'applicazione del Ccrt-Lu ai trascritti di questi pazienti (Scognamiglio R.M., Vigorelli M., Conserva S., Taglietti S. Schadee H., 2005) e della valutazione dell'Accuratezza delle interpretazioni del terapeuta. Quest'ultima è definita dal grado secondo cui gli interventi del terapeuta indirizzano i temi interpersonali contenuti nelle narrative del paziente, ed è un dimostrato importante fattore di esito (Christoph, Cooper e Luborsky, 1988). Rispetto ad essa, non viene evidenziata alcuna differenza significativa tra i valori riscontrati nei due trattamenti; ciò suggerisce che il ruolo della relazione terapeutica sia prevalente rispetto a questa dimensione interpretativa.

E' noto che una delle maggiori difficoltà della ricerca in psicoterapia è quella di condurre studi che garantiscono un adeguato equilibrio tra validità interna e validità esterna. Le ricerche in psicoterapia devono adeguarsi a un certo numero di criteri metodologici che ne garantiscano l'affidabilità e la validità (Cook e Campbell, 1979), cercando, in particolare, di ottenere un buon livello di validità interna, definibile come il grado in cui è possibile inferire una relazione causale tra le variabili. Se la validità interna di uno studio è bassa viene compromessa la validità delle conclusioni statistiche e l'adeguatezza dell'interpretazione dei dati ottenuti. Per evitare questo rischio, i ricercatori procedono utilizzando metodi solitamente estranei al lavoro del clinico, con i quali, per esempio, si tengono sotto controllo le variabili ritenute rilevanti. Tuttavia questo lavoro di "controllo" e "monitoraggio" di un certo numero di variabili di interesse minaccia la validità esterna, definibile come il grado di inferenza necessario per generalizzare la relazione causale eventualmente evidenziata dallo studio. Se questa è bassa, i risultati della ricerca, perdendo di significativi-

tà, non sono generalizzabili. Infatti, gli studi che garantiscono un'ampia generalizzabilità dei dati sono eseguiti su campioni numerosi.

A questo proposito, il modello di ricerca adottato dal gruppo di ricerca, pur assicurando un buon livello di validità interna, non permette la generalizzazione dei risultati ad una popolazione psicopatologica estesa e diversificata rispetto a quella presa qui in considerazione. Tuttavia, l'utilizzazione di un campione di ricerca costituito da soggetti omogenei al loro interno rispetto a una serie di variabili rende possibile l'indagine delle aree di interesse (il processo terapeutico) e permette la formulazione di ipotesi di causazione. Partendo da questi presupposti, si considerino le riflessioni cliniche a cui il gruppo di ricerca è giunto.

Implicazioni cliniche

Dalle due ricerche emergono con una certa chiarezza tre punti fondamentali. Innanzitutto, si evidenzia una differenza tra i due gruppi d'outcome in riferimento alla disponibilità dei pazienti ad accettare il controllo anche affiliativo del terapeuta. I pazienti *poor outcome* risultano meno predisposti ad impegnarsi in una relazione di dipendenza dalla figura dello psicoterapeuta e tendono maggiormente ad assumere atteggiamenti di presa di autonomia neutra od ostile. Rispetto a questa tendenza interpersonale, è possibile notare una corrispondenza con gli atteggiamenti intrapsichici sostenuti verso il Sé: i pazienti *poor outcome* si mostrano meno capaci di guidare e prendersi cura della propria persona così come sono meno disponibili a lasciarsi guidare e lasciare che ci si prenda cura di loro.

Il secondo dato è inerente l'atteggiamento sostenuto dai terapeuti per gestire queste tendenze e modalità relazionali. I terapeuti rispondono ai comportamenti interpersonali dei loro pazienti mantenendo alti livelli di controllo benevolo e neutrale. Valutando gli effetti relazionali di tale atteggiamento del terapeuta, si evidenzia come esso non risulti produttivo nelle terapie con i pazienti *poor outcome*. Gli atteggiamenti di controllo, infatti, aumentano la probabilità che si inneschi l'atteggiamento di evitamento o la sottomissione passiva prototipico di questi pazienti. Gli interventi caratterizzati da modalità di controllo affiliativi, invece, appaiono relativamente più utili nel caso dei pazienti *good outcome*.

Lo stile relazionale che caratterizza questo sottotipo di pazienti dovrebbe quindi essere considerato il focus principale dell'intervento terapeutico. A questo proposito, riteniamo interessante la proposta di Benjamin (1993a, 1997, 2004), la quale suggerisce di utilizzare modelli relazionali antitetici rispetto a quelli del paziente collegati non all'aumento bensì alla diminuzione del controllo.

Infine si osserva un rapporto tra i livelli di complementarità presentate dalle diadi e il gruppo d'esito: nelle diadi associate ad esito insoddisfacente si registra un livello maggiore di complementarità negativa e un minor grado di quella a carattere positivo. Quest'ultima dissomiglianza tra i due sottogruppi di pazienti è sostanziata da una chiara tendenza, osservata principalmente in riferimento all'atteggiamento dei pazienti, a mostrare movimenti interpersonali non giustificati dall'immediato contesto relazionale. Questa situazione, nel caso dei pazienti *poor outcome*, coincide ad un incremento dell'aggressività latente nelle comunicazioni della

coppia terapeutica e può produrre reazioni controtransferali non elaborate.

Questo dato, insieme all'osservazione che il paziente *poor outcome* incluso nel secondo studio riceve interpretazioni paragonabili, in termini di accuratezza (Scognamiglio et al. 1995) a quella del paziente con buon risultato, fa supporre che la qualità della relazione terapeutica funga da mediatore rispetto all'interpretazione degli schemi maladattativi espressi nelle narrative del paziente, anche qualora questi vengano correttamente riconosciuti.

Bibliografia

Alexander F., et al. (1946), *Psychoanalytic therapy: principles and applications*. Ronald Press, New York.

Alpher V.C. (1991), Interpersonal process in psychotherapy: application to a case study of conflict in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 28, pp.550-562.

American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bakeman R., Quera V. (1995), *Analyzing Interaction. Sequential Analysis with SDIS and GSEQ*. Cambridge University Press.

Bakeman R., Gottman J.M. (1997), *Observing Interaction. An introduction to Sequential Analysis (2 ed.)*. Cambridge University Press.

Benjamin L.S. (1979,a), Whatever Happened to Interpersonal Diagnosis? A psychological Alternative to DSM-III. *American Psychologist*, 17, pp.17-34.

Benjamin L.S. (1979,b), Use of Analysis of Social Behavior (SASB) and Markov Chains to study dyadic interactions. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, pp.303-319.

Benjamin L.S. (1993a), *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders (2nd ed.:1996)*. New York: Guilford.

Benjamin L.S. (1993b), Every psychopathology is a gift of love. *Psychotherapy Research*, 3, pp.1-24.

Benjamin L.S. (1996), Introduction to the special section on Structural Analysis of Social Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 6, pp.1203-1212.

Benjamin L.S. (1997), Teoria interpersonale dei Disturbi di Personalità. In: Clarkin, J.F., Lenzenweger, M.F (a cura di), *I disturbi di Personalità. Le cinque principali teorie*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Benjamin L.S. (2004), *Terapia ricostruttiva interpersonale. Promuovere il cambiamento in coloro che non reagiscono*, Las, Roma.

Blomberg J., Lazar A., Sandel R. (2001), Long-term outcome of long-term psychoanalytically oriented therapies: First findings of the Stockholm outcome of psychotherapy and psychoanalysis study. *Psychotherapy Research*, 11(4), pp.361-382.

Costantino M.J. (2000), Interpersonal process in psychotherapy through the lens of the Structural Analysis of Social Behavior. *Applied & Preventive Psychology*, 9, pp.153-172.

Crits-Christoph P., Cooper A. & Luborsky L. (1988), The accuracy of the therapists' interpretations and outcome of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, pp.490-95.

Fava E., Masserini C., Borghetti S., Camarda P., Fontolan M., Duca P., Pazzaglia P. (2001), Le interruzioni non concordate di trattamento in un Servizio di Psicoterapia: frequenza, relazione con gli esiti e variabili con possibile significato predittivo. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol.CXXV, 1, pp.23-36.

Fava E., Masserini C. (2002), *Efficacia delle Psicoterapie nel servizio pubblico. Il contributo della ricerca valutativa alla clinica*, FrancoAngeli, Milano.

Ferrari A., Pinzi C., Camarda P., Roustayan C. (2004), Valutazione a lungo termine dell'effectiveness della psicoterapia supportivo-espressiva in un contesto pubblico: esito, follow-up e predittori. In Press in: *Giornale italiano di psicopatologia*.

Freud S. (1911-12), *Tecnica della psicoanalisi*, Osf, vol. 6, Torino, Boringhieri, 1974.

Gelso C. J., & Carter J. (1994), Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Consulting Psychology*, 41, pp.296-306.

Gelso C. (2004a), A theory of the real relationship in psychotherapy. Paper presented at the 2004 convention of the Society for Psychotherapy Research, Rome, Italy.

Gelso, C.J. (2004b). Countertransference and its management in brief dynamic therapy. In: D. Charman (Ed.), *Core processes in brief dynamic psychotherapy*, pp. 231-250, NY: Erlbaum.

Greeacre P.(1968), The Psychoanalytic process, transference and acting out, In: *Emotional Growth*, New York, Int. Univ. Press. Vol II, pp.762-75.

Greenson R.R. (1967), *Tecnica e pratica psicoanalitica*, [tr.It.] Milano, Feltrinelli, 1974.

Guthrie E. (1999), Cost-effectiveness of brief psychodynamic- interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. *Archives of General Psychiatry*, 56, pp.519-526.

Guthrie E., Moorey J., Margison F. et al. (2000), Psychotherapy for patients with complex disorders and chronic symptoms. The need for a new research paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 177, pp.131-137.

Henry W.P., *Interpersonal Case Formulation: Describing and explaining Interpersonal Patterns using the Structural Analysis of Social Behavior*. Manoscritto non pubblicato, The University of Utah, Salt Lake City.

Henry W.P., Schacht T.E., Strupp H.H. (1986), Structural analysis of social behavior: application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, pp.27-31.

Henry W.P., Schacht T.E. (1994), Modeling recurrent patterns of interpersonal relationship with Structural Analysis of social behavior: the SASB-CMP. *Psychotherapy research*, 4, pp.208-221.

Henry W.P. (1996), Structural Analysis of social behavior as a Common metric for programmatic psychopathology and psychotherapy research. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), pp.1263-1275.

Horowitz L.M., Rosenberg S.E., Baer B.A., Ureno G., Villasenor V.S. (1988), Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, pp.885-892.

Howard K.I., Kopta S.M., Krause M.S., Orlinsky D.E. (1986), The dose-response relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, pp.159-164.

Klerman L.M., Weissman IM.M., Rounsaville B.J. & Chevron E.S. (1984), Interpersonal psychotherapy: A meta-analysis. In: *Journal of Counseling psychology*, 38, pp.139-43.

Lambert M.J., Bergin A.E. (1994), The effectiveness of psychotherapy. In A.E.Bergin e S.L. Garfield (Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp.143-189), New York: Wiley.

Lambert M.J. (2001), Psychotherapy outcome and quality improvement: Introduction to the special section on patient-focused research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, pp.147-149.

Lutz W., Martinovich Z., Howard K.I., Leon S.C. (2002a), Outcomes management, expected response and severity adjusted provider profiling in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 58, pp.1291-1304.

Lutz W., Rafaeli E., Howard K.I., Martinovich Z. (2002b), Adaptive modeling of progress in outpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 12 (4), pp.427-443.

Maling M.S., Gurtman M.B., Howard K.I. (1995), The response of interpersonal problems to varying doses of psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 5, pp.63-75.

Norcross J.C. (2002), Empirically supported therapy relationships. In: Norcross Jhon C.(Ed), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*, pp.3-16, London: Oxford University Press.

Normandin L., Bouchard M. (1993), The effects of theoretical orientation and experience on rational, reactive and reflective countertransference, *Psychotherapy Research*, 3(2), pp.77-94. [Tr.it.] L'influenza dell'orientamento teorico e dell'esperienza sul controtransfert razionale, reattivo e riflessivo. In: *Ricerca in Psicoterapia*, 2, 1-2-3, pp. 7-33. 1999.

Osimo, F. (2001), *Parde, emozioni e videotape: Manuale di Psicoterapia Berve Dinamico-Esperienziale*, FrancoAngeli Editore, Milano.

Pincus A.L., Gurtman M.B. (1995), The three faces of interpersonal dependency: Structural analysis of self-report dependency measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), pp.744-758.

Pincus A.L., Newes S., Dickinson K.A., Ruiz M. (1998), A comparison of three Indexes to assess the Dimensions of Structural Analysis of Social Behavior. *Journal of Personality Assessment*, 1(70), pp.145-170.

Safran J.D. & Segal Z.V. (1990), *Interpersonal process in cognitive therapy*, Basic Books, New York.

Scognamiglio R.M., Vigorelli M., Conserva S., Taglietti S. Schadee H. (2005), Valutazione del processo psicoterapeutico attraverso l'analisi della modalità relazionale di pazienti con disturbo dell'umore: un'applicazione del metodo del CCRT-LU. Atti del Congresso SPR-Italia, S.Benedetto del Tronto.

Shadish W.R., Matt G.E., Navarro A.M. et al. (1997), Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, pp.355-365.

Sullivan (1953), *La teoria interpersonale della psichiatria*, [Tr.It.] Feltrinelli, Milano, 1962.

Winnicott D.W. (1958), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, [Tr.It.] Martinelli, Firenze, 1975.

Appendice

1.a



1.b

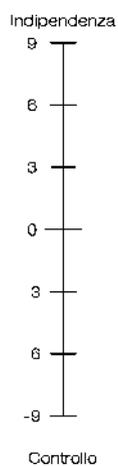
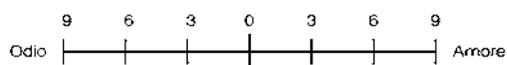
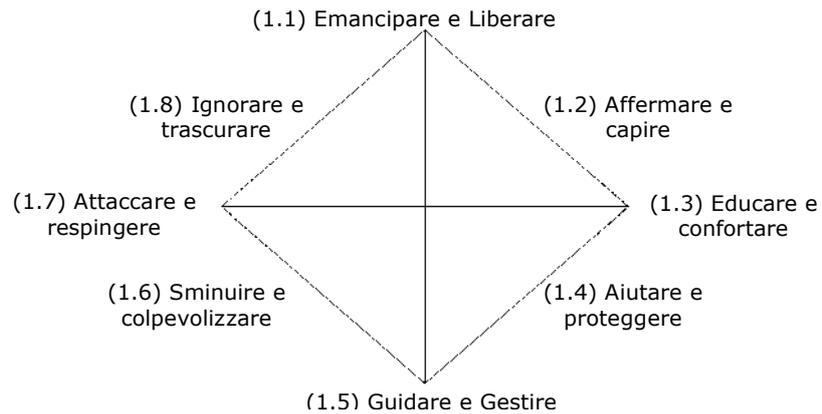


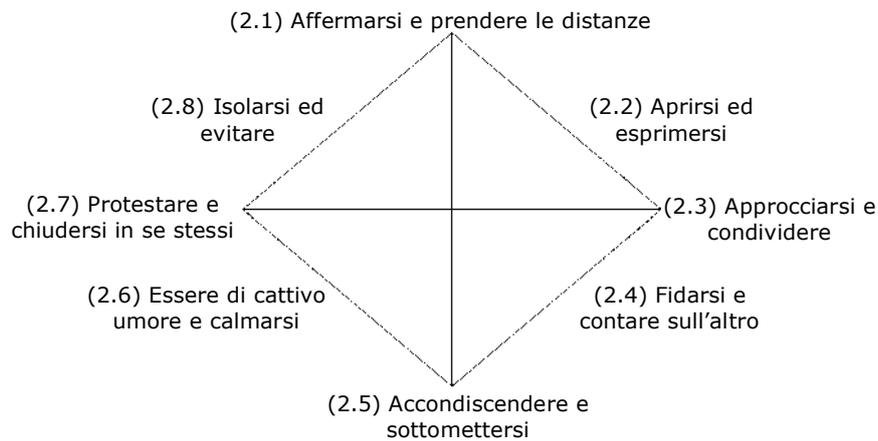
Figura 1 – a: Le tre superfici interpersonali ipotizzate dal modello Sasb: Focus sull'Altro, Focus sul Sé, Introietto; b: L'asse orizzontale dell'Affiliazione e quello verticale dell'Interdipendenza, entrambi costituiti da 9 punti scala.

INTERPERSONALE

Focus sull'Altro



Focus sul Sé



INTRAPSICHICO

Introietto dell'Altro
in relazione al Sé

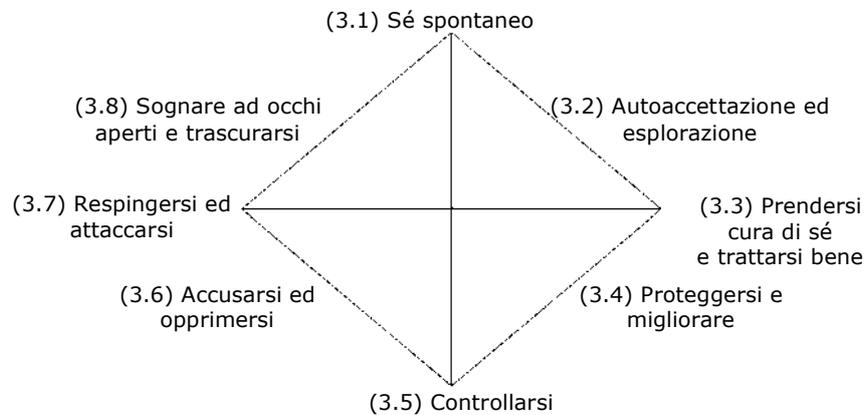


Figura 2 – Versione semplificata del modello Sasb (Benjamin, 1986). Ogni superficie prevede 8 item di codifica, per un totale di 24 codici su tutto il modello. Su ciascuna superficie, i cluster iniziano con la numerazione 1 alle ore 12, e progrediscono in senso orario. Ogni numero di codice è preceduto dal numero della superficie di riferimento.

Tab. 1 – Valore L-quadro per la verifica delle Ipotesi 1, 2 e 3.

DIFFERENZA L-QUADRO DEI DUE MODELLI	VALORE DELL'INDICE DI ADATTAMENTO DEL MODELLO AI DATI (L-quadro)	ngl
Ipotesi 1-a	14.86 (6.64)	+1
Ipotesi 1-b	0.85 (6.64)	+1
Rilevanza della diagonale	102.60 (6.64)	+1
Ipotesi 3	4.94 (6.64)	-1
Ipotesi 2	-17.13 (6.64)	-1

Nota 1: I valori relativi alla casella "Valore dell'indice di adattamento del modello ai dati" si riferiscono, quello fra parentesi ed in corsivo, al valore di soglia per un livello di significatività dell'1%, e quello fuori di parentesi, al valore trovato sottoponendo al programma il modello specificato ed i dati di input (matrice di transizione).

Nota 2: I valori della statistica test differenza-tra-modelli (differenza nei valori dell'L-quadro dei modelli prima e dopo la modifica) sono riportati in valore assoluto

Tab. 2 – Residui corretti della transizione T1 P1.

Gruppo d'esito	Istante P1-1 (T1)	Istante P1 Moto problematico
Poor outcome	15	11.64
	18, 16	3.75
	12,13,14	
Good outcome	15	14.56
	18, 16	3.53
	12, 13, 14	

* Complementarietà negativa: Zeta (2.97) e Chi2 (8.81) significativi a .01
 Complementarietà positiva: Zeta (-5.12) e Chi2 (26.19) significativi a .001
 ** Q di Yule Poor outcome 0.71, Good outcome 0.77

Tab. 3 – Residui corretti della transizione P1 T2.

Gruppo d'esito	Istante P1+1 (T2)	Istante P1 Moto problematico
Poor outcome	15	
	18, 16	1.17
	12,13,14	9.03
Good outcome	15	
	18, 16	3.60
	12, 13, 14	5.42

* Complementarietà negativa: Zeta (-1.49) e Chi2 (2.22) non significativi.
 Complementarietà positiva: Zeta (0.00) e Chi2 (0.00) non significativi.
 ** Q di Yule Poor outcome 0.31, Good outcome 0.47

Tab. 4 – Residui corretti della transizione P1 T2 P2.

Gruppo d'esito	Istante T2	Istante T2+1 (P2) Moto affiliativo
Poor outcome	15	
	18, 16	-1.36
	12,13,14	4.45
Good outcome	15	
	18, 16	-0.66
	12, 13, 14	3.75

* Complementarietà negativa: Zeta e Chi2 significativi a 0.01
 Complementarietà positiva: Zeta e Chi2 non significativi.
 ** Q di Yule Poor outcome 0.82, Good outcome 0.64

Tab. 5 – Residui corretti Antecedenti ai moti di biasimo del terapeuta.

Gruppo d'esito	Istante T-1 (P)	Istante T Moto di biasimo
Poor outcome	2.4	-1,26
	2.1, 2.8	
Good outcome	2.4	-3,22
	2.1, 2.8	

* Per entrambi i gruppi d'esito il Chi-Quadrato è significativo con $p < 0.001$.

Tab. 6 : Residui corretti Conseguenti ai moti di biasimo del terapeuta.

Gruppo d'esito	Istante P-1 (T)	Istante T+1 (P)	
		Fiducia	Apertura
Poor outcome	1.6	2,22	-6,06
Good outcome	1.6	-1,81	-3,77

* Per entrambi i gruppi d'esito il Chi-Quadrato è significativo con $p < 0.001$.

Tab. 7 – Residui corretti Antecedenti ai moti di obbedienza ostile del paziente.

Gruppo d'esito	Istante P-1 (T)	Istante P Obbedienza ostile
Poor outcome	1.2	
	1.4	1,34
	1.6	4,27
Good outcome	1.2	
	1.4	-5,18
	1.6	7,82

* Per entrambi i gruppi d'esito il Chi-Quadrato è significativo con $p < 0.001$.

Tab. 8- Residui corretti Conseguenti ai moti di obbedienza ostile del paziente.

Gruppo d'esito	Istante P	Istante P+1 (T)		
		Controllo benevolo	Ignorare, trascurare	Biasimo
Poor outcome	2.6		2,37	4,01
Good outcome	2.6		-0,77	5,37

* Per entrambi i gruppi d'esito il Chi-Quadrato è significativo con $p < 0.001$.

VALUTAZIONE DELL'AUTOSTIMA IN ADOLESCENTI IN
TRATTAMENTO DI PSICOTERAPIA DI GRUPPO. AGGIORNAMENTO DI UNA
RICERCA.

(SELF-CONCEPT EVALUATION ON ADOLESCENTS IN GROUP
PSYCHOTHERAPY TREATMENT. THE UP-TO-DATE OF A RESEARCH.)

A. De Lungo,¹ M.G. Di Iulio,² B. Costantini, M.G. Foti

Riassunto

Obiettivi: Il lavoro intende divulgare i risultati ottenuti dalla seconda fase della ricerca, avendo creato un nuovo campione ed avendo così aumentato il numero totale dei pazienti osservati. I risultati della prima fase sono stati pubblicati nel n.6 (2003) della presente Rivista.

Anche stavolta si è inteso principalmente valutare gli effetti a breve e a media distanza di un trattamento di psicoterapia di gruppo su pazienti adolescenti, all'interno di un percorso integrato di psicoterapia.

¹ Istituto di Psichiatria e Psicologia Clinica, Università Cattolica del Sacro Cuore, sede di Roma, Largo F. Vito n.1, 00168-Roma, Italia; E-mail: adellungo@rm.unicatt.it

² Facoltà di Psicologia 1, Università "La Sapienza", Roma. E-mail: mariagabrielladiiullo@uniroma1.it

L'andamento dell'Autostima è stato il parametro considerato come variabile principale, in quanto indicatore di armonia generale dello sviluppo psicodinamico individuale.

Si è inteso anche verificare alcune correlazioni quale l'assiduità nella partecipazione alle sedute di psicoterapia di gruppo e l'incremento dell'Autostima, nonché l'esistenza o meno di differenze nell'incremento di Autostima in base al sesso dei pazienti.

Metodo: Strumento utilizzato è il TMA: «Test di Valutazione Multidimensionale dell'Autostima». Il campione esaminato è stato sottoposto a test/retest. Per l'analisi statistica sono stati utilizzati test non parametrici.

Risultati: I pazienti mostrano un incremento dell'Autostima al retest, benché inferiore al previsto e non per tutte le scale. Tale incremento è risultato essere direttamente proporzionale all'assiduità nella partecipazione delle sedute, e maggiore tra le pazienti di sesso femminile.

Conclusioni: Dopo la partecipazione alla psicoterapia di gruppo per almeno otto mesi, nei pazienti si registrano incrementi in diverse aree dell'Autostima; questi cambiamenti, clinicamente rilevanti, indicano che l'efficacia del trattamento è in diretto rapporto con l'assiduità della

frequenza alle sedute e con la percezione soggettiva di coesione del gruppo.

Parde chiave: Adolescenza, Autostima, Trattamento Integrato, Psicoterapia Focale di Gruppo, TMA-test

Summary

Objectives: We wish to report now the results we obtained during the second step of our research. We used a new sample group and we increased the whole number of the observed patients. The results of the first step are in the n° 6 (2003) of this Revue.

We meant to evaluate the effects of a group psychotherapy treatment on Adolescents who follow an integrated psychotherapy treatment.

Self-Concept trend has been the parameter we assumed as the principal indicator to the general harmony of individual psychical development.

We wanted also to check whether there is a mutual relation between regular attendance to group psychotherapy sessions and the growing of Self-Concept, and whether there are some differences on Self-Concept growing in relation to the patient's gender.

Method: We used the «Multidimensional Self-Concept Scale». The group we studied has been tested and retested. To analyse statistically our results, we used non-parametrical tests.

Results: Our results show that our patients' Self-Concept has increased when retested, even though less than expected and not within all the scales. The growing of Self-Concept was mutually related to regular attendance to group psychotherapy sessions, and was higher among the female patients.

Conclusions: After attending the group psychotherapy for eight months, we noticed that several areas of Self-Concept had been growing; these changings, clinically relevant, show that the efficacy of the treatment is in a positive proportion with our patients' regular attendance to the group sessions and with one's own perception of cohesion within the group.

Key words: Adolescence, Self-Concept, Integrated Psychotherapy Treatment, Focal Group Psychotherapy, Multidimensional Self-Concept Scale

Introduzione

Il presente scritto si pone come il naturale aggiornamento della ricerca portata avanti dall'équipe condotta dalla dott.ssa Albertina Del Lungo,³ presso il Servizio di Consultazione Psichiatrica per gli Adolescenti, dell'Istituto di Psichiatria e Psicologia Clinica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, sede di Roma, ed i cui primi risultati erano stati in precedenza, resi noti.⁴

L'ipotesi che ha guidato la pratica psicoterapeutica che trova documentazione in questa seconda fase della ricerca è che l'adolescente può trovare serie difficoltà ad integrare la propria nuova identità corporea con un'immagine di sé nuova ma coerente con quella infantile. Di fatto la nuova identità corporea risulta essere frutto delle delle rapide modificazioni e trasformazioni somatiche e funzionali, che impongono alla mente adolescente di registrare e introiettare nuove sensazioni ed emozioni provenienti dal proprio corpo che per questo viene vissuto come “nuovo”, a volte “estraneo”.

³ Psicologo Dirigente, presso il Servizio di Consultazione Psichiatrica, Area di Psicoterapia degli Adolescenti, Istituto di Psichiatria e Psicologia dell'«Università Cattolica del Sacro Cuore» di Roma, Direttore Prof. Pietro Bria.

⁴ cfr. Del Lungo et al., 2003

Com'è noto, questo lavoro d'integrazione, costruzione di sé e di una nuova identità adulta, costituisce il nucleo centrale del compito evolutivo della prima e media adolescenza. Un cammino su cui spesso si incontrano ostacoli, di natura interna e relazionale e lungo il quale si manifestano varie forme di sofferenza, disfunzione e patologia.

Nel trattamento psicoterapico con gli adolescenti, abbiamo volutamente posto molta enfasi proprio sulla valutazione conoscitivo-diagnostica dell'immagine che gli adolescenti hanno di sé. Partendo dall'immagine corporea (alla cui lettura concorrono l'osservazione attenta e partecipata del linguaggio prossemico del paziente, dei suoi sintomi somatici e psichici), attraverso il lavoro psicoterapeutico, abbiamo mirato a procurare nuove e costruttive esperienze con l'Oggetto Sé sia nella dimensione intrapsichica che relazionale. Esperienze che, quanto più ricche, e correttive di precedenti vissuti, vanno a comporre gran parte dell'Autostima, cioè del sentimento generale che il ragazzo nutre verso se stesso, corpo e mente.

L'Immagine di sé, ed i conseguenti sentimenti di Autostima, risultano infatti frutto dell'esperienza intersoggettiva che l'adolescente fa con il vecchio gruppo di riferimento (quello del primo legame di

attaccamento, cioè la famiglia) e i nuovi gruppi di affiliazione e di riferimento, che sono il gruppo dei pari, nonché i nuovi rapporti con adulti significativi diversi dai genitori.

Sembra utile ricordare nuovamente quanto, in proposito, scrive Bracken: «L'Autostima è uno schema comportamentale e cognitivo appreso, multidimensionale e riferito ai diversi contesti, che si basa sulla valutazione espressa da un individuo delle esperienze e dei comportamenti passati, influenza i suoi comportamenti attuali e predice quelli futuri...».⁵

Nel corso degli anni, abbiamo mantenuto lo scopo iniziale della ricerca, vale a dire quello di valutare l'andamento dell'Autostima nel corso di una psicoterapia di gruppo, quale parametro che dà il polso e che si muove in sintonia con l'andamento generale della maturazione del giovane paziente.

Come precedentemente annunciato, oggi presentiamo qui i risultati ottenuti dal raddoppio del numero dei pazienti costituenti il campione. Precedentemente, il loro ristretto numero non ci aveva infatti consentito

⁵ Bracken 1992, p. 78

di poter attribuire una piena significatività statistica ai risultati ottenuti, mentre ora possiamo dedurre risultati più certi.

Ipotesi di ricerca

Lo scopo generale della nostra ricerca consiste, dunque, nell'approfondire la conoscenza degli effetti di un trattamento di psicoterapia di gruppo ⁶ di breve durata (otto mesi) su soggetti adolescenti disfunzionali e/o patologici.

L'ipotesi specifica che ha ispirato questo lavoro è quella che adolescenti "problematici", inseriti in un percorso psicoterapeutico integrato che prevede la partecipazione ad una psicoterapia di gruppo, traendo un auspicabile miglioramento sintomatico dalla terapia stessa, incrementino in misura significativa quell'insieme di cognizioni e sentimenti che si definiscono abitualmente Autostima. Consideriamo infatti questo parametro un sicuro indicatore di una sufficiente armonia di sviluppo e di benessere mentale.⁷

⁶ Per una descrizione particolareggiata degli obiettivi e prassi terapeutica seguiti si cfr. Del Lungo et alii, 2003.

⁷ Zavattini, Di Iullo, Donaggio, Raponi, 1999

Nel corso di questa seconda fase della ricerca, ci ha interessato inoltre verificare l'esistenza di una correlazione positiva fra l'assiduità della partecipazione alle sedute di gruppo, misurata dal numero delle presenze, e il cambiamento, misurato al Test di Bracken, ed inteso come scarto fra i punteggi delle due somministrazioni.

Abbiamo ritenuto utile controllare, infine, se e in che misura il genere influenzi il cambiamento nell'Autostima globale ed in quella inerente alle varie dimensioni, considerando sempre lo scarto dei punteggi fra le due prove.

Strumento utilizzato

Così come è stato per la prima fase di questa ricerca, lo strumento utilizzato è il «TMA-Test di Valutazione dell'Autostima» (Bracken, 1992).

Ci sembra opportuno in questa sede accennare sommariamente al modello del processo di formazione dell'Autostima seguito, rimandando il lettore al nostro precedente articolo ⁸ per un approfondimento.

Considerando l'Autostima al pari di uno stile di risposta appreso nel tempo, essa può essere ritenuta stabile al pari di altri comportamenti appresi e divenuti abituali. Grazie a questa relativa stabilità, si assume

⁸ Del Lungo et alii, 2003

come possibile un cambiamento graduale, in funzione delle modificazioni dell'ambiente o dei cambiamenti dell'individuo all'interno dell'ambiente.

I contesti nell'ambito dei quali l'adolescente può sviluppare un senso di Autostima sono, ovviamente, molteplici. Bracken, nell'ambito del TMA, li ha raggruppati nelle seguenti aree: 1) le relazioni interpersonali, 2) la competenza di controllo dell'ambiente, 3) l'emotività, 4) il successo scolastico, 5) la vita familiare, 6) il vissuto corporeo.⁹

Il modello gerarchico dell'Autostima, sul quale si basa il TMA, presuppone che le varie dimensioni che costituiscono l'Autostima siano interconnesse e che i vari ambiti si sovrappongano in un certo grado.

Nel tempo, l'evoluzione dell'Autostima, come quella del Sé, va incontro ad una differenziazione progressiva. Possiamo notare come l'Autostima familiare, ad esempio, si differenzi per prima. Sembra inoltre che tutte e sei le dimensioni dell'Autostima siano differenziate già all'età di 8 o 9 anni, ma la variazione nei punteggi medi tra i vari ambiti aumenta apprezzabilmente dopo i 13 anni. Da ciò si può dedurre che la

⁹ Per la descrizione dettagliata di queste sei aree e delle corrispondenti scale si cfr. Del Lungo et alii, 2003,.

differenziazione degli ambiti inizia nell'infanzia e diviene molto maggiore a partire dalla prima l'adolescenza.

Il modello epistemologico sotteso al TMA assume da un lato che esista un collegamento diretto tra l'Autostima ed altri costrutti psicologici (intelligenza, competenza sociale), ma dall'altro che essa sia anche ben distinta e distinguibile. Per quanto riguarda l'Autostima scolastica, ad esempio, sembra evidente come essa non coincida con la capacità scolastica, ma si sviluppi comunque attraverso i successi e fallimenti dell'adolescente nell'area scolastica.

Mediante il TMA è possibile effettuare, oltre ad una valutazione interindividuale, anche una valutazione intraindividuale, confrontando il risultato ottenuto da un soggetto alle singole scale con il risultato globale ottenuto da quello stesso soggetto al test. Indipendentemente dal fatto che un soggetto si caratterizzi per un'Autostima globale più alta, più bassa o più simile a quella della maggioranza dei suoi coetanei (valutazione interindividuale), il soggetto stesso può presentare delle «aree in cui la sua Autostima viene espressa ad un livello significativamente più alto o più basso della sua media. Queste deviazioni significative vengono interpretate come punti

di forza o lati deboli della sua Autostima».¹⁰ L'Autostima globale del soggetto è insomma assunta come norma ed è possibile individuare i relativi punti di forza e di debolezza di ciascuno, calcolando gli scarti dei punteggi alle singole scale dalla media dei punteggi riportati a tutte le scale.

Anche in questa seconda fase della ricerca, il TMA è stato somministrato nei tempi t0 e t1, con una distanza di circa 8 mesi, nel corso dei quali i pazienti sono stati sottoposti ad un trattamento psicoterapeutico di gruppo.

Ricordiamo, infine, che il TMA prevede la somministrazione di 6 scale, composte da 150 item, corrispondenti ai contesti cui si è precedentemente accennato.

I soggetti

Il campione oggetto della nostra ricerca è costituito da due gruppi omogenei di pazienti che hanno seguito la psicoterapia di Gruppo Juniores in anni successivi. Essi sono stati intervistati in tempi diversi sulla variabile Autostima. I due gruppi provengono dalla stessa popolazione, costituendo quindi due campioni omogenei.

¹⁰ Bracken, 1992, p.61

Il primo raggruppamento comprendeva otto ragazzi e ragazze, di età media 17,38 anni, con una deviazione standard di 1,6. Lo studio di questo primo raggruppamento ha costituito il materiale clinico per la prima fase di questa ricerca.¹¹

Il secondo raggruppamento è costituito da nove soggetti: sei femmine e tre maschi, di età media 16,9 e deviazione standard 1,3; anch'essi hanno frequentato o stanno frequentando la psicoterapia di gruppo. I pazienti inseriti in questo ulteriore gruppo campione sono relativamente omogenei per età e, benché parzialmente, per patologia.

Entrambi i gruppi campione hanno effettuato lo stesso numero di sedute: 25 incontri con cadenza settimanale nell'arco di circa otto mesi.

Il campione è formato, complessivamente, da diciassette soggetti: sette di sesso maschile e dieci di sesso femminile. L'età media è di 17,12 anni con una Deviazione Standard di 1,4 (Min.= 15 – Max = 19). Anche in questa seconda fase della ricerca, sono stati applicati i medesimi parametri di valutazione della prima, oltre ad ulteriori test statistici.

Dall'iniziale valutazione psicodiagnostica, si rileva che i pazienti mostrano disturbi di blocco e/o inibizione espressiva, sociale e/o

¹¹ cfr. Del Lungo et alii, 2003

ideativa, disturbi dell'umore e/o del controllo degli impulsi, disturbi d'Ansia, disturbi dell'area dissociativa, ritardo o alterazione globale dello sviluppo risalenti all'infanzia, disturbi somatomorfi (dermatologici, neurologici, etc).

Elaborazione dei dati

Oltre ad una statistica descrittiva, abbiamo proceduto, dove possibile, ad elaborazioni di statistica inferenziale. Dato il piccolo numero di soggetti, e l'anormalità della distribuzione, abbiamo utilizzato, per le elaborazioni statistiche, test non parametrici, il test di Wilcoxon, il test U di Mann Whitney e il coefficiente di correlazione per ranghi Rho di Spearman, a seconda dei casi.

Abbiamo scelto di rifiutare l'ipotesi nulla per $p \leq .05$ con controllo unidirezionale laddove erano presenti ipotesi specifiche, e con controllo bidirezionale negli altri casi. Nel presente scritto segnaliamo tuttavia anche le eventuali tendenze alla significatività indicate da $p < .10$.

Analisi dei Risultati

I dati qui di seguito riportati sono l'espressione della conversione dei punteggi grezzi del test somministrato (il TMA) in punteggi standard relativamente ai due gruppi campione (Gruppo A ¹² e Gruppo B).

Tale conversione è resa possibile sulla base della validazione e della standardizzazione del test effettuata da Bracken su un ampio e significativo campione di soggetti compresi tra i 9 e i 19 anni.

Abbiamo creduto opportuno considerare inizialmente in due tabelle distinte l'elaborazione dei dati statistici dei due campioni oggetti di studio, sovrapponibili, come si è detto, per età e patologia.

Nella tabella 2, invece, riporteremo le medie e la significatività delle differenze fra t0 e t1 dei due gruppi riuniti.

Prima di procedere all'elaborazione con il test di Wilcoxon sui due gruppi riuniti, abbiamo controllato che i gruppi stessi non differissero né prima né dopo il trattamento per il punteggio della Scala Totale, che è fra tutti «il più attendibile» ¹³. L'applicazione del test U di Mann Whitney ha fatto, infatti, registrare una notevole omogeneità nella distribuzione dei

¹² Per quanto riguarda i dati descrittivi del gruppo A (tabelle e grafici), si crf. Del Lungo et alii, 2003.

¹³ cfr. Bracken, 1992, trad. it. 1993, p.68

punteggi fra i due gruppi sia prima ($U=34,5$, Z corr.= $-.145$, $p= .8886$ con controllo bidirezionale) che dopo il trattamento ($U=31$, Z corr.= $-.481$, $p= .6212$ con controllo bidirezionale).

Sembra utile sottolineare come, già ad un primo sguardo, appaia evidente in questo primo gruppo un aumento dei punteggi standard relativi all'Autostima "globale" in maniera netta in sei soggetti su otto; mentre in due soggetti si nota un relativo calo dell'Autostima "globale" al re-test al tempo t1. Esiste, dunque, una certa variabilità sia negli incrementi che nelle diminuzioni.

Sul piano descrittivo, il soggetto che maggiormente ha incrementato la sua Autostima globale (peraltro già alta e maggiore di tutti gli altri del gruppo) è Daniela. L'incremento del punteggio è di ben 22 punti. Seguono, con un cambiamento positivo interessante sul piano clinico, Arturo e Mara, entrambi caratterizzati da un punteggio di Autostima globale, alla seconda misurazione, maggiore di 10 punti rispetto alla prima. Il quarto cambiamento positivo concerne Matteo (aumenta l'Autostima globale di 5 punti). Trascurabili, ma ad ogni modo importanti perché in direzione positiva, i cambiamenti di Antonia e Ines, rispettivamente consistenti nell'incremento di 2 e 1 punto nel punteggio

di Autostima globale. Per quanto concerne gli unici due soggetti per cui il punteggio diminuisce dopo il trattamento non sono possibili particolari commenti, eccettuato il fatto che, in realtà, forse solo per uno dei due, cioè Marco, siamo di fronte ad una diminuzione dell'Autostima globale (che si abbassa di 10 punti). L'altro (Felice), di fatto, diminuendo solo di un punto, non è, ad una lettura "clinica" del punteggio, molto diverso da chi, come abbiamo visto nel caso di Ines, aumenta di un solo punto.

Per non sopravvalutare i risultati, è opportuno considerare che se classifichiamo i soggetti in base alle fasce di punteggi standard suggerite da Bracken¹⁴, da un punto di vista qualitativo, solo due soggetti presentano una variazione significativa: Daniela e Arturo, che passano rispettivamente da "Autostima lievemente positiva" a "Autostima estremamente positiva" e da "Autostima lievemente negativa" a "Autostima nella media". Marco, invece, peggiora la sua "Autostima lievemente negativa" in "Autostima molto negativa".¹⁵

¹⁴ Op. cit., p.60

¹⁵ Per le classificazioni dell'Autostima corrispondenti alle fasce di punteggi standard si cfr.Braken, 2002.

Dati descrittivi del Gruppo B

Come fatto in precedenza per il Gruppo A, riportiamo una Tabella riassuntiva che mostra il prospetto dei punteggi ottenuti dai soggetti del Gruppo B.

[(Tabella n. 1) Prospetto riassuntivo dei punteggi standard (Campione gruppo B) nel decorso psicoterapeutico che comprende un arco di tempo di circa 8 mesi.]

In questo secondo gruppo notiamo un aumento dei punteggi standard relativi all'Autostima "globale" in cinque soggetti su nove. In due soggetti l'Autostima "globale" è rimasta invariata, mentre in altri due soggetti si è assistito ad un calo dell'Autostima al re-test. Applicando anche in questo gruppo il criterio di classificazione dell'Autostima corrispondenti a fasce di punteggi standard, notiamo che i cambiamenti in meglio nella classificazione riguardano tre soggetti: Caterina, che passa da "Autostima molto negativa" a "Autostima lievemente negativa", Serena che passa da "Autostima lievemente negativa" a "Autostima nella media" e Federica che passa da "Autostima estremamente negativa" a "Autostima molto negativa".

Il soggetto con il maggior cambiamento positivo è Serena (incremento di 24 punti), seguita da Federica con 12 punti. Tre soggetti (Alessandro, Davide e Caterina) hanno un incremento modico ma interessante, che oscilla fra i 4 e gli 8 punti. I due soggetti la cui Autostima globale risulta diminuita alla seconda rilevazione (Vincenzo e Silvia) presentano un uguale decremento di 7 punti. Diverso e interessante dal punto di vista clinico è osservare l'andamento dei punteggi alle singole scale, ma riprenderemo questo discorso più avanti.

Sembra importante qui accennare che il punto di forza relativamente più frequente, sia prima che dopo il trattamento, è risultato essere l'Autostima Familiare. Il punto di debolezza relativamente più frequente prima della terapia di gruppo è l'Autostima Scolastica seguita da quella Corporea; dopo il percorso terapeutico troviamo, accanto a quella Scolastica e Corporea, anche l'Autostima Interpersonale. La maggior parte dei soggetti non ha fatto riscontrare né prima né dopo, particolari punti di forza o di debolezza.

Verifica dell'Ipotesi principale

La tabella che segue (tab.2) mostra le medie e la significatività delle differenze nei punteggi del TMA fra le due prove (Media al t0; Media al t1) nel campione totale (A + B).

[Tab 2: Medie e significatività delle differenze nei punteggi TMA prima (t0) e dopo (t1) il trattamento di psicoterapia di gruppo (N=17)]

Per verificare l'ipotesi di un incremento dell'Autostima, verosimilmente attribuibile al trattamento di psicoterapia di gruppo, è stato applicato il Test di Wilcoxon, un test non parametrico¹⁶ che individua le differenze nelle distribuzioni di due variabili non indipendenti, che si presentano con una distribuzione di frequenza non normale.

Come si può vedere, quattro valori (TMA tot., Interpersonale, Competenza, Emzionale) raggiungono il livello di significatività ($p < 0.05$), e un valore, quello della scala di Autostima familiare, presenta un punteggio più elevato in misura tendenzialmente significativa dopo il trattamento di

¹⁶ Le medie sono riportate in tabella a titolo indicativo, per permettere la lettura dei risultati.

gruppo rispetto a prima del trattamento. Da notare, in ogni modo, sul piano descrittivo, come aumenti sia pure minimi caratterizzino anche le altre scale.

Il grafico 1, che segue, permette di visualizzare facilmente i dati finora esposti e commentati.

[Grafico 1: Punteggi riportati dall'intero campione nelle due somministrazioni del TMA]

Abbiamo, a questo punto, voluto controllare all'interno di ogni gruppo quali fossero le scale in cui si riscontrava una differenza significativa.

Le tabelle che seguono (tab.n. 3 e tab. n. 4) illustrano l'elaborazione statistica dei dati eseguita con il test di Wilcoxon per rilevare le differenze nelle distribuzioni dei punteggi delle scale del TMA fra le due prove (Media al t0; Media al t1) nel Campione A e nel Campione B separatamente considerati.

[(Tab 3) Medie e significatività delle differenze nei punteggi delle scale del TMA prima (t0) e dopo (t1) il trattamento di psicoterapia di gruppo. (Gruppo A, N=8)]

[(Tab. 4) Medie e significatività delle differenze nei punteggi delle scale del TMA prima (t0) e dopo (t1) il trattamento di psicoterapia di gruppo. (Gruppo B, N=9)]

Come si può vedere dalla tabella relativa al gruppo A (tab. 3), compaiono solo due tendenze alla significatività nella scala Emozionale e Scolastica. Sul piano descrittivo, invece, notiamo un aumento dell'Autostima al t1 che riguarda tutte le subscale del test.

Per quanto riguarda la seconda tabella, relativa al gruppo B (tab. 4), possiamo notare una significatività piuttosto elevata ($p=.009$) nella Competenza e due tendenze alla significatività per le subscale Interpersonale ($p=.076$) e Emozionale ($p=.095$).

Anche per il gruppo B possiamo “leggere”, infine, sul piano descrittivo, più o meno piccoli aumenti dell'Autostima in tutte le altre scale considerate.

I grafici che seguono (Grafico 2, Grafico 3) permettono di visualizzare meglio quanto sopra detto.

[Grafico 2: Punteggi medi riportati nelle due somministrazioni del TMA (Gruppo A)]

[Grafico 3: Punteggi medi riportati nelle due somministrazioni del TMA (Gruppo B)]

Verifica dell'ipotesi di correlazione fra regolarità nella frequenza al gruppo e Autostima

Avevamo ipotizzato che esistesse una correlazione positiva fra l'assiduità della frequenza al gruppo e l'aumento dell'Autostima. Per verificare tale ipotesi abbiamo proceduto come di seguito descritto: separatamente per ogni gruppo,¹⁷ abbiamo fatto una graduatoria delle

¹⁷ In questo caso non abbiamo ritenuto opportuno effettuare l'elaborazione sui due gruppi riuniti, perché la distribuzione delle presenze era alquanto diversa. Ad esempio, nel gruppo A, su otto membri, due non hanno fatto nessuna assenza, tre ne hanno fatte solo quattro su venticinque sedute e il membro con meno presenze ha

presenze di ciascun membro. Abbiamo quindi assegnato ai soggetti un punteggio corrispondente al posto occupato in tale graduatoria, ed abbiamo correlato tale punteggio di “assiduità” con i punteggi di differenza fra le due prove, ottenuti per ciascuna scala del TMA dagli stessi soggetti.¹⁸ La Tab. n. 5, che segue, mostra i risultati ottenuti.

[Tab. n.5 Correlazione fra assiduità nella partecipazione e differenza fra i punteggi delle due somministrazioni nei due gruppi separatamente considerati]

partecipato a 13 incontri; nel gruppo B invece, su nove membri, solo una ragazza è stata sempre presente, il membro più assiduo subito dopo di lei ha fatto cinque assenze e la persona meno assidua ha partecipato solo a dieci sedute su un totale di venticinque.

¹⁸ Il test statistico utilizzato è stato il coefficiente di correlazione per ranghi Rho di Spearman con controllo unidirezionale perché abbiamo ipotizzato una correlazione positiva fra assiduità e aumento dell’Autostima.

Come si può notare dalla tabella n.5, nel gruppo A l'ipotesi da noi avanzata non risulta confermata dal calcolo del coefficiente di correlazione di Spearman. L'unico risultato tendenzialmente significativo, per cui appare peraltro molto verosimile ipotizzare la casualità, riguarda la scala Interpersonale, ma in direzione opposta all'ipotesi (cfr. il segno negativo del Rho reperito e dello Z corrispondente). Ad un maggior numero di assenze corrisponderebbe addirittura un tendenziale incremento dei punteggi alla scala Interpersonale.

Nel gruppo B, invece, notiamo un risultato statisticamente significativo per il cambiamento relativo all'Autostima Interpersonale ($p=.0.418$) e due tendenze alla significatività per ciò che concerne la subscale Scolastica ($p=.0721$) e quella Totale ($p=.0968$).

Nel gruppo B l'ipotesi risulta pertanto parzialmente confermata. Al crescere della regolarità nella frequenza aumenta significativamente il punteggio di Autostima Interpersonale dopo il trattamento rispetto a quello rilevato all'inizio. Come dire che meno assenze si fanno alle sedute di psicoterapia di gruppo e più è probabile una interazione sociale percepita come più soddisfacente, nonché, in misura minore, anche un

vissuto di maggiore adeguatezza nel contesto scolastico e di Autostima globalmente migliore.

Che la regolarità nella frequenza sia importante è perfino lapalissiano. Per poter beneficiare del trattamento di psicoterapia di gruppo è necessario disertare le sedute di gruppo il meno possibile, giacché difficilmente la psicoterapia di gruppo, come qualunque trattamento, può essere efficace con chi è assente. In realtà, in ogni caso,¹⁹ la regolarità nella frequenza è un indice di coesione, vale a dire di attrattiva che il gruppo esercita sui suoi componenti. La coesione, a sua volta, essendo l'equivalente nel gruppo del rapporto nella terapia individuale, è al tempo stesso causa ed effetto del vissuto di accettazione fra i membri.

Il fatto che un adolescente frequenti le sedute di psicoterapia di gruppo con regolarità è quindi un segno tangibile di quanto tenga al gruppo stesso e si senta un membro valido ed efficiente di quell'insieme relazionale. L'accettazione sperimentata nel gruppo è la base per un maggior senso di sicurezza in se stessi e quindi di Autostima.

Differenze fra i sessi

¹⁹ Si veda in proposito, e per tutti, Yalom 1995

Come abbiamo detto in precedenza, pur non avendo formulato ipotesi specifiche in proposito, ci ha interessato verificare se e in che misura possa esservi un'influenza del genere sul cambiamento. Anche in questo caso abbiamo considerato l'indice costituito, per ciascuna scala, dalle differenze fra i punteggi delle due prove ($t_1 - t_0$: quindi il segno positivo indicherà un aumento alla seconda somministrazione rispetto alla prima, il segno negativo il contrario).

Le tabelle che seguono mostrano le medie e la significatività per i due gruppi riuniti (tab.6) e per il gruppo A (tab. 7) e B (tab. 8) separatamente considerati. Per i confronti abbiamo utilizzato il test U di Mann Whitney scegliendo di rifiutare l'ipotesi nulla per $p \leq .05$ con controllo bidirezionale, non essendo predetta la direzione dell'eventuale differenza.

[Tab. 6. Medie e significatività delle differenze fra i sessi nello scarto fra le due prove (gruppi riuniti)]

[Tab. 7. Medie e significatività delle differenze fra i sessi nello scarto fra le due prove (gruppo A)]

[Tab. 8. Medie e significatività delle differenze fra i sessi nello scarto fra le due prove (gruppo B)]

Come si può notare nessuna delle elaborazioni ha fatto rilevare differenze significative fra i sessi. E' interessante tuttavia constatare sul piano descrittivo come siano comunque sempre le femmine a riportare in media un incremento maggiore dei maschi. Questi ultimi, peraltro meno numerosi, hanno incrementi minori o addirittura decrementi nel punteggio di Autostima in alcune scale. Ad esempio, è possibile notare un decremento minimo ma pur sempre un decremento nelle scale di Competenza e Corporea se consideriamo i gruppi riuniti; un decremento più sensibile nelle stesse scale se consideriamo solo il gruppo A e un decremento abbastanza rilevante (-7) nella scala Scolastica se consideriamo solo il gruppo B.

Data l'esiguità del campione, possiamo solo limitarci a prendere atto della non generalizzabilità dell'andamento, ad ogni modo presente, nei nostri gruppi e rimandiamo al prosieguo della ricerca tuttora in corso d'indagine sul confronto fra i sessi. E' probabile che estendendo il

numero delle osservazioni, uno o più dei confronti fra i sottogruppi discriminati in base al sesso raggiunga la soglia di significatività statistica.

I grafici n.4, n.5 e n.6 mostrano chiaramente quanto già esposto circa la relativa maggiore responsività al cambiamento riscontrata nelle femmine.

[Grafico 4: Differenze medie fra le due somministrazioni nei due sessi (gruppi riuniti)]

[Grafico 5: Differenze medie fra le due somministrazioni nei due sessi (gruppo A)]

[Grafico 6: Differenze medie fra le due somministrazioni nei due sessi (gruppo B)]

Considerazioni di teoria della tecnica

Fin qui l'analisi dei dati relativa allo scopo generale della ricerca e agli obiettivi specifici che ci eravamo prefissi.

Sembra comunque a questo punto opportuno sottolineare alcuni elementi di teoria della tecnica che hanno accompagnato il lavoro psicoterapico svolto in questi anni.

Per un adolescente il lavoro di crescere richiede un nutrimento, attento ed amoroso, che in genere l'ambiente di sviluppo mediamente fornisce, salvo casi estremi; ma esso richiede anche che lo stesso ambiente di crescita manifesti una capacità di feedback. Tale feedback, possibilmente positivo e solo motivatamente negativo, è l'input decisivo che l'adolescente attende per dare espressione al proprio potenziale di crescita e di sviluppo.

Ogni individuo, infatti, porta in sé un progetto biologico e psichico lungo i cui vettori “naturalmente”, per spinta epigenetica, egli tende a svilupparsi, anche se, particolarmente in adolescenza, con ritmi discontinui, fatti di regressioni e salti maturativi.

Anche quando si è già espressa una risposta patologica, non diversamente, si dovrebbe tendere, soprattutto in sede psicoterapeutica, a far riprendere il percorso là dove si è maggiormente ingorgato e, a questo scopo, dar modo al ragazzo di fare esperienze di sé; procurare e rimandare, appunto svolgendo funzioni di feedback, esperienze emozionalmente registrabili, aiutare il ragazzo a mentalizzare il proprio vissuto, a raccontarsi e ad ascoltare le altrui narrazioni su di sé.

Il quadro concettuale che ispira, dunque, il lavoro psicoterapeutico del Servizio Adolescenti qui esposto, è centrato sul potenziamento del rapporto nucleare e fondamentale del giovane paziente con l'oggetto Sé, quale oggetto privilegiato d'investimento narcisistico ed oggettuale. Oggetto Sé, per la costruzione del quale, è tappa fondamentale l'integrazione delle nuove afferenze sensoriali e pulsionali del nuovo corpo in crescita (Del Lungo, 2003).

E' altrettanto importante aiutare il ragazzo ad ascoltare, a guardare e a farsi intendere dagli altri. Ad utilizzare, vale a dire, il proprio sensorio consapevolmente, attivamente ed efficacemente per comunicare e scambiare emozioni, pensieri, sentimenti con gli altri. La competenza interpersonale permette, infatti, che nuove esperienze positive compensino eventualmente quelle negative e nuovi legami si aggiungano ai vecchi o li vadano a riparare.

Come si è già sottolineato, e in accordo con Yalom (1995) che parla di "spirale adattiva", riteniamo che l'intervento psicoterapeutico non debba mirare ad una ricostruzione dell'intera personalità, ma, tanto più in adolescenza, semplicemente a far riprendere all'energia il suo cammino evolutivo. Cammino che è spesso spiraleforme perchè su ogni esperienza

esso fonda la base per successivi apprendimenti sempre più significativi e si riverbera da un ambito di vita ad uno limitrofo in virtù di un effetto virtuoso di maggior benessere del sistema.

In questa cornice si ritiene che possa intendersi il lavoro di psicoterapia che, nei setting individuali e di gruppo, si svolge con gli adolescenti, come un lavoro al confine tra psicodinamica e pedagogia, un prendere per mano il fanciullo ed accompagnarlo il più vicino possibile a quella linea dove l'immagine che egli nutre di Sé si avvicina e coincide con quella che egli ha di sé rimandatagli dagli altri (Yalom, 1995), aiutandolo anche a capire che gli altri pure si aspettano da lui che egli li rifletta "come in uno specchio".

Considerazioni conclusive

Giunti al termine del nostro lavoro è opportuno sintetizzare i risultati al fine di avere un quadro complessivo della ricerca stessa.

Rispetto alle ipotesi formulate, l'elaborazione dei dati raccolti ci consente di ritenere parzialmente verificata l'ipotesi principale. L'aumento dell'Autostima c'è stato, ma in misura inferiore al previsto, e non ha riguardato tutte le scale.

Possiamo anche considerare verificata, ma limitatamente al gruppo B, l'ipotesi della correlazione fra assiduità nella partecipazione alle sedute di psicoterapia di gruppo e incremento dell'Autostima. Come abbiamo avuto modo di commentare nel corso della trattazione, questo risultato conferma la cruciale importanza dell'accettazione proveniente dal gruppo dei pari in adolescenza. La regolarità nella frequenza è infatti un indice obiettivo di coesione e quindi di senso di appartenenza e vissuto di integrazione nell'ambito del gruppo stesso.

Rispetto all'obiettivo di verificare l'esistenza o meno di differenze fra i sessi, i dati raccolti ed elaborati non consentono di rispondere in senso affermativo, anche se, come abbiamo visto nel corso della trattazione, le differenze di Autostima, verosimilmente attribuibili al trattamento di psicoterapia di gruppo, sono interessanti sul piano descrittivo e decisamente univoche nel mostrare un incremento di Autostima maggiore nelle femmine in tutte le scale.

Fermo restando che l'incremento globale dell'Autostima va perseguito come obiettivo del trattamento, è possibile una ridefinizione in positivo di abbassamenti del punteggio in alcune scale (ad es. quella Familiare) laddove il punteggio prima del trattamento era irrealistico e

difensivo. Punteggi più bassi in t1 possono essere, infatti, sul piano clinico, il segno di una diminuita idealizzazione e di un esame di realtà più accurato dovuto proprio alle opportunità di verifica intrapersonale e interpersonale offerte dal contesto grupppale di trattamento.

Essendo la ricerca ancora in corso appare auspicabile sia un aumento del numero delle osservazioni (un limite innegabile del presente lavoro è rappresentato dall'esiguità del campione), sia un follow up che consenta di verificare se e in che misura l'incremento dell'Autostima rimanga stabile o, addirittura, tenda ad aumentare maggiormente dopo il trattamento, secondo il fenomeno di "spirale adattiva", efficacemente descritto da Yalom quando illustra il concetto di gruppo come "microcosmo sociale" (Yalom 1995).

Lo strumento utilizzato, il TMA di Bracken, si è rivelato sensibile nel cogliere variazioni nell'Autostima prima e dopo il trattamento. Appare tuttavia importante, per una migliore comprensione dei meccanismi implicati nelle vicissitudini dell'Autostima nell'adolescenza, poter disporre di maggiori informazioni relative proprio al processo di gruppo, ad esempio utilizzando un metodo di osservazione sistematica degli interventi dei partecipanti oppure scale di valutazione compilate

dagli osservatori e dal conduttore che consentano di misurare i vari aspetti della partecipazione.

La correlazione fra variabili misurate durante il trattamento e i punteggi di Autostima dei soggetti può infatti fornire utili spunti per la conoscenza dei fattori terapeutici più efficaci nella terapia di gruppo a breve termine con gli adolescenti.

Bibliografia

BRACKEN B. A. (1992), MSCS-Multidimensional Self-Concept Scale, trad. it. (1993) TMA – Test di valutazione dell'Autostima, Centro Studi Erickson Editore, Milano.

DEL LUNGO A., CRICENTI O., BARTOLOZZI F., FOTI M.G. (2003), Valutazione dell'Autostima in giovani adolescenti in trattamento di psicoterapia di gruppo, in «Ricerca in Psicoterapia», 6 (1-2), pp.51-65.

YALOM I. D. (1995), Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo, Boringhieri, Torino, trad. it. 1997.

ZAVATTINI G.C., DI IULLO M.G., DONAGGIO V., RAPONI S. (1999), Relazioni familiari rappresentate: Autostima e Funzione riflessiva del Sé in un gruppo di ragazze adolescenti, Poster presentato al Congresso Nazionale AIPA.

Tabella n.1: Prospetto riassuntivo dei punteggi standard (campione gruppo B) nel decorso psicoterapeutico che comprende un arco di tempo di circa otto mesi

Nome	Tempo	Inter	Comp	Emoz	Scol	Fam	Corp	T.Grez.	Media	P.Stand
Caterina	0	78	74	78	81	82	87	360	60	75
	1	84	81	81	82	84	86	378	63	79
Fulvia	0	71	75	78	74	95	75	351	59	73
	1	72	75	72	80	97	74	352	59	73
Davide	0	91	90	81	76	102	84	404	67	86
	1	90	94	92	81	103	93	427	72	92
Vincen.	0	97	99	111	107	99	109	477	80	105
	1	102	99	104	88	96	100	449	75	98
Serena	0	88	84	80	75	89	80	377	63	79
	1	106	105	98	104	104	94	467	78	103
Alessan.	0	91	84	92	93	92	93	421	70	91
	1	117	93	106	86	96	93	452	75	99
Federica	0	68	58	70	78	82	59	295	49	62
	1	90	81	76	86	82	63	356	59	74
Elisab.	0	102	97	96	83	101	98	444	74	97
	1	99	99	93	84	108	95	446	74	97
Silvia	0	90	92	88	104	105	94	441	74	96
	1	78	96	94	91	92	95	416	69	89

Tab 2: Medie e significatività delle differenze nei punteggi TMA prima (t0) e dopo (t1) il trattamento di psicoterapia di gruppo (N=17).

Punteggio	Media al T0	Media al T1	p*
Interpersonale	86,94	92,53	,041
Competenza	86,71	91,59	,032
Emozionale	87,71	92,94	,039
Scolastica	88,18	91,59	n.s.
Familiare	92,06	95,53	[,073]
Corporea	89,41	91,29	n.s.
Totale	86,12	90.76	,032

* con controllo unidirezionale

Tab 3: Medie e significatività delle differenze nei punteggi delle scale del TMA prima (t0) e dopo (t1) il trattamento di psicoterapia di gruppo (Gruppo A, N = 8).

Punteggio Standard	Media al T0	Media al T1	P*
Interpersonale	87,75	91,88	n.s.
Competenza	90,13	91,75	n.s.
Emozionale	89,63	95,63	[,091]
Scolastica	91,00	96,88	[,091]
Familiare	89,75	95,25	n.s.
Corporea	92,63	94,88	n.s.
Totale	87,50	92,38	n.s.

* con controllo unidirezionale.

Tab. 4: Medie e significatività delle differenze nei punteggi delle scale del TMA prima (t0) e dopo (t1) il trattamento di psicoterapia di gruppo (Gruppo B, N=9).

Punteggio	Media al T0	Media al T1	P*
Interpersonale	86,22	93,11	[,076]
Competenza	83,67	91,44	,009
Emozionale	86,00	90,56	[,095]
Scolastica	85,67	86,89	n.s.
Familiare	94,11	95,78	n.s.
Corporea	86,56	88,11	n.s.
Totale	84,89	89,33	n.s.

Tab. n. 5 Correlazione fra assiduità nella partecipazione e differenza fra i punteggi delle due somministrazioni nei due gruppi separatamente considerati

Scale TMA Assiduità nella frequenza	GR. A (n= 8)	GR. B (n=9)
TMA Totale	n.s.	Rho corr = .46 Z corr = 1.301 (p=.0968)*
TMA Interpersonale.	Rho corr = -.522 Z corr = -1,381 (p=.0838)*	Rho corr. = .611 Z corr. = 1.728 (p=.0418)*
TMA Comp.etenzia	n.s.	n.s.
TMA Emozionale	n.s.	n.s.
TMA Scol.astico	n.s.	Rho corr. = .517 Z corr. = 1.426 (p= .0721)*
TMA Familiare	n.s.	n.s.
TMA Corporeo	n.s.	n.s.

* controllo unidirezionale

Tab. 6. Medie e significatività delle differenze fra i sessi nello scarto fra le due prove (gruppi riuniti)

Scale del TMA	—	—	p (*)
	X F (N = 10)	X M (N = 7)	
Diff TMA Tot	6,80	1,57	n.s.
Diff TMA Interpersonale	6,30	4,57	n.s.
Diff. TMA Competenza	8,40	-,14	n.s.
Diff. TMA Emozionale	7,00	2,43	n.s.
Diff. TMA Scolastica	5,40	,57	n.s.
Diff TMA Familiare	4,50	2,00	n.s.
Diff. TMA Corporea	3,70	-,71	n.s.

(*) con controllo bidirezionale

Tab. 7. Medie e significatività delle differenze fra i sessi nello scarto fra le due prove (gruppo A)

Scale del TMA	—	—	p (*)
	X F (N = 4)	X M (N = 4)	
Diff TMA Tot	8,75	1,00	n.s.
Diff. TMA Interpersonale	7,75	,50	n.s.
Diff. TMA Competenza	6,75	-3,50	n.s.
Diff. TMA Emozionale	11,50	0,00	n.s.
Diff. TMA Scolastica	5,50	6,25	n.s.
Diff. TMA Familiare	8,00	3,00	n.s.
Diff. TMA Corporea	5,75	-1,25	n.s.

(*) con controllo bidirezionale

Tab. 8. Medie e significatività delle differenze fra i sessi nello scarto fra le due prove (gruppo B)

Scale del TMA	—	—	p (*)
	X F (N = 6)	X M (N = 3)	
Diff. TMA Tot	5,50	2,33	n.s.
Diff. TMA Interpersonale	5,33	10,00	n.s.
Diff. TMA Competenza	9,50	4,33	n.s.
Diff. TMA Emozionale	4,00	5,67	n.s.
Diff. TMA Scolastica	5,33	-7,00	n.s.
Diff. TMA Familiare	2,17	,67	n.s.
Diff. TMA Corporea	2,33	0,00	n.s.

(*) con controllo bidirezionale

Grafico 1:
Punteggi medi riportati dall'intero campione nelle due somministrazioni del TMA

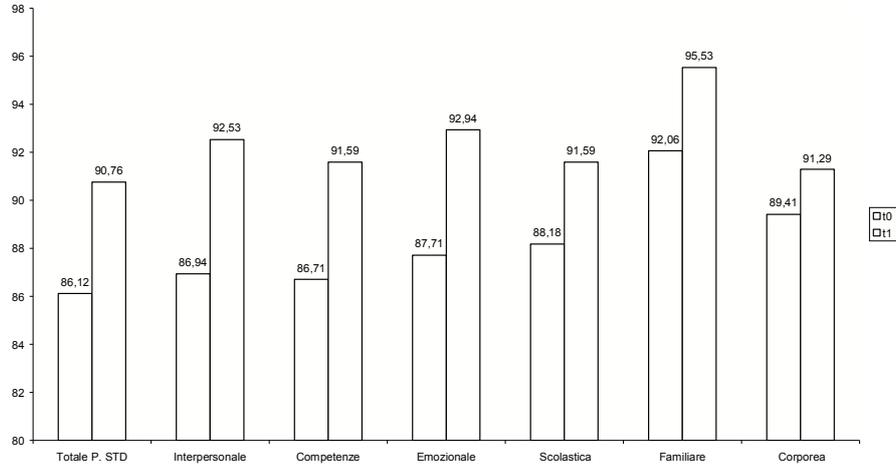


Grafico 2:
Punteggi medi riportati nelle due somministrazioni del TMA (Gruppo A)

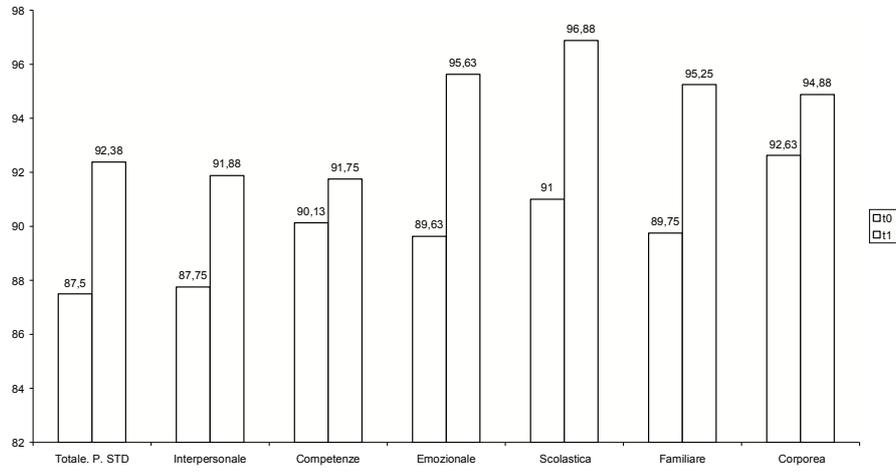


Grafico 3:
Punteggi medi riportati nelle due somministrazioni del TMA (Gruppo B)

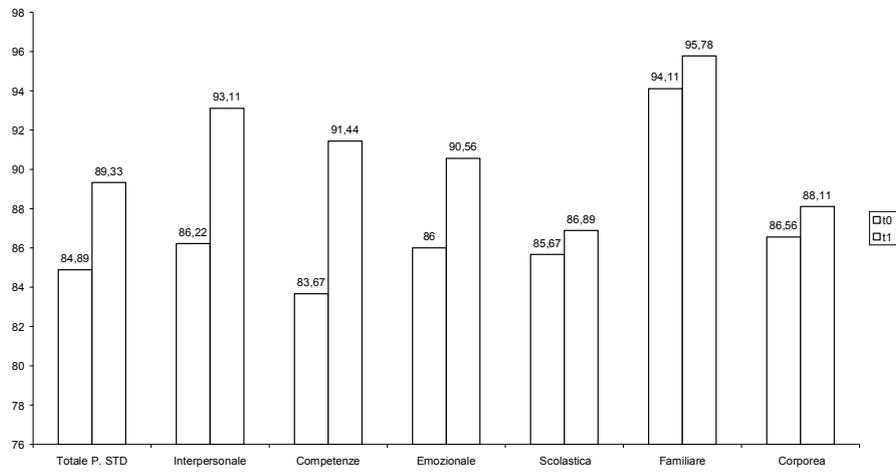


Grafico 4:
Differenze medie fra le due somministrazioni nei due sessi (gruppi riuniti)

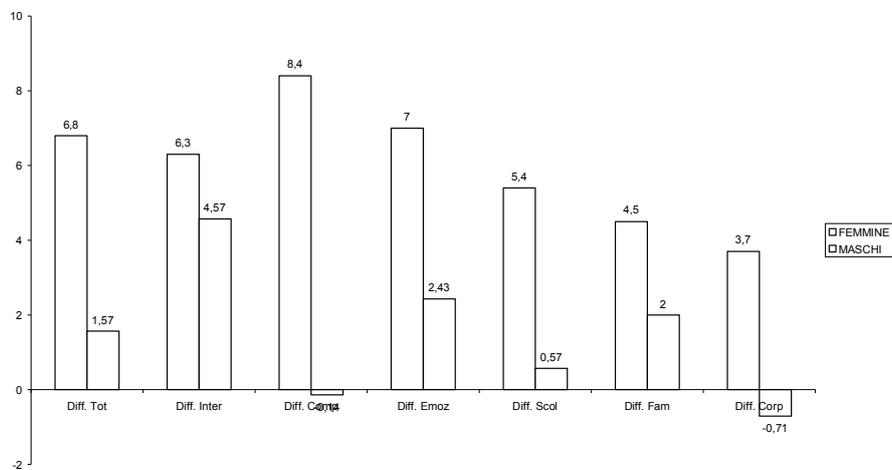


Grafico 5:
Differenze medie fra le due somministrazioni nei due sessi (gruppo A)

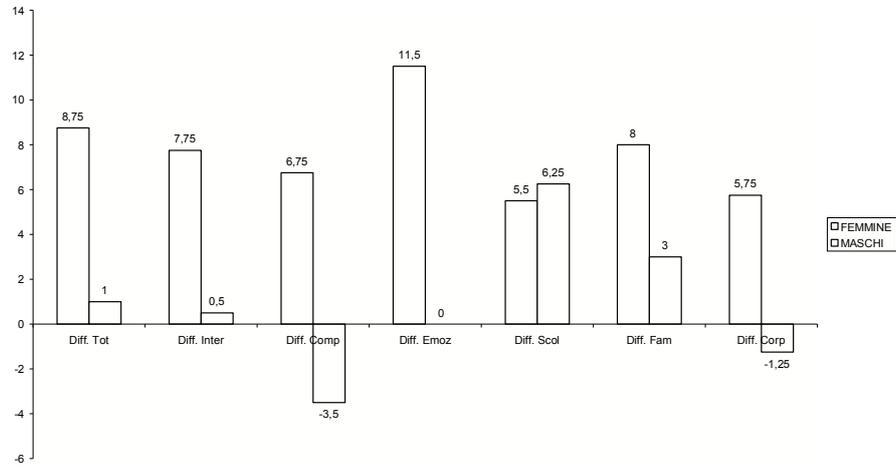
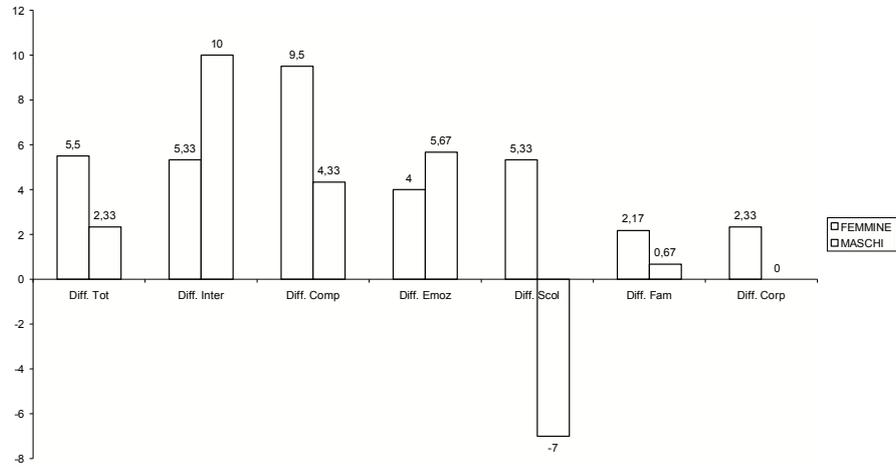


Grafico 6:
Differenze medie fra le due somministrazioni nei due sessi (gruppo B)



Volume di Giusti-Minnone

“L’interpretazione dei significati nelle varie fasi evolutive dei trattamenti psicoterapeutici”

Prefazione

Il concetto di interpretazione ha un ruolo centrale nella fondazione della talking cure di freudiana memoria, da cui derivano oggi, per diramazioni che seguono diversi e spesso contrapposti orientamenti teorici e tecnici, le molteplici forme di psicoterapia, non tutte scientificamente fondate.

Come specificavano Laplanche e Pontalis (1967) nella famosa Enciclopedia della psicoanalisi, il termine "interpretazione" ha una duplice accezione nella psicoanalisi classica: un'accezione metodologica, poiché si riferisce alla necessità dell'indagine analitica per esplicitare il "senso latente nei discorsi e nelle condotte di un soggetto"; e un'accezione più squisitamente tecnica, in quanto indica anche la "comunicazione fatta al soggetto e tendente a farlo accedere a questo senso latente, secondo regole imposte dalla direzione e dall'evoluzione della cura" (op. cit., pp. 238-9).

Per quanto riguarda l'accezione metodologica, molto inchiestro è stato versato nel corso del '900 per discutere circa la plausibilità di un metodo conoscitivo che fondava la propria validità esclusivamente sugli effetti pratici (dunque curativi) delle ipotesi costruite con la sua applicazione. In anni recenti, Macmillan (1997) confuta in maniera approfondita e definitiva l'identificazione del metodo terapeutico con il metodo di osservazione e raccolta dei dati clinici sui quali costruire le ipotesi teoriche della psicopatologia, dello sviluppo e del funzionamento generale della mente. Ricordiamo a questo proposito anche gli acuti interrogativi posti da Ricoeur, il filosofo francese che molto studio ha dedicato all'opera freudiana, nel suo *De l'interprétation* (sottotitolo: *Essai sur Freud*). Fra l'altro, il filosofo si chiedeva: "l'interpretazione freudiana della cultura esclude tutte le altre? Se non è così, in base a quale regola di pensiero essa può essere coordinata con altre interpretazioni, evitando che l'intelligenza sia condannata a ripudiare il fanatismo solo per cadere nell'eclettismo?" (Ricoeur, 1965, p. 8). Anche se fedele all'ermeneutica del testo freudiano, Ricoeur proponeva una lettura più complessa del concetto per rispondere, almeno in parte, a questo quesito: il simbolo, cioè l'immagine fantastica che si rintraccia nei sogni o nei sintomi dei pazienti, ha una valenza esplicativa (e ricostruttiva) rispetto alla vita passata di chi la produce, ma ha anche una funzione creatrice di nuovi significati (ivi, p. 496 sgg.).

Per quanto riguarda l'accezione tecnica, invece, un'ampia disputa ha riguardato, nella storia della psicoanalisi, la relazione fra "spiegazione" e "comprensione" o, in termini più moderni, la relazione fra interpretazione ed empatia. Dalla proposta di Hartmann (1951), che sosteneva, accanto alla funzione esplicativa o "disvelante", la funzione di comunicazione sociale dell'interpretazione, all'affermazione di Rapaport (1954), che suggeriva la metafora del cambiamento come lo spostamento (graduale e faticoso!) di un enorme sasso che ostruisce la corrente di un corso d'acqua e che deve cominciare a rotolare, finché non si sistemi in un luogo dove non possa più disturbare il naturale sviluppo della "funzione sintetica dell'Io": a questo scopo, il lavoro dell'interpretazione deve essere affiancato ad un lavoro rivolto a "creare una relazione che sia in grado di liberare sufficienti energie con cui le forze sintetiche possano cominciare a funzionare" (op. cit., p. 590). Più recentemente si arriva alle teorizzazioni di Kohut (1984), che sottolinea l'empatia come un pre-requisito di qualsiasi forma interpretativa, e di Gill (1994), che ribadisce l'opportunità di considerare l'interpretazione lo strumento tecnico principale della cura "espressiva" insita in ogni terapia ad orientamento psicoanalitico, ma dichiara altresì la relazione (in quanto favorente un'esperienza emozionale "correttiva") un fattore terapeutico di pari dignità, connesso alla ineliminabile componente "supportiva" della stessa tecnica. Infine, si giunge alla ferma cautela di Gedo (1999), che ricorda, in base a dati empirici oltre che

all'esperienza clinica, come la tecnica interpretativa possa essere gravemente iatrogena con pazienti difficili e "non analizzabili" (op. cit., cap. 3).

In questo libro, gli autori tentano di tracciare, con il supporto di un'ampia e aggiornata bibliografia, un quadro generale ed esaustivo dell'uso dell'interpretazione nei diversi modelli teorici e tecnici della psicoterapia contemporanea. Non sempre appaiono chiari i nessi storici e le discendenze culturali delle diverse teorie e delle molteplici prassi cliniche cui si fa riferimento, ma l'ambizione di una ricostruzione storica non è alla base di questo testo. L'intento degli autori è piuttosto quello di perseguire un obiettivo formativo, rivolgendosi ai problemi che psicologi e psicoterapeuti incontrano quotidianamente nella prassi clinica: alcuni, come quello del confronto fra i diversi modelli psicoterapeutici nell'uso dell'interpretazione, sono trattati più velocemente; altri, come il tema della psicoterapia dinamica breve e quello delle implicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento, sono maggiormente approfonditi.

Complessivamente, il libro si presenta come uno strumento utile ad aggiornare i professionisti che operano nel settore sugli sviluppi più recenti delle tecniche interpretative, indicando anche - e questo è il suo pregio maggiore - le fonti empiriche che hanno permesso di rinnovare l'approccio alla riflessione clinica sulle strategie di intervento terapeutico, quali soprattutto la ricerca sull'attaccamento e gli studi sull'efficacia delle psicoterapie.

ALESSANDRA DE CORO
Professore ordinario di Psicologia dinamica
presso la Facoltà di Psicologia
dell'Università di Roma La Sapienza

Riferimenti bibliografici

- Gedo J. (1999), *The Evolution of Psychoanalysis. Contemporary Theory and Practice*, Other Press, New York.
- Gill M.M. (1994), *Psicoanalisi in transizione*, tr. it. R.Cortina, Milano 1996.
- Hartmann H. (1951), "Implicazioni tecniche della psicologia dell'Io", tr. it. In *Saggi sulla psicologia dell'Io*, Boringhieri, Torino 1976, pp. 158-170.
- Kohut H. (1984), *La cura psicoanalitica*, tr.it. Boringhieri, Torino 1986.
- Laplanche J., Pontalis J.-B. (1967), *Enciclopedia della psicoanalisi*, tr. it. Laterza, Bari 1968.
- Macmillan M. (1997), *Freud Evaluated: The Complete Arc*, MIT Press, Cambridge, Mass.
- Rapaport D. (1954), "Technical Implications of Ego Psychology", in *The Collected Papers*, Basic Books, New York 1967.
- Ricoeur P. (1965), *Della interpretazione. Saggio su Freud*, tr. it. Il Melangolo, Genova 1991.