

Editoriale

Psicoterapia e ricerca empirica: due termini inconciliabili o la proposta di un nuovo paradigma nella psicologia clinica?

di Nino Dazzi* e Alessandra De Coro*

Nei primi due numeri di questa rivista, diversi articoli hanno aperto un dibattito che ruotava più o meno intorno all'interrogativo: "quale ricerca per la psicologia clinica?" Questo numero, invece, con una scelta significativa, è interamente dedicato alla ricerca in psicoterapia, con l'intento di presentare lo stato dell'arte in alcuni settori di quest'area di ricerca, di proporre alcuni esempi di ricerche *in progress* e, soprattutto, di suscitare una riflessione sulle problematiche concettuali e metodologiche implicate dall'esigenza di "fare ricerca" su una prassi clinica qual è, per esempio, la psicoterapia.

In primo luogo, naturalmente, occorre precisare che il termine "psicoterapia" non è affatto univoco, dal momento che include tipologie di intervento abbastanza differenziate (cfr. Roth & Fonagy, 1996), ma tutte riconducibili ad una forma più generale di "contratto" fra uno o più "utenti" e uno o più "professionisti della salute psicologica", che convengono di lavorare insieme allo scopo di migliorare il benessere psicologico degli utenti secondo le regole tecniche che gli specialisti decidono di applicare.

In realtà, molti clinici preferiscono sottolineare che l'esercizio della psicoterapia implica una competenza di tipo "artigianale", piuttosto che rigorosamente "tecnica", e quasi tutti sono d'accordo circa la necessità di adattare, di volta in volta, i principi tecnici appresi alle caratteristiche specifiche del paziente, sia per quanto riguarda la sua forma di sofferenza (cioè la diagnosi psicopatologica: si veda, per esempio, Horwitz et al., 1996), sia per quanto riguarda le sue peculiari modalità di relazionarsi al mondo (cioè le sue caratteristiche di personalità, che determinano anche la modalità di costruire una alleanza terapeutica con uno specifico terapeuta: cfr. Safran & Muran, 2000), sia per quanto riguarda le condizioni che si costituiscono nello specifico contesto di quella relazione psicoterapeutica (cioè il setting, intendendo questo termine in un'accezione estesa, che include le condizioni formali del contratto, ma anche lo stato mentale del terapeuta e del paziente: cfr. Nissim Momigliano, 2001).

Ovviamente, i principi e le regole pratiche che costituiscono la teoria della tecnica dell'intervento psicoterapeutico sono ispirati da determinate ipotesi teoriche relative a ciò che è "sano" o che è "malato", o, in altri termini, a ciò che risulta, per una persona in uno specifico contesto, "disfunzionale" in quanto causa di sofferenza individuale e/o di disadattamento psico-sociale. Una tale definizione, alla lettera, sembrerebbe non appartenere alla psicologia clinica, se questa – come scrivevano Pazzagli e Benvenuti nel secondo numero di questa rivista – "ha come oggetto l'uomo in senso lato in cui non ricerca segni o sintomi di malattia; essa si indirizza piuttosto alla comprensione di alcuni aspetti della persona, della sua sofferenza, del suo disagio e anche dei suoi disturbi, indipendentemente dal fatto che la persona sia malata o meno, secondo uno studio approfondito dei casi individuali dei quali prende in esame aspetti e tratti della personalità, conflitti, angosce e difese" (Pazzagli & Benvenuti, 2006, p. 1).

* Professore ordinario di Psicologia Dinamica, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, "Sapienza" Università di Roma.

In realtà, nella psicologia del senso comune, cioè nel modo di pensare che ciascuna persona ha del proprio funzionamento mentale, affettivo e soprattutto dei propri comportamenti interpersonali, è inevitabile categorizzare l'esperienza come disfunzionale versus funzionale, traducendo l'antinomia in termini di malessere/benessere soggettivo; e, se la psicoterapia è una cura psicologica, cioè un intervento fondato sulle conoscenze psicologiche, è altrettanto inevitabile che la psicologia (e nella fattispecie la psicologia clinica) ne definisca gli obiettivi attraverso categorie che individuino che cosa, almeno soggettivamente, venga esperito come problematico e "disfunzionale". Inoltre, se la psicologia come disciplina "scientifica" vuole andare al di là della pura descrizione fenomenologica dei vissuti esperienziali, dovrà stabilire – anche in collegamento con la ricerca di base – quali ipotesi circa il disfunzionamento psicologico siano più esplicative ovvero più fondate di altre e quali permettano di costruire tecniche di intervento più efficaci; infine, se, la psicoterapia è intesa come un intervento professionale supportato da conoscenze scientifiche, dovrà essere possibile mettere a punto strumenti empiricamente fondati per valutarne l'efficacia, sia in assoluto, sia comparativamente rispetto alle sue diverse forme e scelte tecniche.

La ricerca in psicoterapia, che ormai conta più di mezzo secolo di storia, ha fra l'altro, a nostro avviso, prodotto un'accelerazione di un fenomeno storicamente interessante: sulla base dei dati di ricerca, negli ultimi 30-40 anni abbiamo assistito ad un processo di fecondazione reciproca fra i diversi modelli teorici fioriti nella psicologia dinamica e clinica durante il secolo scorso, così che oggi troviamo minori differenze, per esempio, fra la psicoterapia dinamica in senso stretto (cioè le terapie dell'area psicoanalitica), la psicoterapia cognitiva e la psicoterapia sistemico-relazionale, sia relativamente alle spiegazioni psicopatologiche che alle ipotesi sul cambiamento terapeutico e sui fattori che ne sono responsabili. Così, mentre gli obiettivi che si poneva la ricerca in psicoterapia, nella sua fase iniziale, erano identificati soprattutto con la validazione di specifiche tecniche per la cura di specifici disturbi (*What works for whom?* è ancora negli anni '90 il titolo dell'ampia rassegna di Roth e Fonagy, tradotta in italiano come *Psicoterapie e prove di efficacia*), i risultati ottenuti grazie ai progressi della ricerca in questo settore hanno contribuito ad orientare i clinici verso la scelta di modelli integrati di intervento e a spingere i ricercatori a focalizzare l'attenzione sui fattori comuni del cambiamento terapeutico.

Per esempio, nell'area della psicoterapia dinamica – che è il campo più specifico del nostro interesse – troviamo oggi dei concetti, comuni ai diversi orientamenti psicoanalitici in senso lato, che presentano anche evidenti collegamenti con gli altri modelli di intervento psicoterapeutico. In particolare, le formulazioni della psicopatologia evolutiva tendono a convergere su una concezione della mente come "relazionale", nel senso che la psicopatologia, così come il funzionamento normale, vengono spiegati come il risultato di una costruzione, a partire dalle esperienze affettive rilevanti vissute nelle relazioni dell'infanzia, di "modelli operativi" o schemi cognitivo-affettivo-comportamentali che agiscono a livello inconscio come programmi motivazionali, orientando i comportamenti della persona adulta secondo aspettative, motivazioni, reazioni comportamentali ecc., derivate appunto dalle relazioni interpersonali del passato. Tali modelli sono tuttavia continuamente soggetti a revisioni e riorganizzazioni nello sviluppo per tutto l'arco della vita, sulla base delle nuove esperienze di relazioni affettivamente significative: la relazione psicoterapeutica offre, secondo queste ipotesi, una nuova e peculiare occasione per modificare attivamente – grazie allo sforzo congiunto di paziente e terapeuta – i modelli acquisiti che risultano disfunzionali perché tendono ad applicare rigidamente regole di funzionamento insensibili alla

mutevolezza dei contesti interpersonali (cfr. Sandler & Sandler, 1998; Fonagy & Target, 2003).

Anche il concetto di cambiamento “strutturale”, definito tradizionalmente dalla psicoanalisi come acquisizione di capacità di integrazione e sintesi delle diverse istanze psichiche, è oggi tradotto in termini che ricalcano almeno in parte gli studi cognitivisti sullo sviluppo della “metacognizione”, connesso a sua volta alla formazione di una teoria della mente in età evolutiva. Si pensa, per esempio, che la psicoterapia dovrebbe facilitare e promuovere lo sviluppo della mentalizzazione – intesa come capacità di regolare gli affetti attraverso competenze cognitive di riflessione sugli stati mentali propri e altrui (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002). Oppure si mette in luce che mutamenti nel linguaggio utilizzato dal paziente per raccontare le sue storie e parlare delle sue emozioni siano un indicatore sensibile dello sviluppo di una funzione di connessione fra emozioni e pensiero, definita come “attività referenziale” e considerata un obiettivo rilevante del processo psicoterapeutico (Bucci, 1997, 2005).

Anche le ipotesi relative ai fattori responsabili del cambiamento, pur nella difficoltà di rispondere in modo empirico ad una domanda così complessa, vertono oggi sempre più sulle qualità della relazione terapeutica: più precisamente, la ricerca sui microprocessi che sembrano cooperare al raggiungimento di un esito soddisfacente rileva che la qualità e l'efficacia degli interventi – in qualsiasi forma tecnica siano espressi (per esempio come chiarificazioni, interpretazioni, comunicazioni di rispecchiamento, ecc.) – è da valutarsi sia in relazione alla capacità del terapeuta di cogliere il focus tematico e di approfondirne la discussione (Colli & Gazzillo, 2006), sia alla funzione di “riparazione” dell'alleanza terapeutica, continuamente negoziata fra paziente e terapeuta nel corso del processo (Safran & Muran, 2000). In un certo senso, gli studi che sottolineano l'importanza di un'attività di reciproca risoluzione delle continue rotture che avvengono nelle conversazioni terapeutiche rispetto ad una ideale sintonizzazione ottimale propongono implicitamente di considerare la vitale interconnessione fra quelli che da tempo la tecnica psicoanalitica aveva riconosciuto come fattori terapeutici fondamentali: l'ampliamento della consapevolezza e l'esperienza emozionale della relazione terapeutica. O meglio, dal punto di vista del paziente, l'esperienza di una relazione empatica non è sufficiente se tale empatia non è attivamente dimostrata dal terapeuta attraverso interventi specificamente rivolti al mantenimento e al ripristino della sintonizzazione mentale ed affettiva fra i due partecipanti.

Per introdurre questo numero sulla ricerca empirica in psicoterapia, vorremmo ora velocemente passare in rassegna alcune questioni metodologiche fondamentali. Più in generale, in psicologia, per ricerca empirica si intende lo studio sistematico di un fenomeno con una metodologia adeguatamente standardizzata; tale studio si propone di accrescere la conoscenza scientifica dei fenomeni osservati, attraverso l'individuazione di relazioni specifiche fra variabili dipendenti e variabili indipendenti che permettano di confermare o confutare empiricamente la validità dell'ipotesi di partenza. I metodologi distinguono tre diversi livelli di ricerca empirica, definiti rispettivamente come indagine descrittiva, correlazionale e sperimentale: l'indagine *descrittiva* ha l'obiettivo di offrire un quadro quanto più possibile accurato e completo di ciò che avviene nella situazione osservata; l'indagine *correlazionale* ha l'obiettivo di descrivere se e come ciò che viene osservato sia in relazione con altri fattori o dimensioni; l'indagine *sperimentale*, infine, ha l'obiettivo di proporre l'esistenza di relazioni causali fra i fenomeni osservati e, per conseguirlo, deve operare con una metodologia rigorosamente controllata che prevede la manipolazione della variabile indipendente (Ercolani et al., 1990).

È evidente che l'applicazione di una metodologia sperimentale del terzo livello alla ricerca in psicoterapia rischia di ottenere risultati fuorvianti, poiché provoca distorsioni “innaturali” nello stesso fenomeno che vuole studiare: per un approfondimento di questa problematica,

rinviamo alla relazione critica sulle psicoterapie basate su prove empiriche presentata da Westen a Roma nel giugno 2006, riassunta in questo stesso numero da Gazzillo e Lingiardi. D'altra parte, il problema degli effetti della rilevazione dei dati si pone per tutte le procedure di osservazione di situazioni evolutive: l'osservatore deve usare tecniche che risultino il meno invasive possibile, per ridurre l'inevitabile impatto che l'osservazione stessa ha sulla relazione osservata (per esempio la relazione madre-bambino, così come la relazione terapeuta-paziente o insegnante-alunni ecc.), pur scontando il fatto che l'atto della ricerca implichi in qualche modo un intervento sui fenomeni che si vogliono studiare.

Né d'altra parte si può dichiarare inutile, per i progressi delle conoscenze nell'area dell'intervento clinico, il tentativo di sistematizzare lo studio della psicoterapia – nei molteplici costrutti psicologici che si riferiscono ai suoi risultati e al processo terapeutico – rifugiandosi nell'assoluta ineffabilità dell'esperienza clinica. Freud stesso, notoriamente ostile alla ricerca sperimentale, aveva auspicato la possibilità di “verificare” la bontà delle sue ipotesi teoriche attraverso la valutazione del miglioramento del paziente: l'ingenuità metodologica della sua proposta consisteva principalmente, oltre che nella difficoltà di operazionalizzazione dei costrutti teorici impiegati, nell'affidare unicamente allo stesso clinico, coinvolto nella relazione terapeutica, il compito di dare tale valutazione. Oggi la maggior parte dei ricercatori sostiene l'opportunità di distinguere le funzioni: il clinico fa il suo lavoro come terapeuta e il ricercatore studia appunto lo svolgimento del lavoro clinico (cfr. Gill, 1994).

Certamente, tuttavia, la ricerca empirica in psicoterapia, per produrre risultati clinicamente significativi, deve riuscire ad ottenere risultati relativamente attendibili da protocolli di ricerca che rispettino sia le esigenze di una pratica clinica attenta all'etica professionale, sia le dimensioni “relazionali” che caratterizzano qualsiasi forma di intervento psicologico clinico (cfr. Carli, 2006). Così, per esempio, il confronto fra gli esiti di diverse condizioni di trattamento dovrebbe essere impostato considerando gli effetti delle specifiche interazioni reciproche fra modalità di trattamento, terapeuta e paziente (Elkin, 1999), con una complessificazione esponenziale del quadro di ricerca.

Come sottolinea Orlinsky (2006), nella tradizione della ricerca in psicoterapia hanno prevalso invece schemi di indagine basati sull'astrazione delle componenti da studiare: la componente “paziente” viene così studiata come individuo astratto dal suo contesto di vita; la componente “disturbo mentale” o “problema” da risolvere viene studiata in termini manualistici – dove le categorie diagnostiche sono rigorosamente mutuamente escludentisi; la psicoterapia è definita come un insieme di “abilità tecniche manualizzate” che il terapeuta (indipendentemente dalle sue caratteristiche personali) deve applicare in modo “competente”; i risultati, infine, sono per lo più valutati come effetti dell'impatto della tecnica psicoterapeutica sul disturbo da trattare o, in termini comportamentali, sulle condizioni di vita sociale (per esempio aderenza al lavoro, ricorso a terapie mediche ecc.) nel periodo immediatamente successivo alla fine del trattamento.

Più in generale, una ricerca in psicoterapia che dia senso al lavoro quotidiano dei clinici dovrebbe rispondere a molteplici requisiti, fra i quali, in primo luogo, considerare obiettivo del proprio studio una rilevazione di ciò che accade nella psicoterapia così come essa viene praticata nelle sedi cliniche naturali. Orlinsky (2006) individua le seguenti caratteristiche della psicoterapia “reale”, di cui gli studi sul processo e sugli esiti della psicoterapia dovrebbero tenere conto: “(a) una relazione sociale, formata intenzionalmente e culturalmente definita, attraverso la quale si stabilisce una connessione intersoggettiva, potenzialmente curativa, (b) fra persone che interagiscono l'una con l'altra nei ruoli del cliente e del terapeuta (c) per un tempo delimitato in cui le traiettorie della loro vita si intersecano, (d) dove il terapeuta agisce per conto della comunità che ne ha certificato le competenze (e) coinvolgendosi con la/il paziente in modi che influenzino la vita del paziente verso direzioni che dovrebbero esserle/gli di beneficio.”

Per rispettare tali caratteristiche “naturali” del fenomeno “psicoterapia” è necessario, per esempio, formulare descrizioni delle caratteristiche del paziente in termini più specifici e più chiaramente pertinenti alla psicologia, utilizzando variabili psicodinamiche di elevata complessità e non limitandosi alla descrizione della patologia o alle variabili di tipo socio-anagrafico che solitamente sono indicate nella selezione dei soggetti per la ricerca (Arbeitsgruppe OPD, 2001). Inoltre, è necessario studiare i risultati della psicoterapia descrivendo il cambiamento in termini sia comportamentali che esperienziali secondo diversi modi in cui il paziente e il terapeuta possono valutare la relazione fra lavoro clinico e riuscita. Si veda, per esempio, la proposta di Leuzinger-Bohleber e Target (2002, p. 104) di valutare diversi “prototipi” di esito di un trattamento psicoanalitico in diverse fasi di follow-up, sulla base di una procedura che incrocia tre dimensioni ritenute centrali nella descrizione del cambiamento in termini psicodinamici: le più o meno sviluppate capacità di introspezione; la minore o maggiore soddisfazione nelle relazioni interpersonali; la maggiore o minore creatività/capacità nello svolgimento delle proprie attività lavorative. Occorre, infine, studiare le relazioni fra risultati e processo psicoterapeutico a diversi livelli; sarebbe opportuno, per esempio, collegare lo studio dell’andamento generale di una serie di sedute allo studio della relazione che intercorre fra l’andamento di una specifica variabile in una singola seduta e il cambiamento osservato nella seduta immediatamente successiva, e/o allo studio delle relazioni inferibili fra tali variabili in diversi momenti della stessa seduta, dove le variabili possono essere: l’alleanza terapeutica, la qualità degli interventi del terapeuta, l’attivazione del processo referenziale nelle comunicazioni verbali di paziente e terapeuta, lo scambio delle espressioni emozionali non verbali, ecc. (cfr. Dazzi, 2006).

Di fatto, sembra che la ricerca internazionale sulla psicoterapia – non solamente nell’area psicodinamica - si stia muovendo precisamente nella direzione di uno studio più attento dei microprocessi. Esemplicativo è il numero doppio della rivista *Psychotherapy Research* del 2005 (1-2), dedicato alla relazione terapeutica, dove la maggior parte degli studi si occupa dell’alleanza terapeutica, valutata secondo diverse misure e in diversi contesti clinici, come p.es. nella psicoterapia cognitivo-comportamentale (Watson & Geller, 2005), nella psicoterapia breve centrata sul problema (Wettersten, Lichtenberg, & Mallinkrodt, 2005), nella psicoterapia dinamica dei disturbi di personalità (Lingiardi, Filippucci, & Baiocco, 2005); alcuni contributi, inoltre, evidenziano aspetti particolari della relazione diadica, come la divergenza delle prospettive fra paziente e terapeuta (Fitzpatrick, Iwakabe, & Stalikas, 2005), la regolazione interattiva degli scambi emozionali, studiati attraverso la codifica delle video-registrazioni (Benecke, Peham, & Bänninger-Huber, 2005), o i cambiamenti nella motivazione alla psicoterapia attivati da una fase di consultazione prolungata (Rumpold et al., 2005).

Nel secondo numero del 2006, la stessa rivista ospita sei articoli che discutono gli effetti del terapeuta sugli esiti della psicoterapia. Il tema centrale è: come ridurre l’effetto della variabile “terapeuta” nelle ricerche sugli esiti, per ottenere studi sufficientemente “controllati” che documentino gli effetti della psicoterapia sul paziente? I diversi autori dibattono circa la possibilità di costruire modelli a livelli plurimi che permettano di tenere insieme i molteplici fattori e, a conclusione del dibattito, si sottolinea che i tentativi di costruire modelli di analisi dei dati che riducano l’effetto del terapeuta non hanno alcun senso, poiché tutte le ricerche dimostrano la rilevanza del terapeuta per gli esiti della psicoterapia e, nel momento in cui gli effetti del terapeuta vengano fatti scomparire, “scomparirà tutto il resto”! (Wampold & Bolt, 2006, p.186).

Citiamo ancora, dal quarto numero del 2006, due articoli piuttosto originali: un contributo di autori canadesi che esplora, con una metodologia qualitativa, quali siano stati, dal punto di vista del paziente, gli eventi critici che nella fase iniziale del trattamento hanno promosso la fiducia e incrementato la disponibilità del paziente a collaborare nella psicoterapia (Fitzpatrick, Janzen, Chamodraka, & Park, 2006); e uno studio della Columbia University

sulla sequenza temporale di eventi interattivi che caratterizza i processi di “svelamento” del paziente nel corso di una psicoterapia (Farber, Berano, & Capobianco, 2006).

Come si può intravedere da questa stringata rassegna, l'interesse della ricerca in psicoterapia si muove negli ultimi tempi nella direzione di un reciproco riscontro fra clinica e ricerca; l'interesse dei ricercatori, cioè, si avvicina alla materia di riflessione tipica del clinico: quali saranno gli indicatori prognostici di una relazione proficua? Quando e come è possibile aiutare il paziente ad affidarsi veramente al terapeuta e a collaborare nella esplorazione del suo mondo interno? Quali caratteristiche del terapeuta hanno influito su quella relazione con quello specifico paziente? Per rispondere a tali domande e ad altre simili, negli ultimi tempi la ricerca empirica in psicoterapia si orienta dunque, in generale, verso indagini naturalistiche e metodologie anche qualitative, con una preferenza per quei metodi formalizzati che tuttavia richiedono una valutazione clinica da parte di giudici esperti, con l'obiettivo di approfondire lo studio dei micro-processi dinamici ed interattivi che caratterizzano il lavoro psicoterapeutico e ne condizionano i risultati.

A partire dalla classica contrapposizione fra un metodo clinico olistico e “soggettivista” e le procedure sperimentali “oggettivanti” che parcellizzano la realtà, la ricerca empirica in psicoterapia sembra approdare oggi ad una feconda ibridazione di tecniche e di presupposti teorici, che può servire da esempio per affrontare i problemi metodologici della ricerca psicologica nell'area complessa e sfuggente della psicologia clinica.

Più specificamente, in area psicoanalitica, è di qualche interesse soffermarsi sulla discussione critica cui ha dato luogo il recente intervento di Kernberg sull'*International Journal of Psychoanalysis* dal significativo titolo “The pressing need to increase research in and on psychoanalysis” (2006a). Il saggio tenta una ricognizione dello stato attuale delle ricerche soffermandosi sia sui punti di forza che di debolezza delle medesime. In particolare viene sottolineato il seguente risultato: aumento della funzione riflessiva in un gruppo di pazienti borderline cui veniva somministrato uno specifico trattamento, il TFP (Transference-Focused-Psychotherapy), rispetto ad altri due gruppi sottoposti a trattamenti di altro tipo. Seguono una serie di raccomandazioni per rendere possibile lo sviluppo di una ricerca accettabile anche all'interno della comunità psicanalitica. È ovvio che Kernberg crede alla possibile futura integrazione tra terapia e ricerca, anche se ammette che la ricerca finora non è stata di grande aiuto per la pratica psicanalitica (“so far it has not helped psychoanalytic practice”, p. 922) mentre i commenti critici dello psicanalista francese Roger Perron (2006), pur ripetendo continuamente che la ricerca è vitale per la disciplina psicoanalitica, mostrano in realtà un approccio radicalmente distante e per molti versi incompatibile. Va osservato che le critiche sono in gran parte accoglibili e riguardano questioni recentemente trattate dagli psicoanalisti più vicini alla ricerca come ad esempio Drew Westen: problema della quantificazione, ripetibilità delle osservazioni, falsificazione di ipotesi, metodologia evidence-based inadeguata alle complessità della terapia psicanalitica, ecc. Ma sono le citazioni (o non citazioni!) di Perron a tradire la sua lontananza, se non ostilità alla tematica: riferimento a una ricerca francese (INSERM, 2004) assai criticata e dunque scarsamente significativa, riferimento a testi come quello di Prigogine e Stengers (*La nouvelle alliance: métamorphose de la science*, 1979), ormai decisamente invecchiato, il rimando ai modelli scientifici invalsi nella ricerca (secondo Perron quelli della fisica e della chimica).

Si tratta, ci si consenta l'espressione, di un approccio dichiaratamente saggistico-speculativo, che non tiene assolutamente conto non solo delle problematiche e dell'ormai considerevole sviluppo della ricerca in psicoterapia (nonché di quella sulla psicoanalisi: si vedano, oltre all'*Open Door Review* curata da Fonagy nel 2002 e citata da Kernberg, contributi più recenti di De La Parra e Del Rio (2005), Kächele e altri (2006), Leuzinger-Bohleben e Fischmann (2006), Westenberger-Breuer (2007) apparsi sull'*International*, e infine il testo di Leuzinger-Bohleber e Target (2002), tradotto in italiano nel 2006 col titolo *I risultati della psicoanalisi*).

Kernberg ha ovviamente avuto buon gioco a rispondere a Perron (Kernberg, 2006b), tra l'altro citando alcune interessanti nuove ricerche, ad esempio la dimostrazione empirica del meccanismo di identificazione proiettiva ad opera di Krause e Howard (1999) e un'analisi dei meccanismi di difesa risultanti da un esame linguistico di storie di pazienti traumatizzati. Rimane il disagio per quello che si potrebbe chiamare, almeno a tutt'oggi, nonostante le iniziative istituzionali nell'ambito della ricerca psicanalitica assunte dall'*International Psychoanalytic Association*, un "dialogo tra sordi". Forse qualche passo avanti si potrà fare se ci saranno concreti esempi di modi in cui la ricerca è stata di aiuto alla clinica. E tuttavia questo sarà possibile solo se sarà superata l'attuale situazione, che comporta di fatto la non comparabilità dei paradigmi.

Bibliografia

Arbeitsgruppe OPD (2001). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*. Bern: Hans Huber Verlag (trad. it. *Diagnosi psicodinamica operazionalizzata*, a cura di A. De Coro. Milano: Masson 2002).

Benecke, C., Peham, D., & Bänninger-Huber, E. (2005). Nonverbal relationship regulation in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15, 81-90.

Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive science*. New York/London: The Guilford Press (trad. it. *Psicoanalisi e scienza cognitiva*. Fioriti, Roma, 1999).

Bucci, W. (2005). Process research. In E.S. Person, A.M. Cooper & G.O. Gabbard (Eds.), *Textbook of psychoanalysis* (pp. 317-333). Washington, DC: American Psychiatric Publishing (trad. it. *La ricerca sul processo*, in *Psicoanalisi*, Raffaello Cortina, Milano, 2006).

Carli, R. (2006). Psicologia clinica: professione e ricerca. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1 (1).

Colli, A., & Gazzillo, F. (2006). Due strumenti per la valutazione del processo terapeutico: le Analytic Process Scales e lo Psychotherapy Process Q-set. In N. Dazzi, V. Lingiardi & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.

Dazzi, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.

De La Parra G. & Del Rio M. (2005). Can psychoanalysis and systematic research work productively together? *International Journal of Psychoanalysis*, 86,1, 151-154.

Elkin, I.E. (1999). A major dilemma in psychotherapy outcome research: Disentangling therapists from therapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 10-32.

Ercolani A.P., Areni A., Mannetti L. (1990), *La ricerca in psicologia*. Roma: NIS.

Farber, B.A., Berano, K.C., & Capobianco, J.A. (2006). A temporal model of patient disclosure in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 16, 463-469.

Fitzpatrick, M.R., Iwakabe, S., & Stalikas, A. (2005). Perspective divergence in the working alliance. *Psychotherapy Research*, 15, 69-80.

Fitzpatrick, M.R., Janzen, J., Chamodraka, M., & Park, J. (2006). Client critical incidents in the process of early alliance development: a positive emotion-exploration spiral. *Psychotherapy Research*, 16, 486-498.

Fonagy, P. (Ed.). (2002). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. London: International Psychoanalytic Association.

Fonagy, P., & Target, M. (2003). *Psychoanalytic theories. Perspectives from developmental psychopathology*. London: Whurr (trad. it. *Psicopatologia evolutiva*, Raffaello Cortina, Milano, 2005).

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press (trad. it. *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*, Raffaello Cortina, Milano, 2005).

Gill, M.M. (1994). *Psychoanalysis in transition*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press (trad. it. *Psicoanalisi in transizione*, Raffaello Cortina, Milano, 1996).

Horwitz, L., Gabbard, G.O., Allen, J.G., Frieswyk, S.H., Colson, D.B., Newson, G.E., & Coyne, L. (1996). *Borderline personality disorder. Tailoring the psychotherapy to the patient*. Washington, DC: American Psychiatric Press (trad. it. *Psicoterapia su misura. Pazienti borderline e patologie mentali gravi*, Raffaello Cortina, Milano, 1998).

INSERM (2004). *Psychothérapie. Trois approches évaluées* [Psychotherapy. Three approaches evaluated]. Paris: INSERM.

Kächele H., Albani C., Bucheim A., Hölzer M. et al. (2006). The German specimen case, Amalia X: Empirical studies. *International Journal of Psychoanalysis*, 87,3, 809-826.

Kernberg, O.F. (2006a). The pressing need to increase research in and on psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 919-926.

Kernberg, O.F. (2006b). Research anxiety. A response to Roger Perron's comments. *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 933-937.

Krause, M.S. & Howard K.I. (1999). Between group psychotherapy outcome research and basic science. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 159-169.

Leuzinger-Bohleben, M. & Fischmann T. (2006). What is conceptual research in psychoanalysis? *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 5, 1355-1386.

Leuzinger-Bohleber, M., & Target, M. (2002). *Outcomes of psychoanalytic treatment*. London/Philadelphia: Whurr (trad. it. *I risultati della psicoanalisi*, Il Mulino, Bologna, 2006).

Lingiardi, V., Filippucci, L., & Baiocco, R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15, 45-54.

Nissim Momigliano, L. (2001). *L'ascolto rispettoso. Scritti psicoanalitici*. Milano: Raffaello Cortina.

Orlinsky, D. (2006). Comments on the state of psychotherapy research. *North American SPR Newsletter*, June 2006.

Pazzagli, A., & Benvenuti, P. (2006). Per una psicologia del patologico. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1 (2-3).

Perron, R. (2006). How to do research? Reply to Otto Kernberg. *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 927-932.

Prigogine, I., & Stengers, I. (1979). *La nouvelle alliance. Métamorphose de la science* [The new alliance. The metamorphosis of science]. Paris: Gallimard.

Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: The Guilford Press (trad. it. *Psicoterapie e prove di efficacia*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1997).

Rumpold, G., Döring, S., Smrekar, U., Schubert, C., Koza, R., Schatz, D.S., Bert-Schüssler, A., Janecke, N., Lampe, A., & Schüssler, G. (2005). Changes in motivation and therapeutic alliance during a pre-therapy diagnostic and motivation-enhancing phase among psychotherapy outpatients. *Psychotherapy Research*, 15, 117-128.

Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance*. New York: The Guilford Press (trad. it. *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Laterza, Roma-Bari, 2003).

Sandler J., & Sandler A.-M. (1998). *Internal Objects Revisited*. Monograph Series of Psychoanalysis Unit. London: University College (trad.it. *Gli oggetti interni. Una rivisitazione*. Milano: Franco Angeli 2002).

Wampold, B.E., & Bolt, D.M. (2006). Therapist effects. Clever ways to make them (and everything else) disappear. *Psychotherapy Research*, 16, 184-187.

Watson, G.C., & Geller, S.M. (2005). The relation among the relationship conditions, the working alliance and outcome in both process-experimental and cognitive-behavioral psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15, 25-34.

Westenberger-Breuer H. (2007). The goals of psychoanalytic treatment: Conceptual considerations and follow-up interview evaluation with a former analysand. *International Journal of Psychoanalysis*, 88, 2, 475-488.

Wettersten, K.B., Lichtenberg, J.W., & Mallinkrodt, B. (2005). Associations between working alliance and outcome in Solution-Focused Brief Therapy and brief interpersonal therapy. *Psychotherapy Research*, 15, 35-44.

La ricerca in psicoterapia: alcune riflessioni sulla scientificità¹

di Santo Di Nuovo*

Il dibattito sulla psicoterapia come scienza, acceso dalle critiche di Eysenck alla psicoanalisi a metà del secolo scorso, è stato esteso fino a coinvolgere in generale la scientificità di tutti i trattamenti che tentano di modificare la psiche usando mezzi psichici. Quest'ultima specificazione appare essenziale perché i trattamenti che modificano la psiche mediante mezzi chimici (le terapie farmacologiche sono oggi le più diffuse) non vengono messi in discussione quanto a scientificità, dato che ai *trials* clinici sull'efficacia dei farmaci viene attribuita una validità tanto scontata quanto (a parere di molti) non sempre meritata.

Con riferimento alla psicoterapia, occorre chiedersi preliminarmente se i criteri di scientificità che vengono richiesti alla verifica dei trattamenti possono essere gli stessi usati in altre scienze.

In generale, *scientifica* si può definire una prassi di ricerca aperta al controllo intersoggettivo, che dà definizioni chiare dei concetti e dei postulati ed usa procedure leggibili e ripetibili, avvalendosi di un metodo razionalmente fondato per la convalida delle ipotesi teoriche. Secondo la ben nota definizione di Ajdukiewicz, la conoscenza è scientifica quando è controllabile e comunicabile intersoggettivamente.

La psicoterapia risponde ai requisiti delle altre discipline scientifiche? Per farlo, dovrebbe:

- dare definizioni chiare dei concetti e dei postulati;
- usare procedure leggibili e ripetibili;
- essere aperta al controllo intersoggettivo;
- avvalersi di un metodo razionalmente fondato per la convalida delle ipotesi.

Una psicoterapia come scienza, di conseguenza, dovrebbe fondarsi sui seguenti presupposti epistemologici:

- il processo psicoterapeutico è un agire mirato, in generale, al cambiamento delle componenti della mente che creano sofferenza e/o disadattamento, con delle mete specifiche che derivano dal modello teorico cui il terapeuta fa riferimento;
- le mete definite vengono perseguite in ciascun modello teorico usando tecniche specificamente utili, vale a dire le più adatte e le più economiche consentite dalla situazione del soggetto e del contesto; queste tecniche sono leggibili e ripetibili dall'esterno in modo da assicurare l'intersoggettività del controllo;
- il cambiamento si produce all'interno di una relazione tra 'soggetti' (terapeuti/clienti) le cui dimensioni sono valutabili e spiegabili in termini sia teorici che fattuali.

Quanto al metodo per la convalida delle ipotesi, l'approccio scientifico può seguire tre modalità principali:

- controllare la coerenza tra le nuove conoscenze generate dalle ipotesi e l'insieme di conoscenze presenti nella stessa teoria o nel campo di ricerca (*convalida logica*, tipica delle scienze 'formali');
- accertare, attraverso una serie di dati desunti da esperienze in cui le variabili vengono tenute quanto più possibile sotto controllo, *se e in che misura* le ipotesi 'funzionano' e sono utili per lo scopo proposto (*convalida empirica pragmatica*);
- verificare ipotesi miranti a spiegare, sempre mediante ricerche che controllano le variabili implicate, *perché* un certo processo funziona (*convalida empirica esplicativa*).

¹ L'articolo costituisce una rielaborazione della relazione presentata al Congresso della sezione italiana della *Society for Psychotherapy Research* (Reggio Calabria, 2006).

* Professore Ordinario, Cattedra di Psicologia, Università di Catania.

Coerentemente con i tre tipi di convalida sopra delineati per la scienza in generale, anche in psicoterapia è possibile avvalersi di una triplice procedura:

1. Convalida *logica*. Viene valutata la congruenza fra teoria sulla patologia, obiettivi della psicoterapia, tecniche concretamente usate. Un modello scientifico di terapia deduce obiettivi e tecniche da una teoria della patologia a sua volta scientificamente validata.

Esempi tipici di questo approccio sono: l'uso dell'interpretazione dei sogni nella teoria psicoanalitica, congruente ad una teoria secondo cui il sogno fa emergere contenuti latenti non altrimenti esternabili; la modificazione delle ideazioni disfunzionali nel modello cognitivista, che le considera matrici delle patologie; il 'modeling' del comportamento nel behaviorismo, che ritiene questa tecnica fondante di nuovi apprendimenti funzionali contrapposti a quelli disadattivi; e così via.

2. Convalida *empirica pragmatica*. In essa il risultato ottenuto mediante una tecnica terapeutica viene valutato alla luce di criteri di efficacia/utilità socialmente condivisi. L'efficacia del metodo di cura costituisce una convalida delle asserzioni teoriche e i benefici ottenuti vengono valutati confrontando i risultati dell'*assessment* iniziale e finale, e possibilmente anche di una fase di *follow-up*. E' quanto nella letteratura della ricerca in psicoterapia viene definito verifica degli effetti.

L'obiettivo è accertare se un intervento terapeutico riduce effettivamente i sintomi e produce nel cliente un assetto di personalità più integrato e adattato. Sul piano empirico si tratta dell'approccio tipico dell'*outcome research*, che fu prevalente nei primi studi sull'efficacia della psicoterapia e ancora oggi è utilizzato per dimostrare l'utilità sociale della psicoterapia.

3. Convalida *empirica esplicativa*. In essa le ipotesi sulle matrici psicopatologiche dei problemi del cliente e sulle strategie di cambiamento vengono periodicamente verificate in momenti di *assessment*, nei tempi $t_1, t_2, t_3, \dots t_n$; queste verifiche vengono collegate sia con gli esiti sia con i riferimenti teorici, in modo da far emergere sistematicamente il 'senso' di ciò che avviene in terapia in relazione alle operazioni in essa condotte.

In quest'ottica di *process research* il monitoraggio della terapia consente di accertare:

- *cosa* è terapeutico e *per chi*;
- non solo *se* e *quanto*, ma *perché* un trattamento funziona con una certa tipologia di pazienti e non funziona invece con altri;
- *quali processi* psichici vengono attivati e *quali assetti di personalità* vengono modificati.

Lo studio parallelo sia dell'*esito* che del *processo* psicoterapeutico può consentire di superare l'alternativa spesso indebitamente radicalizzata tra il *nomotetico* - vale a dire l'obiettivabile, il quantitativo, il normativo - e l'*idiografico*, il soggettivo, il qualitativo, il singolare e irripetibile.

In una psicoterapia ad una persona che riferisce un malessere o dei sintomi di tipo depressivo il primo passo, consistente appunto in un approccio nomotetico, è accertare se la persona è realmente depressa rispetto ai criteri in uso nella diagnostica e di quanto si scosta dalla soglia di normalità, secondo un test psicométrico di depressione; ciò accertando od escludendo - sempre su basi psicométriche - la concomitanza con altre categorie nosografiche (ansia, psicosi, ecc.). L'approccio idiografico serve invece a qualificare, già nell'*assessment* iniziale, il tipo di depressione, le cause che l'hanno favorita, gli aspetti ideativi ed emotivi che la caratterizzano, insomma ciò che fa di quella specifica persona un soggetto della psicoterapia, la cui programmazione deve tener conto di queste sue caratteristiche peculiari. Esiste una strumentazione adeguata - da peculiari categorie di test a ciò mirate, al colloquio clinico, all'osservazione sistematica - in grado di consentire efficacemente questa seconda parte dell'approccio diagnostico-clinico.

Anche nella valutazione del funzionamento della terapia si richiede un approccio nomotetico e quantitativo, per verificare quanto i sintomi e le percezioni che il cliente ne ha si modificano a seguito del trattamento; se egli, in base ai test ripetuti e

rapportati ai parametri di soglia, può considerarsi rientrato nell'area della normalità, o se comunque lo scarto dalla norma è significativamente ridotto rispetto al pre-test; se questi cambiamenti si mantengono nel tempo. Ma si richiede anche un approccio qualitativo per seguire la trasformazione delle variabili peculiari di quel particolare paziente e l'andamento della relazione che questa trasformazione produce e sostiene nel tempo.

In questo uso parallelo di valutazioni quantitative e qualitative, i criteri di convalida scientifica sono diversi ma convergenti.

La valutazione scientifica della terapia non può prescindere dal criterio del superamento - o rilevante riduzione - dei problemi per cui il cliente l'ha intrapresa o che si sono evidenziati nel corso di essa (*criterio di efficacia*)².

Ma l'irripetibilità di ciò che avviene nel corso dell'intervento richiede di affiancare ai criteri normativi criteri di valutazione diversi, qualitativi e processuali. Regolarità e co-occorrenze (peraltro definibili anche in termini statistici) possono emergere dall'analisi cumulativa di ripetute verifiche dei singoli processi terapeutici.

La dimensione della regolarità e quella dell'unicità possono utilmente coniugarsi a condizione di reperire strumenti metodologici che consentano di studiare con rigore scientifico la diacronicità del processo di cambiamento, di monitorare le tendenze che in esso si riscontrano e ricostruire così il *sensu* di ciò che accade nella psicoterapia.

Servono strumenti quantitativi come test psicometrici o schede di osservazione che danno luogo a punteggi 'tarati' su specifiche popolazioni, ma anche tecniche qualitative per seguire le variabili processuali dell'intervento: griglie di valutazione di ciò che succede in terapia, compilabili dal soggetto stesso e/o dal terapeuta, o altro osservatore; resoconti o trascritti di ciò che avviene in terapia, delle verbalizzazioni, delle componenti non verbali e relazionali; tecniche basate sull'immaginazione, o sul disegno, o sul gioco e il *role-playing* per bambini e adolescenti. Servono, nell'approccio qualitativo, strumenti mirati all'approfondimento degli elementi semantici in essi contenuti. Per studiare il funzionamento di una psicoterapia può essere utile raccogliere delle informazioni, tramite colloquio alla fine del trattamento, su ciò che è avvenuto durante il trattamento stesso, rispetto a variabili quali la relazione con il terapeuta, la sensazione di efficacia della terapia, la soddisfazione rispetto alle aspettative, ecc.³ Parallelamente, lo stesso resoconto retrospettivo può essere chiesto anche al terapeuta in modo da confrontare le due valutazioni per far emergere il senso del trattamento concluso.

Per esemplificare il discorso fin qui fatto, esso può essere applicato al momento centrale di qualsiasi approccio terapeutico: la relazione che si instaura fra soggetto 'terapeuta' e soggetto 'cliente' (che può essere anche un gruppo, o una famiglia).

La relazione è l'ineffabile della psicoterapia? O può essere oggetto di studio scientifico, sistematico e coerentemente esternabile? Con quali criteri, e mediante quali strumenti?

La recente ricerca smentisce il vecchio luogo comune secondo cui quanto avviene nel setting della relazione terapeutica è inevitabilmente indicibile in termini logici e

² Questo tipo di valutazione interessa, oltre lo psicoterapeuta che si preoccupa di verificare se ciò che fa ha degli effetti in qualche modo documentabili all'esterno, anche il committente pubblico (il manager dell'ASL che deve quantificare l'efficacia delle prestazioni del servizio di psicologia) o privato (la compagnia di assicurazione che supporta finanziariamente la psicoterapia: succede in altri paesi e succederà forse anche da noi). Si ironizza tanto su questi aspetti ritenuti troppo pragmatici, ma essi sarebbero utili per allargare l'accessibilità della psicoterapia ad utenti che per adesso ne sono esclusi per ragioni puramente finanziarie.

³ Mi riferisco alla intervista messa a punto da Robert Elliott nell'ambito del suo approccio 'ermeneutico': Elliott R. (2002) *Hermeneutic Single Case Efficacy Design*. Paper presented at 31st Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research, Chicago, Ill. Pubblicata in *Psychotherapy Research*, 12, 1, 1-22 (2002) e tradotta in Di Nuovo S. (2000) Strumenti qualitativi per la ricerca sulla psicoterapia: l'intervista sul cambiamento terapeutico di R. Elliott, *Ricerca in Psicoterapia*, 3 (2-3) pp. 135-146,

quindi sostanzialmente incomunicabile a livello scientifico. Certo, se quanto avviene nello spazio mentale ed esperienziale fondante il setting relazionale fosse davvero 'ineffabile', in quanto collocato ad un livello di elaborazione che il pensiero logico non può esprimere se non a prezzo di devastanti distorsioni, non risulterebbero in alcun modo evitabili i rischi di autoreferenzialità e di circolarità ermeneutica che spesso sono stati attribuiti alla psicoterapia. Invece, gli studiosi che hanno esplorato le impervie regioni della relazione terapeutica ritengono che esse si possano visitare scostandosi sia dalla dogmatica elencazione di principi e di regole, sia dal modo di trasmettere il sapere tipico della bottega dell'arte (la logica del "guarda e impara": altro che percorsi formativi scientificamente fondati!).

Ma può la relazione terapeutica essere un tema - oltre che di *riflessione* esternabile - di vera e propria *ricerca scientifica*, cioè di acquisizione di sapere, nell'ottica della verifica di ipotesi e del confronto intersoggettivo?

Anche in questa prospettiva esistono valide prove relative all'ipotesi che il setting relazionale sia accessibile ad un sapere confrontato e condiviso, in quanto snodo fondamentale della ricerca scientifica - anche solo teorica - sull'agire terapeutico, punto di incontro tra soggetti-terapisti e soggetti-utenti, e tra questi e l'universo di significati socialmente determinati che contiene la loro relazione.

Se questi sono i presupposti, è lecito porre la domanda più delicata: può la relazione terapeutica essere oggetto di ricerca *empirica*, in senso sia pragmatico che esplicativo?

Ancora una volta, la lettura dei recenti studi sull'argomento conferma che esistono le possibilità, anche se molte di esse sembrano ancora in attesa di essere pienamente attuate. Tornando alla metafora del viaggio di esplorazione, è come intravedere fertili campi poco sfruttati e immaginare i prodotti che potrebbero essere ricavati dalla loro coltivazione intensiva. Ma - occorre chiedersi - perché questo impegno produttivo è ancora poco sviluppato? Quali sono le ragioni per cui la prassi di verifica empirica di ipotesi sulla relazione, e più in generale, sull'intervento terapeutico, è poco diffusa e guardata con circospezione, se non con sospetto, tanto dagli sperimentalisti quanto dai clinici?

Un primo motivo sta nella tendenza alla identificazione dell'ottica *empirica* con quella *sperimentale* e di questa con la raccolta e l'analisi di dati *quantitativi*. Criticando questa tendenza, scriveva quasi un secolo fa Jaspers: "Dalle scienze naturali, che sono scienze esatte, ci viene il pregiudizio che *solo* ciò che può essere accertato in modo *quantitativo* può costituire opera scientifica, mentre ciò che viene indagato dal punto di vista qualitativo rimarrebbe sempre qualcosa di subiettivo e di arbitrario" (trad. It. 1964, p. 22).

La catena di identificazioni *empirico* = *sperimentale* = *quantitativo* è certamente indebita, in quanto:

- le metodologie *non-sperimentali* (per esempio, osservative o autoosservative, purché con criteri standardizzati e condivisibili da altri studiosi) sono strategie di ricerca empirica altrettanto valide - se correttamente usate - di quelle che richiedono manipolazione e controllo delle variabili indipendenti;
- i *fatti* che sostanziano la verifica empirica, e i *dati* che se ne ricavano, non sono necessariamente limitati solo agli aspetti cosiddetti obiettivi (per esempio, relativi al 'set' come spazio organizzativo della relazione o alle parole che vengono pronunciate nel dialogo) ma possono riguardare anche quelli soggettivi e relazionali: le variabili del 'setting' come spazio mentale della relazione, o almeno alcune di esse. A condizione, naturalmente, che si trovi un modo condiviso di tradurre queste variabili in indicatori, non feticisticamente 'numerici' ma soprattutto qualitativi; che, come si è detto, forniscono dati analizzabili con tecniche altrettanto affidabili delle tradizionali statistiche.

Una seconda ragione di resistenza alla ricerca empirica sulla psicoterapia, e in particolare sulla relazione, deriva dal presupposto che l'intervento psicoterapeutico è talmente complesso da non lasciare spazio a deduzioni o previsioni di tipo

meccanicistico e causalistico. Ogni tentativo di analisi delle relazioni lineari tra i dati osservabili sarebbe fuorviante e comunque riduzionistico.

Le teorie della complessità e lo studio dei sistemi caotici sono strettamente connessi. Tanto più un sistema è complesso, tanto più l'evoluzione di esso è imprevedibile; minime variazioni delle condizioni iniziali producono effetti, anche molto rilevanti, non deterministicamente connessi alle condizioni stesse: sviluppo che viene definito 'caotico' proprio per la sua imprevedibilità. Queste teorie hanno messo in crisi le concezioni tradizionali della scienza, ponendo le premesse per una nuova epistemologia centrata su tre elementi:

- un approccio '*olistico*', cioè globale e non riduzionistico, alla realtà;
- l'*indeterminismo* di fondo: le condizioni iniziali provocano reazioni a catena dall'esito imprevedibile;
- la *circolarità* della causalità: A influenza B, ma ne è a sua volta influenzato, e così per molte delle relazioni all'interno di un sistema.

Quest'ultima condizione era già nota nella scienza classica, che teneva ampiamente conto degli effetti di retroazione; ma congiunta alle altre due mette in crisi la possibilità di prevedere che da una certa azione di A derivi sempre e comunque un certo effetto su B. In certi casi, neppure la previsione con un certo grado di probabilità, consueta nelle analisi statistiche, può essere sufficiente o utile.

In verità, la non prevedibilità derivante dalla crisi della logica deterministica e lineare può portare, nel caso delle psicoterapie, ad una paralisi decisionale, da più parti paventata, o all'applicazione di criteri e metodi tipici delle discipline artistico-letterarie, da altre parti fomentata. Salvo poi chiedersi come questi principi possano essere trasmessi ed insegnati con profitto (in tutti i sensi...) nelle scuole di psicoterapia, il cui riconoscimento giuridico è peraltro subordinato – lo dico con cognizione di causa, da componente della apposita commissione ministeriale - all'uso di parametri scientifici.

Ma la crisi della scienza lineare tradizionale non esclude affatto la ricerca di *regole* all'interno della caoticità: a tal fine, nella ricerca empirica vanno precisati i confini della necessaria riduzione della complessità e i criteri metodologici e di analisi dei dati appropriati alla complessità stessa.

In molte situazioni si può preferire prescindere dalla verifica di ipotesi in ricerche 'trasversali', in cui il controllo *tra* gruppi o *nei* gruppi, tipico del disegno sperimentale classico, è impossibile o inaffidabile, indirizzandosi verso un monitoraggio longitudinale dei fenomeni in evoluzione a seguito di specifici interventi. E ancora, si può prescindere dalla generalizzazione su basi statistico-probabilistiche a partire da un'unica ricerca, affidandosi invece per la verifica delle ipotesi ad un'analisi cumulativa di più ricerche, come avviene nella logica meta-analitica oggi tanto diffusa⁴.

Di fatto, il problema essenziale della ricerca clinica consiste nella necessità di affrontare la complessità dell'oggetto di studio e la sua dinamicità nel tempo. La segmentazione della complessità, al fine di attuare un rigoroso controllo delle variabili, può andare a scapito della validità esterna della ricerca, vale a dire del suo riferimento alla realtà di cui vorrebbe essere specchio: problema già sollevato tanto tempo fa dall'approccio 'ecologico' e particolarmente sentito nella ricerca che si associa ad un intervento di trasformazione della realtà.

Mentre la ricerca puramente conoscitiva consente sufficienti margini per la scomposizione ed il controllo delle variabili (e dunque può continuare senza problemi a lavorare secondo le regole classiche della sperimentazione), l'attuazione del

⁴ Parlando di analisi cumulative sarei tentato di accennare alla metanalisi di cui tanto si parla spesso senza conoscerne i presupposti teorici e metodologici, ma riesco ad autolimitarmi. Mi limito a segnalare che ogni strumento statistico è come il martello, bisogna saperlo usare per non schiacciarsi le dita. Per chi avesse la pazienza di approfondire utilità e limiti delle tecniche metanalitiche rinvio al volume curato tempo fa (Di Nuovo S., *La metanalisi*, Borla, Roma 1995).

cambiamento e lo studio scientifico di esso *mentre si mette in atto* devono collocarsi in un'ottica che è necessariamente di tipo olistico.

Nelle scienze applicative, tra le quali si colloca la clinica, possono convivere una ricerca che si pone di volta in volta questioni specifiche e sviluppa conoscenze 'universali' rispetto ad esse (per esempio in campo diagnostico o della teoria della psicopatologia), ed una ricerca centrata sull'intervento, che deve rispondere a questioni multiple e non parcellizzabili e tentare di comprendere, 'tutto e subito', il problema su cui occorre operare.

Alle critiche degli sperimentalisti che gli contestavano la non verificabilità della psicoanalisi, Freud rispondeva che la psicoanalisi non è una *ricerca accademica*, ma una *azione* terapeutica; non serve a *dimostrare*, ma a *modificare*. E' noto come nel dibattito successivo queste posizioni siano state molto, e spesso indebitamente, radicalizzate da parte di psicoanalisti secondo i quali gli esiti clinicamente positivi delle terapie analitiche costituiscono di per sé una prova conclusiva sulla validità delle teorie freudiane, e come altrettanto radicalmente molti critici abbiano negato all'approccio psicoanalitico qualunque credibilità scientifica in quanto non falsificabile secondo la logica del metodo sperimentale.

Nella ben nota teoria sulla 'ricerca-azione' di Kurt Lewin la conoscenza dei fatti e l'agire su di essi sono strutturalmente congiunti: la realtà va studiata cambiandola e controllando gli effetti del cambiamento. Nella ricerca-azione la verifica di ipotesi su un oggetto di ricerca e l'intervento tendente a modificare l'oggetto stesso procedono in parallelo in un processo circolare di programmazione - intervento - verifica - ulteriore programmazione, processo in cui i destinatari dell'intervento sono pienamente coinvolti insieme al ricercatore. Anche se la ricerca-azione lewiniana trovava origine in campo psico-sociale, risultano evidenti le assonanze fra questa strategia di lavoro scientifico e la prassi clinico-terapeutica.

Sul piano epistemologico la psicologia clinica non ha bisogno di appiattirsi sui metodi sperimentali di laboratorio per darsi dignità scientifica. Quando essa affronta un *oggetto* che non si presta a scomposizioni riduttive e uno *scopo* non solo conoscitivo ma anche trasformativo, diversa e peculiare deve essere la sua metodologia, sull'esempio della ricerca-azione.

In conclusione va ribadito che lo spazio della ricerca scientifica in psicologia clinica non è definito né dalla predittività fondata in modo deterministico, né - come si è detto - dalla logica puramente quantitativa.

La complessità del lavoro clinico e terapeutico evidenzia delle regolarità che vanno inferite mediante lo studio sistematico degli indicatori che ne 'rappresentano' gli aspetti essenziali. Certo, lavorare su indicatori e non sulla realtà stessa è di per sé riduzionistico: tutti i ricercatori (e i clinici) abbastanza smaliziati sono convinti che le variabili quantificate da un test psicometrico non dicono tutta la verità sul malessere psichico di una persona; che spesso è molto labile il confine tra il normale disagio indotto dallo stress quotidiano e la percezione di 'patologia' da parte della persona stessa o del suo contesto sociale (inclusi quanti devono diagnosticare il tipo e il grado di questa presunta patologia); che il modello medico-nosografico spiega solo una piccola parte della variabilità e la dinamicità insita nella relazione terapeutica; che la ricerca empirica sulla psicoterapia non può consistere soltanto nel soppesare col bilancino della quantificazione ciò che si è modificato dopo l'intervento.

Ma tutti i ricercatori (e i clinici) di buon senso sanno anche che dal profilo ricavato dai test, integrato da un colloquio clinico, si traggono ipotesi precise per comprendere i problemi della persona esaminata e per programmare un trattamento; che la patologia spesso - anche se non sempre - coincide con il grado di sofferenza soggettiva che alla psicoterapia si chiede di ridurre in modo significativo; che questa significatività non è solo quella statistica ma quella che si ricava dai 'significati' che emergono nel corso del trattamento; che per definire questi significati e il senso globale della 'cura' si può far riferimento non solo all'intuito del terapeuta o alla sensazione soggettiva del cliente ma anche a dei parametri precisi e condivisibili dalla comunità scientifica.

Una cosa è cercare un accettabile punto di equilibrio tra esigenze di rigore metodologico e vincoli di riduzione della complessità, un'altra è rischiare di ritornare alle nebbie dell'intuizionismo misticomagico in cui la terapia è stata da tempo avvolta, e lo è ancora in alcuni settori attinenti alla formazione. E' questo un rischio di regressione, per quanto ammantato delle migliori intenzioni epistemologiche, che non possiamo permetterci di correre.

Bibliografia

American Psychiatric Association, Commission on Psychotherapies (1982). *Psychotherapy Research: Methodological and Efficacy Issues*, Washington DC: Author.

Anderson, T., & Strupp, H.H. (1996). The ecology of psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 776-782.

Bergin, A.E., & Garfield, S.L. (Eds.). (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. (4th ed.). New York: Wiley.

De Coro, A., & Andreassi, S. (2004). *La ricerca empirica in psicoterapia*. Roma: Carocci.

Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (Eds.). (2000). *Handbook of qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.

Di Nuovo, S. (1995). *La metanalisi*. Roma: Borla.

Di Nuovo, S. (2000). Strumenti qualitativi per la ricerca sulla psicoterapia: l'intervista sul cambiamento terapeutico di R. Elliott. *Ricerca in Psicoterapia*, 3 (2-3), 135-146.

Di Nuovo, S., Lo Verso, G., Giannone, F., & Di Blasi, M. (Eds.). (1998). *Valutare le Psicoterapie. La Ricerca Italiana*. Milano: FrancoAngeli.

Di Nuovo, S., & Lo Verso, G. (Eds.). (2005). *Come funzionano le psicoterapie*. Milano: FrancoAngeli.

Elliott, R. (Ed.). (1999). Qualitative psychotherapy research [Special Issue]. *Psychotherapy Research*, 9, 251-404.

Elliott, R. (2002). Hermeneutic Single Case Efficacy Design. Paper presented at 31st Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research, Chicago, Ill, 2000. *Psychotherapy Research*, 12 (1) 1-22.

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

Greenberg, L.S., & Pinsof, W.M. (Eds.). (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford Press.

Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose – response effect and implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology*, 9, 329 – 343.

Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1994). *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: Wiley.

Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer Verlag (trad. it. *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1964).

Kazdin, A.E., & Weisz, J. R. (Eds.). (2003). *Evidence-based psychotherapy for children and adolescents*. New York: Guilford Press.

Lambert, M.J. (Ed.). (2003). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (5th ed.). New York: Wiley.

Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.

Martin, D., Garske, J., & Davis, K. (2000). Relation of therapeutic alliance with outcome and others variables: A metaanalytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.

Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (2002). *A guide to treatments that works*. (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

Roth, A., Fonagy, P., Parry, G., Target, M., & Woods, R. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford (trad. it. *Psicoterapie e prove di efficacia: quale terapia per quale paziente*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1997).

Snyder, C.R., & Ingram, R.E. (Eds.). (2000). *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes and practice for the 21st century*. New York: Wiley.

Speer, D. C. (1998). *Mental health outcome evaluation*. San Diego: Academic Press.

Vidotto, G., & Ciuffi, R. (2004). La verifica della psicoterapia. In A. Galeazzi & P. Meazzini (Eds.), *Mente e comportamento* (pp. 563-588). Firenze: Giunti.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah: L. Erlbaum.

Per una ricerca empirica che abbia rilievo clinico: la conferenza di Drew Westen alla Sapienza (14 giugno 2006)¹

a cura di Francesco Gazzillo² e Vittorio Lingiardi³

Il problema delle terapie basate su prove empiriche

Le obiezioni epistemologiche avanzate da alcuni studiosi alla teoria psicoanalitica (Grünbaum, 1984), i dubbi di alcuni ricercatori sulla reale efficacia delle psicoterapie (Eysenck, 1952), lo sviluppo di farmacoterapie efficaci per i disturbi psichiatrici e le richieste delle compagnie assicurative, disposte a finanziare trattamenti la cui efficacia fosse empiricamente fondata e di durata limitata, sono alcuni dei fattori che hanno dato il via a un movimento di ricerca, prevalentemente di matrice cognitivo-comportamentale, teso a elaborare protocolli psicoterapeutici standardizzati, finalizzati a disturbi specifici e dalla efficacia sperimentalmente dimostrata.

Nasce così il movimento degli *Empirically Supported Treatments* (EST) (Kendall, 1998), spinto anche dal movente di ovviare a uno squilibrio presente nel mercato della salute mentale, popolato dalle forme più diverse di terapia, ma privo di dati relativi al rapporto tra problema per cui si cerca una terapia, costi, durata e outcome del trattamento.

In un'epoca in cui un farmaco o una terapia, per essere commercializzabili, devono dimostrare la loro efficacia in studi accuratamente controllati, anche la psicoterapia – assimilata a una terapia medica – deve presentarsi sul mercato delle terapie rivali e al cospetto dei possibili fruitori con un pedigree di prove empiriche della sua efficacia.

Le esigenze della sperimentazione sugli EST

Le esigenze della ricerca e il tipo di epistemologia e modellistica terapeutica cui fanno riferimento i ricercatori EST pongono dei vincoli specifici agli studi finalizzati all'elaborazione e alla valutazione dei trattamenti (Chambless & Ollendick, 2000; Kendall, Marrs-Garcia, Nath, & Shedrick, 1999; Nathan, Stuart, & Dollan, 2000). Eccone alcuni:

1. dagli studi di validazione delle psicoterapie devono essere esclusi i soggetti che minano l'omogeneità del campione sperimentale e di controllo;
2. i trattamenti da valutare devono essere brevi, o comunque devono avere una durata prefissata, perché il protocollo deve essere uguale in tutti i casi e il quadro clinico presentato dai pazienti all'inizio, alla fine della terapia e al follow-up deve essere valutabile a parità di tutte le altre condizioni;
3. i trattamenti devono essere mirati alla cura di un unico disturbo clinico diagnosticabile con i manuali psicopatologici accettati dalla comunità internazionale (Goldfried, 2000) e devono essere specifici per quel disturbo, ragion per cui dai campioni di validazione degli EST vanno eliminati quei pazienti che presentano comorbidità o vanno ignorati lo stato e gli eventuali mutamenti presentati dai disturbi diversi da quello target (Wilson, 1998);
4. i trattamenti da valutare devono essere manualizzati e va controllato il livello di aderenza al protocollo della pratica reale dei professionisti coinvolti negli studi.

¹ In questo articolo abbiamo riassunto, con il consenso di Drew Westen, i principali temi della sua conferenza "Making Clinical Research Empirically Relevant", tenutasi a Roma, il 14 giugno 2006, nell'Aula Magna della Facoltà di Psicologia (Introduzione di Nino Dazzi e Vittorio Lingiardi, traduzione consecutiva di Francesco Gazzillo).

² Dottorando di ricerca di Psicologia Clinica, Dinamica e dello Sviluppo, Facoltà di Psicologia1, Università "La Sapienza", Roma.

³ Professore Straordinario, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Facoltà di Psicologia1, Università "La Sapienza", Roma.

In sintesi, il movimento EST cerca di elaborare trattamenti psicoterapeutici brevi, manualizzati e finalizzati alla cura di disturbi specifici, e li valuta per mezzo di campioni di soggetti omogenei trattati (e/o valutati) in modo identico e per la sola patologia bersaglio.

Gli EST e le esigenze della pratica clinica reale

Per giudicare la rilevanza clinica e la validità ecologica degli EST è necessario rispondere in via preliminare ad una serie di domande.

1. Quali sono i problemi che più spesso portano le persone ad iniziare una psicoterapia? Questi problemi sono quelli alla cui risoluzione sono mirati gli EST? In caso contrario, è come se il movimento EST avesse cercato risposte affidabili a domande poste raramente o da poche persone.
2. I trattamenti di cui valutiamo l'efficacia sono gli stessi che vengono condotti nella pratica clinica reale? In caso contrario, è come se gli EST avessero fatto ricerche empiricamente solide sulla corsa degli unicorni.
3. Qual è la durata ottimale di una psicoterapia in relazione al disturbo che cerca di curare e agli esiti che riesce ad ottenere? Esiste un rapporto dose-effetto in ambito psicoterapeutico?
4. Qual è il rapporto tra i risultati ottenuti nelle ricerche sugli EST e quelli delle terapie effettivamente condotte nella pratica clinica pubblica e privata?
5. In base a quali criteri sosteniamo che un certo tipo di psicoterapia ha un sostegno di tipo empirico e un altro no? Questi criteri, oltre a rispettare le esigenze della ricerca empirica, hanno una qualche rilevanza clinica?⁴
6. In che modo possiamo integrare i risultati delle ricerche EST e le scoperte della psicologia generale e delle neuroscienze?

E il primo grande problema in cui ci imbattiamo, argomenta Westen, è che tutte queste domande non hanno ancora ricevuto risposta.

I problemi portati da chi va in terapia

Rispetto al tipo di patologie psichiche per cui i pazienti cercano un trattamento, la maggior parte delle ricerche indicano che in genere non si inizia una psicoterapia per un singolo disturbo diagnosticabile in DSM, e che anzi circa la metà dei pazienti con un disturbo diagnosticabile in Asse II presenta anche disturbi di Asse I e viceversa (Newman, Moffit, Caspi, & Silva, 1998; Zimmermann, McDermut, & Mattia, 2000). Molti pazienti presentano disturbi di Asse I sotto-soglia, cioè sintomi riferibili ai disturbi maggiori che però non soddisfano gli algoritmi stabiliti dal DSM per fare diagnosi di disturbo; inoltre, la maggior parte dei pazienti che cercano una terapia presentano disturbi di personalità sotto-soglia (Howard, et al., 1996; Messer, 2001). In tutti i casi, non esistono studi EST relativi a patologie sotto-soglia.

Infine, non abbiamo prove empiriche a sostegno dell'ipotesi secondo cui persone diverse cui è diagnosticato uno stesso disturbo possano beneficiare ugualmente dello stesso tipo di trattamento. Ed è poco plausibile, tanto per fare un esempio, che un giovane uomo con sindrome depressiva, confusione rispetto al proprio orientamento sessuale e gravi conflitti familiari possa beneficiare allo stesso modo e dello stesso trattamento che riesce ad

⁴È utile a questo punto ricordare la differenza tra *efficacy* e *effectiveness*. Con *efficacy research* ci si riferisce a studi ben controllati in laboratorio (per esempio, uno studio sulla psicoterapia che monitora, controlla e standardizza le procedure di trattamento e utilizza gruppi tra loro omogenei attraverso la randomizzazione). Si parla invece di *effectiveness research* quando gli sperimentatori privilegiano il fatto che il trattamento venga condotto in un contesto clinico magari meno controllato del laboratorio, ma più valido dal punto di vista ecologico. Per Kazdin (2002), *efficacy* ed *effectiveness* vanno considerate come poli estremi di un *continuum* piuttosto che come categorie discrete, e compito del ricercatore è trovare un buon equilibrio tra le due (ben sapendo che un sacrificio dell'*efficacy* di solito favorisce la rilevanza clinica dei risultati).

aiutare una donna di mezza età con depressione maggiore e da poco entrata in menopausa. La diagnosi DSM in entrambi i casi potrebbe essere di depressione maggiore a episodio singolo, ma le condizioni dei soggetti sembrano piuttosto diverse. È difficile pensare a una stessa psicoterapia, per di più manualizzata, capace di alleviare nello stesso modo la depressione di questi due soggetti.

In breve, non abbiamo prove empiriche a sostegno della rilevanza clinica di ricerche che - come quelle sugli EST - partono dal presupposto che le psicoterapie debbano essere efficaci rispetto a singoli disturbi specifici diagnosticabili in DSM e privi di comorbidità. Mentre esistono prove a sostegno dell'ipotesi che i pazienti che cercano una psicoterapia non lo fanno perché soffrono di un singolo disturbo diagnosticabile con i criteri del DSM.

Il problema del tipo di trattamenti da valutare

Anche rispetto alla scelta dei trattamenti da valutare empiricamente, i dati a nostra disposizione sono piuttosto scoraggianti. Se infatti sarebbe auspicabile che fosse empiricamente verificata l'efficacia dei trattamenti più diffusi all'interno della comunità di pazienti e clinici reali, la maggior parte delle ricerche EST hanno finora valutato quasi esclusivamente l'efficacia di terapie cognitivo-comportamentali e interpersonali a breve termine.

L'assunto di questo tipo di studi è che sia possibile modificare una patologia psichica in un lasso di tempo breve e pre-determinato. Ma anche in questo caso la maggior parte delle ricerche a nostra disposizione evidenzia quanto sia difficile incidere sulle patologie psichiche, soprattutto in un lasso di tempo limitato; e gli alti tassi di ricadute cui vanno incontro le persone sottoposte a psicoterapia segnalano il carattere aleatorio di molti di questi risultati.

Inoltre, se le ricerche sugli EST cercano di ovviare al problema della comorbidità di disturbi di Asse I e Asse II non includendo nei campioni sperimentali soggetti con disturbi di personalità o non monitorando gli eventuali cambiamenti di questi disturbi nel corso delle terapie, le ricerche empiriche indicano in modo inequivocabile che le condizioni personologiche costituiscono la diatesi dei disturbi di Asse I (Westen, Gabbard, & Blagov, 2006), ma le esigenze della sperimentazione EST non permettono di condurre ricerche che tengano conto di questo fatto; la comorbidità viene considerata una semplice giustapposizione di disturbi, e per ogni disturbo andrebbe intrapreso un trattamento diverso. Per i disturbi di Asse II, però, i trattamenti EST a disposizione sono scarsi.

La durata dei trattamenti

Non esistono dati che ci permettano di fare ipotesi sulla durata ottimale di una psicoterapia. Se i trattamenti empiricamente valutati hanno in genere una durata di 4-20 sedute, assimilabile alla durata dei controlli sull'efficacia di un farmaco (Goldfried, 2000); le ricerche indicano che i trattamenti di durata pari o superiore a 24 mesi sono in genere più efficaci di quelli brevi, soprattutto in presenza di problematiche di Asse II (Howard, Kopta, Krauser, & Orlinsky, 1986; Kopta, Howard, Lowry, & Beutler, 1994; Seligman, 1995). L'elevato tasso di ricadute cui vanno incontro i soggetti trattati con EST è in linea con questo dato.

L'alternativa ottimale agli EST: cosa fa il gruppo di controllo?

Un'altra domanda importante è quella relativa al rapporto tra i risultati ottenuti con gli EST e quelli ottenuti dagli psicoterapeuti esperti che lavorano nella comunità. Anche a questo riguardo, le informazioni a nostra disposizione non permettono conclusioni affidabili; ciò è dovuto in primo luogo al fatto che in genere gli esperimenti per la valutazione empirica dell'efficacia degli EST utilizzano come campioni di controllo delle psicoterapie di sostegno in cui viene esclusa la possibilità di discutere dei sintomi, oppure i pazienti in lista di attesa. In entrambi i casi si tratta di condizioni artificiali con cui nessun professionista della salute mentale si trova a competere e che si presentano esplicitamente come non-terapie.

Date queste premesse, i risultati degli EST potrebbero essere spiegati con un'ipotesi diversa da quella che ne vuole dimostrare l'efficacia, e cioè a partire dal presupposto che una terapia che vuole esercitare un effetto sulle condizioni psichiche di un paziente è più efficace di una terapia che non intende farlo.

Maggiore rilevanza clinica avrebbero esperimenti sugli EST che utilizzassero come gruppo di controllo dei pazienti in terapia con professionisti esperti che lavorano nel modo che gli è più congeniale.

L'efficacia di un trattamento secondo il movimento EST

In genere si considera validato un trattamento su cui è stato condotto un certo numero di ricerche empiriche i cui risultati, valutati mediante *meta-analisi*⁵, evidenzino un cambiamento positivo rispetto alle condizioni cliniche rilevate all'inizio della terapia e/o nel campione di controllo.

L'*effect size*⁶ di questo cambiamento deve essere adeguata; la percentuale di pazienti che alla fine della terapia risulta migliorata o guarita deve essere superiore a quella dei pazienti che hanno abbandonato il trattamento o non ne hanno ricevuto beneficio; i sintomi presenti all'inizio del trattamento devono essere ridotti o assenti alla sua conclusione e i risultati degli studi devono essere generalizzabili. Infine, va tenuto conto della percentuale dei pazienti che, dopo la conclusione della terapia, presenta ricadute o cerca un altro trattamento.

Qualche cifra su tre esempi di Trattamenti Empiricamente Supportati

Per valutare in che misura questi requisiti siano soddisfatti dagli studi finora condotti sugli EST possiamo prendere in considerazione due grandi ambiti di ricerca: i trattamenti manualizzati per gli attacchi di panico e quelli per le depressioni (Westen & Morrison, 2001).

Rispetto ai primi, la percentuale di pazienti con attacchi di panico inclusi nei campioni per la validazione di queste terapie è di circa il 36%; l'86% di queste persone completa la terapia e il 63% dei pazienti che hanno portato a termine il trattamento non presenta più sintomi. Dopo la terapia, i pazienti presentano in media 2 attacchi di panico ogni 4 settimane (0,7 attacchi di panico a settimana con una deviazione standard di 1.2) ma a distanza di due anni dalla conclusione della terapia, solo il 46,4% dei pazienti mantiene inalterato il miglioramento, mentre il 49% dei pazienti presenta ricadute e/o cerca un'altra terapia. In parole povere, su 100 persone con attacchi di panico, solo 20 pazienti possono usufruire di un trattamento empiricamente supportato e alla fine della terapia non presentano più sintomi, e di questi pazienti solo 9 mantengono questo miglioramento nei due anni successivi alla conclusione della terapia.

Rispetto alle terapie manualizzate per il trattamento della depressione, invece, i dati dicono che solo il 36% dei pazienti depressi supera i criteri di inclusione di questi studi; di essi il 74% completa la terapia. Il 54% di questi ultimi risulta migliorato. Non sappiamo quanti di questi casi non presentino più alcun sintomo depressivo a fine terapia, ma a distanza di 12-18 mesi dalla conclusione del trattamento solo il 29% dei pazienti non presenta ricadute, mentre circa il 54% cerca un'altra terapia nei due anni successivi alla conclusione della prima. Su 100 persone depresse, quindi, 15 completano un EST e alla fine presentano dei miglioramenti, ma solo 4 mantengono questi miglioramenti nel successivo anno o due.

⁵La meta-analisi applicata alla ricerca sugli EST è un procedimento che permette di valutare quantitativamente l'efficacia di un certo trattamento sulla base dei risultati di studi condotti in tempi, luoghi e condizioni diverse.

⁶L'*effect size* è una misura della differenza tra le condizioni medie dei sintomi presentati dai pazienti del gruppo sperimentale alla fine della terapia e le condizioni medie del gruppo di controllo (cioè in assenza di terapia) rapportate alla deviazione standard del campione come unità di misura e supponendo una distribuzione normale di questi dati.

Un ultimo caso è quello dei trattamenti empiricamente validati per il disturbo post-traumatico da stress. Nel marzo 2005 il *National Institute for Clinical Excellence* degli USA ha promulgato delle linee guida per il trattamento di questo disturbo, e secondo queste linee guida le uniche terapie che si sono dimostrate valide per il PTSD sono la terapia cognitivo-comportamentale e l'*Eye Movement Desensitization Retraining* (EMDR). Anche in questo caso, però, la generalizzabilità dei risultati è dubbia, soprattutto a causa dell'esclusione dei pazienti polisintomatici e dei pazienti che presentano disturbi della personalità o storie caratterizzate da traumi gravi, soprattutto nell'infanzia - tutte condizioni che si trovano frequentemente associate alla presenza di un PTSD in età adulta. Infine, una quota piuttosto elevata dei pazienti trattati con gli EST per il PTSD presenta sintomi residui alla fine della terapia, i dati di follow-up riguardano periodi di tempo piuttosto limitati e non abbiamo dati empirici sui tassi di miglioramento e guarigione di pazienti trattati con psicoterapie non manualizzate condotte da clinici esperti.

In sintesi, le ricerche del movimento EST ci hanno fornito prove empiriche sufficienti a sostengono di un atteggiamento di estrema *umiltà*: i miglioramenti dovuti a una psicoterapia sono in genere solo parziali, il decorso delle condizioni cliniche è nel lungo periodo altalenante e la maggior parte dei pazienti dopo la conclusione di una psicoterapia presenta ricadute e cerca un'altra terapia. Soprattutto, per quanto riguarda la maggior parte delle domande sulla terapia dei disturbi psichici, la ricerca non è ancora riuscita a fornire risposte empiricamente solide e clinicamente rilevanti.

Alcune proposte di Westen: le psicoterapie empiricamente informate

Per uscire dalla situazione attuale - che secondo Westen è sintetizzabile nell'idea che molti professionisti della salute mentale, per realizzare sperimentazioni controllate sull'efficacia delle psicoterapie, si sono lanciati in una sorta di "sperimentazione di massa incontrollata" - sarebbe opportuno passare dall'idea di terapie empiricamente fondate a quella di *psicoterapie empiricamente informate*, un modo per non cercare risposte semplici a domande complesse.

Ecco alcune indicazioni fornite da Westen per realizzare questo ambizioso progetto:

1. sarebbe opportuno lasciare che i clinici facessero quello che sanno fare meglio, cioè osservare, ascoltare, inferire e descrivere, e affidare ai ricercatori e alla statistica il compito che compete loro, cioè aggregare e analizzare i dati nel modo più corretto e informativo (Westen & Weinberger, 2004);
2. clinici e ricercatori di provenienza, formazione e orientamento teorico diverso dovrebbero essere coinvolti in ricerche sperimentali multifocali per mezzo di un lavoro di rete che assegni ai primi l'onere della raccolta delle informazioni e ai secondi quello della loro elaborazione (Westen, Shedler, & Bradley, in press);
3. oltre a valutare dimensioni del funzionamento psichico direttamente osservabili o auto-riferite, la ricerca deve tradurre i principali costrutti inferenziali di ambito psicologico e psicoterapeutico nei loro correlati oggettivi, e servirsi di descrittori che non ricorrano a gerghi di approcci teorici specifici per valutarli a un livello di astrazione intermedio.

Sono queste le strategie seguite da Westen e collaboratori nella costruzione di strumenti di valutazione di costrutti come quelli di personalità (Westen & Shedler, 1999 a, b), relazioni oggettuali e cognizioni sociali (Westen, 1990), transfert (Bradley, Heim, & Westen, 2005), controtransfert (Betan, Heim, Concklin, & Westen, 2005), attaccamento (Nakash-Eisikovits, Dutra, & Westen, 2002), disturbo dell'identità (Wilkinson-Ryan, Westen, 2000), regolazione affettiva (Zittel, Bradley, & Westen, 2006).

La SWAP e le sue applicazioni

La *Shedler-Westen Assessment Procedure-200* (SWAP-200) (Westen, Shedler, & Lingardi, 2003) - di cui esiste anche una versione per adolescenti (SWAP-200-A) ed è in

corso di validazione una seconda versione sia per adulti sia per adolescenti (SWAP-II e SWAP-II-A) - è l'implementazione di una procedura Q-sort alla valutazione della personalità.

Essa è composta di 200 affermazioni descrittive di tratti della personalità normali e patologici. Queste affermazioni sono state elaborate a partire dalla letteratura sulla personalità e i disturbi della personalità, i meccanismi di difesa e di coping; dalle ricerche sulla personalità e i suoi disturbi; dagli assi I e II e dalle appendici delle edizioni III-R e IV del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (APA 1987; APA 1994). La lista originaria dei descrittori SWAP è stata progressivamente modificata e affinata sulla base delle sue prime applicazioni, eliminando gli item ridondanti, quelli con varianza troppo bassa ecc. Tutti gli item della SWAP-200 sono scritti con un linguaggio semplice e privo di termini tecnici e cercano di indagare sia dimensioni della personalità direttamente osservabili, come la tendenza a fare abbuffate seguite da purghe (item 70) o a reagire alle critiche con sentimenti di rabbia e umiliazione (item 103), sia costrutti ipotetici come quelli di identificazione proiettiva o formazione reattiva. Nei casi in cui oggetti di indagine siano proprio costrutti inferenziali, però, gli autori hanno proceduto a una loro articolazione nei loro correlati fenomenici direttamente osservabili e hanno dedicato almeno un item alla descrizione di questi correlati. Ad esempio, il concetto di identificazione proiettiva viene indagato per mezzo di tre item: 116 "Tende a vedere i suoi sentimenti e impulsi inaccettabili negli altri e non in se stesso/a" (componente proiettiva); 76: "Si comporta in modo da suscitare negli altri sentimenti simili a quelli che lui/lei stesso/a sta provando (per es., quando è arrabbiato/a, agisce in un modo che provoca rabbia negli altri; quando è ansioso/a, agisce in un modo che induce ansia negli altri)" (manipolazione interpersonale); 154: "Tende a suscitare negli altri reazioni estreme e sentimenti forti" (conseguenze delle precedenti operazioni sulle altre persone). In questo senso, la SWAP-200 cerca di avvalersi dell'esperienza clinica accumulata in più di cento anni di pensiero psicodinamico senza sacrificare le necessità della ricerca scientifica in senso stretto.

Gli item della SWAP-200 descrivono tratti relativi alle 4 dimensioni che è necessario esplorare per ottenere una *valutazione funzionale della personalità* (Westen, 1998) che colmi il gap tra diagnosi descrittiva e formulazione del caso e intenda i tratti di personalità in modo *condizionale*, cioè come tendenze a reagire in modi specifici a specifiche condizioni interne ed esterne: 1) le motivazioni, gli standard morali, i valori ideali e i conflitti relativi a queste dimensioni; 2) le capacità, le risorse e lo stile cognitivo ed emotivo del soggetto; 3) le rappresentazioni del sé, dell'oggetto e della relazione tra il sé e l'oggetto. Queste informazioni vanno successivamente integrate con dati relativi a: 4) lo sviluppo di questi tre ambiti e alla loro interazione reciproca.

I quasi 800 clinici di orientamento e formazione diversa che hanno preso parte allo studio di validazione della SWAP-200 hanno dovuto valutare su una scala a 4 punti in che misura gli item di questo strumento fossero adeguati a descrivere la personalità dei loro pazienti: il 72% del campione ha risposto 1, il punteggio più elevato, il 26,7% 2, lo 0,6% 3 e nessuno ha risposto 4 (Westen & Shedler, 1999a).

Il ricercatore o il clinico che deve valutare un paziente con la SWAP deve attribuire ai 200 item un punteggio che va da 0 a 7⁷. Il punteggio 0 va attribuito agli item che non sono descrittivi della personalità del soggetto valutato, 1 a quelli pochissimo descrittivi e così via fino al 7, punteggio da attribuire agli item che sono assolutamente descrittivi della personalità da valutare. E' importante che la valutazione della descrittività degli item non sia confusa con un giudizio sull'intensità con cui è presente il tratto in questione.

La procedura SWAP-200 impone inoltre una distribuzione fissa di questi item, cioè un numero fisso di item a cui attribuire i diversi punteggi. Questo vincolo, che approssima la distribuzione degli item alla metà destra di una curva normale, è quello che si avvicina maggiormente alla distribuzione che si ottiene lasciando i valutatori liberi di attribuire i punteggi nel modo che reputano più appropriato e, al tempo stesso, è finalizzato ad

⁷Prima della costruzione del supporto informatico allegato al volume *La valutazione della personalità con la SWAP-200* (Westen, Shedler, & Lingardi, 2003), questa attribuzione di punteggi avveniva collocando gli item in 7 pile.

ovviare ad un possibile bias dei valutatori. Con questo termine si intende la possibile tendenza di alcuni valutatori ad attribuire preferenzialmente punteggi medi o estremi indipendentemente dalla effettiva descrittività dell'item.

Una valutazione SWAP-200 può essere compiuta da una persona che conosca bene la persona da valutare, cioè che le abbia fatto almeno 3-5 colloqui o abbia avuto la possibilità di osservare/ascoltare/leggere almeno 3-5 colloqui video o audio-registrati oppure trascritti. Westen e coll. hanno anche elaborato una *Intervista Clinico Diagnostica* (CDI) (Westen & Muderrisoglu, 2003), simile a un gruppo di 3 colloqui di presa in carico appositamente pensata per facilitare la valutazione con la SWAP.

Questa parte della procedura SWAP, più clinica, parte dall'assunto secondo cui i clinici, che hanno studiato e fatto un training specifico, abbiano una capacità di ascoltare, osservare e inferire i comportamenti dei pazienti e i loro processi psichici che è superiore a quella dei pazienti stessi o di profani, ragion per cui la valutazione della personalità non può essere affidata a strumenti self-report, che per definizione non possono tenere conto dei processi psichici e delle rappresentazioni implicite, né delle eventuali concordanze e discrepanze tra questi processi e rappresentazioni e quelli espliciti, tutte dimensioni fondamentali nella valutazione della personalità e dei suoi disturbi. Per rendere questo punto più chiaro, basti pensare a come uno strumento self-report non possa tenere conto dell'onnipotenza implicita che spesso si associa a un senso esplicito di impotenza personale nei pazienti narcisistici cosiddetti "covert", ipervigili (Gabbard, 1994) o di pelle sottile (Rosenfeld, 1987). Così come difficilmente un paziente narcisista nei termini del DSM-IV risponderebbe "vero" a un item che gli chiede se ha in senso esagerato della propria importanza. Da questo punto di vista, la SWAP-200 è un tentativo di operationalizzare e rendere statisticamente affidabile e oggettiva la procedura di valutazione normalmente utilizzata in contesto clinico. Incidentalmente, alcuni dati raccolti nel processo di costruzione della SWAP sostengono empiricamente l'idea che i clinici di formazione, orientamento ed esperienza diversa siano capaci di osservare, descrivere e inferire in modo attendibile le stesse configurazioni personologiche (Westen & Weinberger, 2004)

Una volta terminata l'assegnazione dei punteggi agli item, il programma SWAP-200 calcola e standardizza in punti T (media 50 e varianza 10) le correlazioni tra il profilo SWAP-200 del paziente valutato, cioè l'insieme dei 200 item con i punteggi che il valutatore ha attribuito a ognuno di essi, e:

1. dei prototipi SWAP-200 di pazienti ideali con i disturbi della personalità presenti nell'Asse II del DSM-IV, o *PD factor*;
2. dei prototipi di stili della personalità derivati empiricamente con la SWAP-200 in base alle descrizioni di pazienti reali, o *Q factor*.

I fattori PD e i fattori Q della SWAP

I PD factor della SWAP-200 sono le descrizioni di *pazienti ideali* con un certo disturbo dell'Asse II del DSM-IV elaborate da circa 237 clinici di orientamento e formazione diversa per mezzo della SWAP-200. Oltre a queste descrizioni, ai clinici coinvolti in questo studio è stato chiesto di descrivere con la SWAP anche un paziente ideale sano, dall' "alto funzionamento".

Terminata la valutazione di un paziente, il programma informatico elabora la correlazione tra questa valutazione (cioè i 200 item e i relativi punteggi attribuiti loro dal rater) e i singoli prototipi PD (punteggi PD), la standardizza in punti T (PD-T) e presenta i risultati sia numericamente sia sotto forma di grafico a barre. Può essere considerata indice di un *disturbo di personalità* qualsiasi correlazione che superi il punteggio di 60, cioè che superi la media di almeno una deviazione standard. Se questa correlazione si colloca tra il 55 e il 60 si può parlare della presenza di *forti tratti* della personalità congruenti con quel tipo di disturbo. In questo modo, la SWAP-200 permette di ottenere una *diagnosi sia categoriale* (presenza/assenza di un disturbo) *sia dimensionale* (viene presa in considerazione la correlazione tra la descrizione SWAP-200 del paziente valutato e *tutti* i prototipi di disturbo

dell'Asse II del DSM-IV ri-descritti con la SWAP-200). Oltre ad essi, viene anche calcolata la correlazione tra la descrizione SWAP del paziente valutato e il fattore di "alto funzionamento", che permette di valutare le *risorse* della personalità descritta. Il fattore di alto funzionamento, peraltro, a differenza della *Global Assessment of Functioning Scale* (GAF), è un indice di buon funzionamento schiettamente psicologico, valutato per mezzo di item come: "Sa mantenere una relazione amorosa caratterizzata da un'intimità autentica e dalla capacità di prendersi cura dell'altra persona" (32) oppure: "Riesce ad ascoltare una notizia minacciosa sul piano emotivo (cioè un'informazione che mette in discussione le credenze e percezioni di sé e degli altri che per lui/lei sono fondamentali) e sa usarla e trarne beneficio" (82). Queste differenze tra le dimensioni indagate tra il fattore PD di alto funzionamento e la GAF rendono conto del fatto che la correlazione tra i due strumenti si sia rilevata positiva e significativa ($p = .001$), ma bassa (.48).

Questi prototipi, o PD factor, hanno dimostrato una buona validità convergente e discriminante (Westen & Shedler, 1999a) quando sono stati correlati con le descrizioni composite SWAP-200 di pazienti reali con disturbi della personalità classificabili in DSM. È stato inoltre rilevato che i due fattori PD che correlavano maggiormente con il fattore di alto funzionamento, cioè i tipi di disturbi che nella nostra società si presentano come più "funzionali", sono quello ossessivo e quello narcisistico (*ibidem*).

I fattori Q della SWAP-200 (Westen & Shedler, 1999b) sono stati estratti per mezzo di una procedura chiamata Q-analysis dalle descrizioni SWAP-200 di 496 pazienti reali che avevano ricevuto una diagnosi di Asse II. La Q-analysis è una variante dell'analisi fattoriale che, anziché accorpare gruppi di item intercorrelati tra di loro, accorpa gruppi di casi caratterizzati da punteggi simili sulle stesse variabili; questa procedura è stata in passato utilizzata per elaborare tassonomie zoologiche e per lo studio delle personalità "normali".

L'applicazione della Q-analysis a questi casi ha fatto emergere la presenza di 7 fattori Q. Il primo, all'interno del quale ricadevano circa il 20% dei soggetti del campione (tra essi prevalevano persone che in DSM avevano ricevuto le diagnosi di disturbo depressivo, borderline, autofrustrante e dipendente di personalità), è stato sottoposto a una Q-analysis di secondo ordine e ulteriormente suddiviso in 5 sotto-fattori, per un totale di 11 fattori Q. I sette fattori di primo ordine sono:

- 1) disforico,
- 2) antisociale,
- 3) schizoide,
- 4) paranoide,
- 5) ossessivo,
- 6) istrionico e
- 7) narcisistico⁸.

I fattori di secondo ordine derivati da quello disforico sono invece:

- 1a) evitante,
- 1b) depressivo-nevrotico,
- 1c) dipendente-masochistico e
- 1d) con esteriorizzazione dell'aggressività, ostile.

Anche nel caso dei fattori Q, il programma informatico (Westen, Shedler & Lingardi, 2003) calcola la correlazione tra il profilo SWAP-200 del paziente valutato e i diversi fattori Q e la standardizza in punti T (Q-T factor). Quando questa correlazione supera 60, è possibile parlare di *disturbo della personalità*; quando si colloca tra 55 e 60 si può parlare di *forti tratti* della personalità. In caso contrario, si parla semplicemente di *stile* di personalità. Anche con i fattori Q è dunque possibile ottenere diagnosi della personalità sia categoriali sia dimensionali.

⁸Una ricerca successiva sulle descrizioni SWAP di 122 pazienti adulti ha messo in evidenza la presenza di 3 sottotipi narcisistici: grandioso/maligno, fragile e di alto funzionamento (Russ, Bradley, & Westen, in preparazione).

Questa classificazione, empiricamente derivata e clinicamente utile, presenta il limite di essere stata elaborata a partire da pazienti che potevano ricevere, e di fatto avevano ricevuto, una diagnosi DSM; studi ulteriori hanno preso in considerazione anche pazienti seguiti in setting clinici per “pattern disfunzionali di cognizione, emozioni, motivazione e comportamento” che non potevano ricevere diagnosi DSM. I risultati di questi studi sono attualmente oggetto di elaborazione.

La classificazione degli stili di personalità in fattori Q ha dimostrato una buona validità convergente e discriminante quando è stata paragonata a valutazioni cliniche su una scala a 7 punti della misura in cui i pazienti dello studio potevano ricevere una data diagnosi in DSM, e sulla base della correlazione tra diagnosi Q e punteggi GAF. Questi ultimi dati hanno inoltre permesso di rilevare come i fattori Q più correlati a un alto funzionamento siano quello depressivo, quello ossessivo e quello narcisistico (Westen & Shedler, 1999b). Anche la validità predittiva dello strumento rispetto a misure come il numero di ospedalizzazioni successive alla valutazione si è rivelata buona.

Infine, per individuare le dimensioni essenziali di cui si deve tenere conto per elaborare un profilo adeguato della personalità è stata elaborata un’analisi fattoriale degli item della SWAP-200. I risultati di questa analisi hanno messo in evidenza i seguenti fattori ortogonali:

- 1) salute psicologica,
- 2) psicopatologia,
- 3) ostilità,
- 4) narcisismo,
- 5) disregolazione emotiva,
- 6) disforia,
- 7) orientamento schizoide,
- 8) ossessività,
- 9) disturbo del pensiero/schizotipia,
- 10) conflitti edipici/sexualizzazione istrionica,
- 11) dissociazione,
- 12) conflitti sessuali.

La rilevazione di questi fattori, non ulteriormente riducibili, mette in discussione l’adeguatezza clinica di strumenti per altri versi sofisticati e affidabili (come i vari questionari connessi al Five Factor Model), ma che non sembrano capaci di render conto di un numero adeguato di dimensioni psicopatologicamente rilevanti (Shedler & Westen, 2004).

La SWAP-200 e la SWAP-II hanno mostrato un livello medio di interrater reliability e test-retest reliability di .80 (Westen & Muderrisoglu, 2003) e le diagnosi SWAP si sono rivelate predittive di dimensioni come il funzionamento adattivo, la storia di suicidi, ospedalizzazioni, arresti, coinvolgimenti in relazioni di abuso, la storia dello sviluppo, la storia familiare e le risposte al trattamento dei pazienti. Sembra dunque possibile, per riprendere l’espressione utilizzata da Westen, utilizzare strumenti come la SWAP per trasformare i dati empirici nell’oro della clinica. In altri termini, strumenti come la SWAP sembrano permetterci di rifinire le diagnosi correnti, derivare in modo empirico nuove diagnosi, derivare empiricamente i tratti di personalità usando un metodo diverso da quello dei self-report, di identificare sottogruppi diagnostici di pazienti che condividono la stessa etichetta diagnostica (per es., mariti abusanti, sottotipi narcisistici), verificare ipotesi eziologiche, costruire scale empiricamente fondate per scopi specifici e clinicamente rilevanti (per es., per prevedere le risposte ai trattamenti, il rischio forense ecc.) e misurare il cambiamento del carattere nel corso delle psicoterapie (Lingiardi, Shedler, & Gazzillo, 2006). Vediamo alcuni esempi di queste ricerche.

Ricerche empiriche clinicamente rilevanti

La procedura SWAP, brevemente descritta nel paragrafo precedente, si è dimostrata adeguata alle necessità di ricerche empiricamente solide e al tempo stesso clinicamente

rilevanti. Alcune ricerche hanno infatti mostrato la possibilità di prevedere un *fattore di rischio composito* (arresti, crimini violenti, percosse) relativo ai comportamenti di adulti di sesso maschile a partire dalle diagnosi SWAP-II dei loro tratti della personalità. In particolare, il tratto di personalità *psicopatia* correla in modo positivo e significativo con questo fattore ($r = .62$ con $p < .001$), mentre il tratto *narcisistico* sembra un fattore di resilience rispetto a questi rischi ($r = -.12$ con $p < .004$). Altri predittori rilevanti di arresti e comportamenti criminali o violenti sono la *psicopatia infantile* ($r = .14$ con $p < .001$) e la presenza di *traumi multipli in età precoce* ($r = .15$ con $p = .001$).

Altre ricerche condotte con la SWAP su campioni di adolescenti e adulti (Thompson-Brenner et al., in preparazione; Thompson-Brenner & Westen, 2005; Westen & Harnden-Fischer, 2001) hanno permesso di differenziare tre sottotipi di personalità nei pazienti con *disturbi del comportamento alimentare*. Tendendo conto di questi tre sottotipi - uno di alto funzionamento, uno coartato e uno disregolato - replicati con strumenti, informatori e procedure statistiche diverse, è possibile prevedere la durata e l'esito delle psicoterapie di questi pazienti.

In particolare, i pazienti con DCA e personalità disregolata (cioè con una personalità borderline ed emotività disregolata, ma egodistonica) necessitano di terapie più lunghe per ottenere la scomparsa del disturbo alimentare ($r = .41$ con $p < .001$), mentre l'esito complessivo delle psicoterapie risulta spesso negativo sia per i pazienti con DCA e personalità disregolata sia per quelli con DCA e personalità coartata (rispettivamente $r = -.24$ con $p < .05$ e $r = -.19$ con $p < .05$), ma non per quelli con DCA e personalità di alto funzionamento.

Nel caso di adolescenti con sintomi bulimici, poi, la presenza di una personalità ad alto funzionamento permette di prevedere un esito positivo della psicoterapia ($R = .61$ con $p < .001$), mentre quella di una personalità disregolata sembrano implicare una prognosi infausta ($r = -.31$ con $p < .05$). Incidentalmente, questi dati sembrano mettere seriamente in discussione gli studi EST che, come abbiamo accennato, cercano di valutare l'efficacia di psicoterapie per disturbi di Asse I senza prendere in considerazione le condizioni relative all'Asse II.

Una ricerca simile è stata condotta con pazienti adulti a cui era stato diagnosticato un disturbo d'ansia generalizzato (Peart & Westen, in preparazione). Ricorrendo alle descrizioni SWAP di pazienti reali con DAG fornite da 201 clinici (psicologi e psichiatri statunitensi di orientamento diverso) che li seguivano in trattamento sono stati individuati 4 sottotipi di personalità: disforico, di alto funzionamento, emotivamente disregolato, ossessivo. Sulla base di questi sottotipi è stato possibile elaborare previsioni relative alla presenza di una comorbidità di abuso di sostanze, al livello di funzionamento globale, alla presenza di rotture nel sistema di attaccamento nell'infanzia e ad una storia di traumi precoci nonché all'esito delle psicoterapie.

In particolare, un funzionamento globale più basso è proprio dei pazienti con DAG e personalità disregolata ($r = -.42$ con $p > .001$), che sono anche quelli che più spesso abusano di sostanze ($r = .30$ con $p < .001$), hanno subito traumi e rotture del sistema di attaccamento nell'infanzia ($r = .20$ e $r = .22$ con $p < .05$) e presentano una prognosi infausta alla psicoterapia ($r = -.24$). Rispetto a tutti questi indicatori, i pazienti con DAG e alto funzionamento si presentano con una buona prognosi alla psicoterapia ($r = .37$ con $p < .001$) e in genere non hanno sofferto di traumi o rotture nell'attaccamento infantile ($r = -.32$ e $r = -.28$ con $p < .001$).

Un'altra ricerca degna di rilievo è stata condotta con pazienti adolescenti in terapia con la "dubbia" diagnosi di disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (Levin & Westen, in preparazione), sindrome al centro di dibattiti che oppongono professionisti che ne condividono l'esistenza e ne auspicano una soluzione farmacologica precoce a professionisti che mettono in dubbio il senso stesso della stessa etichetta diagnostica, che sembra descrivere un cluster di comportamenti privi di senso se non inseriti nel contesto personologico e sociale in cui si manifestano. La Q factor analysis applicata alle descrizioni SWAP di 137 adolescenti con ADHD elaborate dai clinici che li seguivano in psicoterapia ha evidenziato la presenza di 4 sottotipi di personalità: psicopatico, socialmente ritirato, emotivamente disregolato e di alto funzionamento. I pazienti con

ADHD e personalità emotivamente disregolata presentano eventi avversi, traumi e rotture di attaccamento nell'infanzia ($r = .25$, $r = .21$, $r = .24$ con $p \leq .05$); nella loro storia familiare sono spesso presenti diagnosi di disturbi psicotici, dell'umore, sintomi da esteriorizzazione o suicidi nei parenti di primo grado ($r = .20$, $r = .17$, $r = .24$ e $r = .21$ con $p \leq .05$); tutte queste condizioni sono in genere assenti negli adolescenti con ADHD e personalità di alto funzionamento.

Il livello di funzionamento globale è tendenzialmente alto nei pazienti con ADHD e personalità di alto funzionamento ($r = .41$ con $p < .001$) e tendenzialmente basso in quelli con personalità emotivamente disregolata ($r = -.35$ con $p < .001$). Ad un anno dall'inizio di una psicoterapia, l'esito sui sintomi dell'ADHD risulta tendenzialmente negativo nei pazienti con ritiro sociale ($r = -.29$ con $p < .02$) e personalità psicopatica ($r = -.27$ con $p = .05$), ma non in quelli con personalità dal funzionamento elevato.

Va sottolineato che non è possibile fare alcuna di queste discriminazioni se i pazienti con ADHD vengono considerati come un unico gruppo; in altri termini, conoscere la personalità che costituisce la diatesi dei disturbi di Asse I è essenziale per ottenere tutte le informazioni appena sintetizzate. Le ricerche EST, però, trascurano sistematicamente di indagare le comorbidità di Asse II dei disturbi target.

Cenni sulle ricerche su transfert e controtransfert

Un ulteriore esempio dell'approccio di Westen alla ricerca su problemi di rilevanza clinica è quello dell'indagine empirica su transfert e controtransfert. 181 clinici statunitensi di formazione e orientamento diverso hanno utilizzato il *Psychotherapy Relationship Questionnaire* (PRQ) (Bradley, Heim, & Westen, 2005) e il *Countertransference Questionnaire* (CTQ) (Betan, Heim, Conklin, & Westen, 2005) per descrivere la loro esperienza soggettiva della relazione con uno dei loro pazienti scelto a caso (l'ultimo visto la settimana precedente la ricezione del materiale di ricerca). Sebbene sia problematico asserire che questionari compilati dai clinici, rating scale e analisi fattoriali possano fornire informazioni relative a transfert e controtransfert (che sono per definizioni processi inconsci e in larga parte idiomatichi), alcuni risultati di queste ricerche sembrano piuttosto interessanti.

In primo luogo, l'analisi fattoriale dei dati relativi al PRQ ha messo in evidenza che la relazione del paziente con il terapeuta – così come viene percepita dal clinico – può essere descritta per mezzo di 5 grandi dimensioni:

- 1) sicuro/impegnato,
- 2) evitante/contro dipendente,
- 3) ansioso/preoccupato,
- 4) arrabbiato/presuntuoso,
- 5) sessualizzato.

I possibili atteggiamenti emotivi del terapeuta nei confronti dei pazienti (CTQ) possono invece essere descritti su 8 grandi dimensioni:

- 1) soverchiante/disorganizzato,
- 2) impotente/inadeguato,
- 3) positivo,
- 4) speciale/ipercoinvolto,
- 5) sessualizzato,
- 6) distaccato,
- 7) genitoriale/protettivo,
- 8) criticato/maltrattato.

Almeno 3 delle dimensioni evidenziate dal PRQ e 4 di quelle messe in luce dal CTQ ricordano gli stili di attaccamento ipotizzati negli adulti sulla base dei dati raccolti con la *Adult Attachment Interview* (AAI) (Main et al., 2002), dato che incoraggia le ricerche e i clinici che reputano il costrutto di *stile di attaccamento* un contributo utile anche alla descrizione delle situazioni cliniche.

Conclusioni

Al di là di alcune semplificazioni concettuali, peraltro inevitabili quando si cerca di tradurre un costrutto clinico in forma empiricamente valutabile, il contributo di Westen alla ricerca clinica ci sembra davvero rilevante.

L'idea di un "ritorno al futuro" (Westen, Gabbard, & Baglov, 2006) che: a) recuperi un'impostazione allo studio della psicopatologia per cui la personalità e la sua struttura costituiscono la diatesi per eventuali problemi di Asse I; b) non trascuri le dimensioni implicite e i processi psichici inconsci che contribuiscono al funzionamento personologico; c) cerchi di coniugare la classificazione con la descrizione e la comprensione dei processi psichici, sta già dando i suoi frutti.

Dal punto di vista metodologico, il ricorso a un lavoro di rete in grado di coinvolgere professionisti di provenienza, formazione, orientamento ed esperienza diversi e il tentativo di lasciare ai clinici il compito di fare ciò che sanno fare meglio (osservare e fare inferenze) e ai ricercatori quello di elaborare e analizzare dati in modo metodologicamente solido, sono strategie che già si sono dimostrate foriere di risultati importanti.

La SWAP-200 – solo per citare lo strumento di Westen più noto e riuscito - è stata tradotta ed è utilizzata in molti paesi (USA, Italia, Spagna, Messico ecc.), ed è tra gli strumenti di elezione per la valutazione del funzionamento psichico segnalati dal *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM, 2006). La SCORS (Westen, 1991) ha permesso di raccogliere informazioni rilevanti nella valutazione dell'impatto differenziale dell'abuso fisico e sessuale sui bambini e per la comprensione delle sottili differenze tra soggetti depressi, borderline e normali lungo le dimensioni delle rappresentazioni di sé e degli altri e delle cognizioni sociali.

Per concludere, Westen (2002), rifiutando il principio di autorità come legittimazione delle affermazioni, ma anche prendendo le distanze da certe derive epistemologiche postmoderniste secondo cui: "lo non so niente, ma neppure *tu* sai qualcosa", così sintetizza il suo approccio: "L'antidoto alla conoscenza per autorità è un atteggiamento scientifico capace di riconoscere che la conoscenza scientifica è sempre imperfetta, probabilistica e influenzata da forze extra-scientifiche – sociali, economiche e psicodinamiche – ma anche che questa conoscenza imperfetta, compresa nel suo contesto umano, è meglio di una conoscenza legittimata da ordini o legittimata dal nichilismo" (p. 892).

Bibliografia

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, D.C.: APA. Trad. it. (1988). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-III-R* (3rd ed.). Milano: Masson.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, D.C.: APA Trad. it. (1996). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (4th ed.). Milano: Masson.

Betan, E., Heim, A. K., Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162, 890-898.

Bradley, R., Heim, A., & Westen, D. (2005). Transference phenomena in the psychotherapy of personality disorders: An empirical investigation. *British Journal of Psychiatry*, 186, 342-349.

Chambless, D., & Ollendick, T. (2000). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.

Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.

Gabbard, G. (1994). *Psychodynamic Psychiatry*. American Psychiatric Press. Trad. it. (2002). *Psichiatria psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina.

Goldfried, M. (2000). Consensus in psychotherapy research and practice: Where have all the findings gone? *Psychotherapy Research*, 10, 1-16.

Grünbaum, A. (1984), *The foundation of psychoanalysis*. Trad. it. (1988). *I fondamenti della psicoanalisi*. Milano: Il Saggiatore.

Howard, K. I., Cornille, T., Lyons, J. S., Vessey, J., Lueger, R. J., & Saunders, S. M. (1996). Patterns of mental health service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 53, 696-703.

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

Kazdin, A. (2002). Overview of research design issues in clinical psychology. In P.C. Kendall, J. Butcher, & G. Holmbeck, (Eds.), *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology* (pp. 330-363). New York: John Wiley & Sons.

Kendall, P. C. (1998). Empirically supported psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 3-6.

Kendall, P. C., Marrs-Garcia, A., Nath, S. R., & Sheldrick, R. C. (1999). Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (3), 285-299.

Kopta, S., Howard, K., Lowry, J., & Beutler, L. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1009-1016.

Levin, D., & Westen, D. (in preparazione).

Lingiardi, V., Shedler, J., & Gazzillo, F. (2006). Assessing Personality Change in Psychotherapy with the SWAP-200: A Case Study. *Journal of Personality Assessment*, 86, 23-32.

Main, M. et al. (2002), *Adult Attachment Interview Coding Manual*. Unpublished manuscript.

Messer, S. (2001). Empirically supported treatments: What's a non-behaviorist to do? In B. D. Slife, R. N. Williams, & S. H. Barlow (Eds), *Critical issues in psychotherapy: Translating new ideas into practice* (pp.21-25). Thousand Oaks, CA: Sage.

Nakash-Eisikovits, O., Dutra, L., & Westen, D. (2002). The relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (9), 1111-1123.

Nathan, P. E., Stuart, S. P., & Dolan, S. L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis? *Psychological Bulletin*, 126 (6), 964-981.

Newman, D. L., Moffitt, T., Caspi, A., & Silva, P. A. (1998). Comorbid mental disorders: Implications for treatment and sample selection. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 305-311.

Peart, J.L., & Westen, D. (in preparazione).

PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.

Rosenfeld, H. A. (1987). *Impasse and interpretation*. London: Tavistock Trad. it. (1989). *Comunicazione e interpretazione*. Torino: Bollati Boringhieri.

Russ, E. Bradley, R., & Westen, D. (in preparazione)

Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy. *American Psychologist*, 50, 965-974.

Shedler, J., & Westen, D. (2004). Dimensions of personality pathology: An alternative to the Five Factor Model. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1743-1754.

Thompson-Brenner, H., & Westen, D. (2005). A naturalistic study of psychotherapy for bulimia nervosa, Part 1: Comorbidity and treatment outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 573-584.

Thompson-Brenner, H., et al. (in preparazione)

Westen, D. (1990). Toward a revised theory of borderline object relations: Implications of empirical research. *International Journal of Psycho-Analysis*, 71, 661-693.

Westen, D. (1998). Case formulation and personality diagnosis: two processes or one? In Barron, J. (Ed.), *Making Diagnosis Meaningful: Enhancing Evaluation and Treatment of Psychological Disorders* (pp. 111-137). Washington, DC: American Psychological Association. Trad. it. in D. Westen, J. Shedler, & V. Lingardi (Eds.) (2003). *Valutare la personalità con la SWAP-200* (pp.37-60). Milano: Raffaello Cortina.

Westen, D. (2002). The language of psychoanalytic discourse. *Psychoanalytic Dialogues*, 12 (6), 857-898.

Westen, D., Gabbard, G., & Blagov, P. (2006). Back to the future: Personality structure as a context for psychopathology. In R.F. Krueger & J. L.Tackett (Eds.), *Personality and psychopathology* (pp.335-384). New York: Guilford.

Westen, D., & Harnden-Fischer, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between Axis I and Axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158, 547-562.

Westen, D., & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (6), 875-899.

Westen, D., & Muderrisoglu, S. (2003). Reliability and validity of personality disorder assessment using a systematic clinical interview: Evaluating an alternative to structured interviews. *Journal of Personality Disorders*, 17, 350-368.

Westen, D., & Shedler, J. (1999a). Revising and Assessing Axis II, Part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156, 258-272. Trad. it. in D. Westen, J. Shedler, & V. Lingardi (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina.

Westen, D., & Shedler, J. (1999b). Revising and assessing Axis II, Part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 156, 273-285. Trad. it. in D. Westen, J. Shedler, & V. Lingardi (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina.

Westen, D., Shedler, J., & Bradley, R. (in press), A Practice Research Network Approach to the Classification of Personality Pathology in Adults and Adolescents: "Virtual Field Trials".

Westen, D., Shedler, J., & Lingardi, V. (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina.

Westen, D., & Weinberger, J. (2004). When clinical description becomes statistical prediction. *American Psychologist*, 59, 595-613.

Wilkinson-Ryan, T., & Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 157, 528-541.

Wilson, G. (1998). Manual-based treatment and clinical practice. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 5 (3), 363-375.

Zimmerman, M., McDermut, W., & Mattia, J. (2000). Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1337-1340.

Zittel, C., Bradley, R., & Westen, D. (2006). Affect regulation in borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 69-77.

La psicoanalisi e la ricerca empirica

di Francesca Ortu*

Negli ultimi due decenni, all'interno del mondo psicoanalitico¹, si è andata progressivamente e faticosamente facendo strada una nuova cultura della ricerca, antitetica a quella per anni prevalente: gran parte degli psicoanalisti, condividendo lo scetticismo di Freud nei confronti della rilevanza della ricerca empirica e sostenendo la cosiddetta tesi dello Jungtim², cioè del legame inscindibile fra terapia e ricerca, hanno tradizionalmente considerato la ricerca empirica di scarsissimo interesse, quando non l'hanno bollata come "pratica antipsicoanalitica".

Questo scetticismo nei confronti della ricerca empirica sulla psicoterapia psicoanalitica si basa sulla preoccupazione – o meglio la convinzione – che soltanto la ricerca clinica condotta dallo psicoanalista stesso nella situazione psicoanalitica permetta di valutare, come scrivono Leuzinger-Bohleber, Dreher e Canestri (2003), "la qualità e gli effetti della esperienza psicoanalitica" nel ridurre la sintomatologia del paziente. Gli analisti che sostengono questa posizione ritengono che gli aspetti specifici della psicoanalisi – i processi inconsci e le fantasie - non siano in quanto tali direttamente misurabili, e che soltanto una specifica formazione – quella psicoanalitica - ne permetta l'osservazione, l'indagine e la corretta comprensione. Questa posizione di chiusura e di rifiuto nei confronti della ricerca empirica³ si scontra tuttavia con la

* Professore di Psicologia Dinamica, Università di Roma "La Sapienza".

¹ Indicativi di questo cambiamento culturale: la sezione specificamente dedicata alla ricerca che regolarmente compare nell' *International Journal of Psychoanalysis*; il moltiplicarsi di volumi dedicati alla ricerca in psicoterapia che ospitano contributi di autori di scuola psicoanalitica; la partecipazione di gruppi di ricerca all'interno di istituzioni psicoanalitiche; la formazione di un *Research Committee* dell'*International Psychoanalytic Association*; una intera sezione dedicata alla ricerca (ricerca di esito, di processo, in ambito evolutivo, concettuale) nel *Text Book of Psychoanalysis* curato da Ethel S. Person, Arnold M. Cooper e Glen O. Gabbard (2005), di recente pubblicazione anche in traduzione italiana.

² Questa tesi è enunciata da Freud nel 1927 ne *Il problema dell'analisi condotta dai non medici*: "[...] nella psicoanalisi è esistito fin dall'inizio – scrive Freud – un legame molto stretto fra terapia e ricerca; dalla nostra conoscenza è nato il successo terapeutico, e d'altra parte ogni trattamento ci ha insegnato qualcosa di nuovo. Il nostro procedimento è l'unico a conservare gelosamente questa coincidenza. Soltanto se esercitiamo nella pratica la nostra cura d'anime riusciamo ad approfondire le conoscenze sulla vita psichica umana" (SFO, 10, p. 422). Come osserva M. Ponsi (2006) questa tesi, che si basa sul "presupposto che la psicoanalisi sia una disciplina autonoma che genera i propri strumenti di indagine e di verifica, ha implicitamente autorizzato gli analisti a produrre spiegazioni sui meccanismi di funzionamento della mente inconscia e del processo terapeutico senza corrispondentemente costruire strumenti per verificarne la fondatezza, avviando confronti con dimensioni extracliniche" (p. 718). Discutendo la tesi dello Jungtim, e cioè del legame inscindibile fra metodo terapeutico interpretativo e le spiegazioni causali, anche H. Thomä e H Kächele (1985) - che pure la considerano la grande intuizione di Freud - sostengono l'incompatibilità dei criteri che "Freud si era dato per soddisfare la condizione del legame inscindibile con i criteri designati a verificare delle ipotesi, attribuendo all'analista la responsabilità di giustificare il suo operato terapeutico e di verificare di continuo la validità della sua concezione teorica dell'inconscio, dell'esperienza e del comportamento degli esseri umani" (p.17). I due autori tedeschi sottolineano l'urgenza di una profonda revisione della teoria della interpretazione psicoanalitica e la subordinazione della clinica psicoanalitica alla ricerca riguardo al suo processo e ai suoi risultati. Scrivono H. Thomä e H Kächele, che legano il problema della ricerca con quello dell'assetto scientifico stesso della psicoanalisi: "[...] per decenni la psicoanalisi è stata praticata nel rispetto dell'autorità di Freud, il che ha prodotto un ristagno delle potenzialità terapeutiche e scientifiche del suo metodo. Per quanto riguarda le teorie esplicative la loro unione con la metapsicologia si è rivelata estremamente infelice" (*ibidem*).

³ Questa posizione di chiusura e di rifiuto nei confronti della ricerca empirica appare in qualche modo paradossale quando si considera che alcuni dei più famosi studi sull'esito della psicoterapie, ad esempio il

richiesta, sempre più pressante, di dimostrare l'efficacia della psicoanalisi come metodo terapeutico e porta diversi autori a chiedersi in che misura essa sia sostenibile, e se non sia invece auspicabile accettare la sfida che tale richiesta pone, dando vita ad una ricerca empirica mirata ad accrescere la specifica comprensione psicoanalitica della qualità dei trattamenti, sviluppando una specifica metodologia di ricerca e stabilendo un proficuo confronto con i ricercatori che operano in ambito non psicoanalitico.

La pubblicazione nel 1999 della prima edizione del volume curato da Peter Fonagy *An Open door review of outcome studies in psychoanalysis*, che presenta una dettagliata rassegna degli studi di esito in psicoanalisi, documenta in maniera molto chiara questo mutato atteggiamento del mondo psicoanalitico e il vivace dibattito attuale, riguardante non tanto l'importanza della ricerca quanto piuttosto il tipo di ricerca – clinica, concettuale, storica, empirica - capace di arricchire le conoscenze psicoanalitiche e di sostenere il lavoro clinico.

Il volume raccoglie i contributi di H. Kächele, R. Krause, E. Jones, R. Perron e dello stesso P. Fonagy e, con l'obiettivo di raccogliere nuovi dati per sostenere il lavoro clinico e stimolare nuova ricerca, presenta la ricerca sull'esito dei trattamenti psicoanalitici condotta non solo all'interno delle istituzioni psicoanalitiche ma anche promossa dalle organizzazioni di ricerca, dalle università e dai dipartimenti di salute mentale.

Il volume - che si apre con la prefazione di Widlöcher, il quale sottolinea come, benché la ricerca clinica rimanga uno strumento fondamentale estremamente ricco e produttivo, sia necessario arricchire la conoscenza psicoanalitica utilizzando informazioni ottenute da studi epidemiologici e da *evidence based medicine* - è suddiviso in due parti.

La prima parte disegna, lasciando ampio spazio al dibattito sulla rilevanza della ricerca empirica in psicoanalisi, lo sfondo metodologico ed epistemologico della ricerca in psicoanalisi, e si sofferma sulla "giustificazione" degli studi di esito e sulle strategie di ricerca in psicoterapia utilizzabili degli studi di efficacia. La sezione conclusiva di questa prima parte presenta, analizzandoli in maniera dettagliata, gli strumenti e le tecniche di valutazione psicoanalitica maggiormente utilizzati⁴.

La seconda parte del volume passa in rassegna gli studi più rappresentativi delle diverse strategie di ricerca⁵, a partire dal pionieristico studio di Fenichel del 1930, e fa il punto sull'attuale "stato dell'arte" della ricerca empirica in psicoanalisi.

Una appendice che presenta le diverse misure, in particolare le misure di processo⁶ utilizzate nella ricerca in psicoanalisi, chiude il volume.

Menninger Study, il *Columbia Research Project*, il *Boston Psychoanalytic Institut Prediction Study*, sono nati proprio in ambito psicoanalitico.

⁴ In questa sezione, dopo aver sottolineato come tutti gli autori concordino nel ritenere insoddisfacente il ricorso ad una singola misura di esito, vengono presentate la Scala di Capacità Psicologiche (SPC) di DeWitt, l'*Object Relations Inventory* (ORI) di Blatt, l'intervista sull'Attaccamento Paziente –Terapeuta (PT-AAI) di Clarkin, Levine et al., la Scala di valutazione della Funzione Riflessiva (RFS) di Fonagy e il *Person Representational Coding System* di Lemche e Grate. Di ogni strumento vengono discusse le proprietà psicometriche e l'utilità clinica.

⁵ Gli studi vengono suddivisi in Studi di casi clinici, Studi naturalistici, a disegno quasi-sperimentale, Studi di follow-up, Studi sperimentali, Studi sul processo, Studi sull'esito, Studi sulla psicoterapia rilevanti per la psicoanalisi.

⁶ In questa appendice vengono presentate le scale di Attività Referenziale (RA) di W. Bucci, di cui si descrivono le proprietà psicometriche e l'utilità clinica, il sistema di valutazione dei Temi di Transfert e di Contro-transfert (TCA) di Foelsch, Normandin e Clarkin, il Psychotherapy Process-Q set (PQS) di Albani, Balser e Jones e i sistemi di codifica delle emozioni facciali di Ekman (FACS) e di Friesen (EMFACS).

In questo breve articolo, dopo una aver schematizzato le principali linee che hanno guidato gli studi sui risultati della psicoanalisi, presento una sintesi delle posizioni che caratterizzano l'odierno dibattito sulla ricerca in psicoanalisi all'interno della comunità psicoanalitica, facendo prevalentemente riferimento alla prima parte dell'*Open Door Review*.

Lo sviluppo della ricerca sull'esito

Benché abbiano seguito linee di sviluppo diverse, anche in psicoanalisi⁷ la ricerca sull'esito e la ricerca sul processo sono tuttavia strettamente intrecciate. La ricerca sull'esito, che mira fondamentalmente ad identificare i cambiamenti che la psicoanalisi – in quanto psicoterapia – produce nel paziente, è necessariamente legata alla ricerca sul processo, che si pone il quesito di come i cambiamenti si producano nel corso della psicoterapia. Gli studi di esito non considerano cioè semplicemente la percentuale di casi in cui si può osservare un cambiamento ma devono anche stabilire dei criteri di cambiamento, a loro volta derivati, come ben sottolineano gli autori del volume *Ricerca in Psicoterapia*, recentemente pubblicato (Dazzi, Lingiardi & Colli, 2006), da una qualche concettualizzazione, formulata a livello più o meno esplicito, relativa al disturbo e al processo di cambiamento. D'altro canto, lo studio sul processo, che delinea dei pattern di cambiamento all'interno di alcune variabili ed effettua una serie di rilevazioni e valutazioni in momenti diversi del trattamento, risponde alla domanda su come il cambiamento si verifichi fornendo degli indicatori di esito a breve o a lungo termine. Rimandando per una discussione approfondita dei problemi metodologici e concettuali della ricerca sull'esito e sul processo in psicoterapia - e in particolare in psicoanalisi - al volume curato da Dazzi, Lingiardi e Colli (2006), di recente pubblicazione, schematizzo qui i principali sviluppi della ricerca di esito⁸.

Nella evoluzione della ricerca sull'esito in psicoanalisi, che vede il suo inizio quasi un secolo fa, nel 1917, e conosce nell'ultimo decennio una crescita esponenziale prevalentemente all'interno della tradizione intellettuale britannica e nord-americana, si possono identificare quattro fasi o generazioni, distinguibili sia in base ad un criterio temporale sia in base al livello di complessità concettuale e metodologica che le caratterizza (Wallerstein, 2005).

Ad una serie di studi che a partire dagli anni '30 si propongono di documentare i risultati ottenuti nei primi istituti psicoanalitici⁹ e che suscitano - non solamente per la debolezza della loro impostazione scientifica e metodologica - scarso interesse nel mondo psicoanalitico¹⁰, fa seguito,

⁷ Sulla relazione fra ricerca empirica in psicoterapia e ricerca empirica in psicoanalisi si veda Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli, A. (2006) (Eds.), *La ricerca in psicoterapia: modelli e strumenti*, in particolare i capitoli 1 (*Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia* di Nino Dazzi) e 30 (*Il cammino della psicoanalisi verso il metodo scientifico: tradimento o traguardo?* di Maria Ponsi), nonché la IV parte del *Text Book of Psychoanalysis* dedicata alla ricerca (Person, Cooper & Gabbare, 2006).

⁸ Si veda in particolare il saggio di P. Magone (2006), che disegna una breve storia della ricerca in psicoterapia, nonché l'articolo di Wallerstein del 2003.

⁹ Nel 1930 O. Fenichel riferisce i primi risultati ottenuti nell'Istituto Psicoanalitico di Berlino e nel 1936 E. Jones riferisce i dati relativi a 738 pazienti che avevano chiesto il trattamento alla *London Psychoanalytic Clinic*; nel 1937 Alexander riferisce i dati relativi a 157 casi trattati presso la *Chicago Psychoanalytic Clinic* nei quali il trattamento aveva prodotto effetti positivi. Wallerstein, nella sua rassegna, descrive tre studi condotti su gruppi di pazienti trattati presso il *Boston Psychoanalytic Institute*, il *Columbia Psychoanalytic Center* e il *New York Psychoanalytic Institute* e tre studi di casi singoli condotti a New York, San Francisco e Chicago.

¹⁰ Commentando i risultati ottenuti dagli studi di studi di I generazione Glover, nel 1954, metteva in rilievo i limiti statistici di questi primi studi. Si veda S. Person, A.M. Cooper, G. O. Gabbard, 2005, p. 495.

a partire dalla fine degli anni '60, tanto in ambito nord-americano quanto europeo¹¹, una serie di studi più sistematici e formalizzati, che documentano a diverso livello e con maggiore correttezza metodologica l'efficacia dei trattamenti psicoanalitici.

Si tratta tanto di studi statistici basati sul confronto fra gruppi quanto di studi intensivi sui casi singoli che, nonostante il ricorso a metodologie ben più raffinate di quelle utilizzate dagli studi di prima generazione, presentano ancora diversi e rilevanti limiti. Tali studi se riescono ad esempio a documentare che il trattamento psicoanalitico produce dei cambiamenti non sono ancora però in grado di dire nulla - trascurando totalmente lo studio della fase post-psicoanalitica - né rispetto alla stabilità o instabilità del risultato ottenuto né rispetto al cambiamento strutturale. Scrive a proposito Wallerstein (2005): "La conclusione generale a cui sono giunti tutti e tre i gruppi di ricerca - il fatto che nelle analisi considerate concluse con successo i conflitti nevrotici non vengano annullati o cancellati bensì padroneggiati, smorzati o ridotti di intensità - trova eco nella famosa osservazione ironica relativa al fatto che tutti noi siamo in grado di riconoscere i nostri migliori amici dopo che hanno fatto un'analisi" (p. 500).

Saranno gli studi di terza generazione a porsi il problema della stabilità del cambiamento, combinando gli approcci metodologici degli studi su gruppi di pazienti con quelli sul caso singolo, definendo in maniera più accurata i termini utilizzati, operazionalizzando i criteri relativi ai diversi aspetti da valutare e costruendo scale di valutazione *ad hoc*. Si tratta, cioè, di studi progettati in modo prospettico a partire dalla valutazione del paziente prima del trattamento e che distinguono con particolare cura l'esito misurato alla fine del trattamento dal funzionamento rilevato in un successivo momento di *follow-up*, interrogandosi inoltre sulle evoluzioni osservate nella fase post-psicoanalitica. Mi limito qui a ricordare lo *Psychotherapy Research Project* della *Menninger Foundation*, considerato "lo studio formalizzato sulla psicoanalisi di gran lunga il più completo, l'unico studio di *outcome* che copre quasi l'intero arco di vita dei suoi pazienti", "il programma di ricerca di questo tipo più ambizioso mai realizzato" (Brachach, 1991, citato da Wallerstein, 2005, p. 503)

Tutta questa serie di studi documentano che:

- la psicoanalisi e le diverse psicoterapie psicoanalitiche ottengono risultati simili;
- i trattamenti in genere contengono più elementi supportivi di quanto previsto (e cioè anche la psicoanalisi contiene numerosi elementi di tipo supportivo);
- gli aspetti supportivi meritano dunque di essere descritti con una cura ed attenzione maggiore di quelle solitamente riservate loro dalla letteratura psicoanalitica;
- tanto le tecniche orientate all'*insight* che caratterizzano la psicoanalisi - tecniche di *uncovering* - quanto quelle di tipo supportivo - tecniche di *covering up* - producono gli stessi cambiamenti strutturali nel funzionamento della personalità.

Questa terza generazione di studi, se da un lato permette di sostenere l'efficacia del trattamento psicoanalitico, lascia tuttavia aperto il problema dei fattori che determinano il cambiamento. Questo interrogativo diventa centrale negli studi di quarta generazione che sottolineano la necessità di ricorrere ad uno studio integrato delle misure dei processi e dell'*outcome* concettualmente più sofisticato e tecnologicamente più avanzato, integrando lo studio dell'esito con quello del processo di cambiamento. Come Wallerstein (2005) sottolinea, l'attuale intensissima crescita della ricerca sui processi è stata resa possibile dallo sviluppo di tecnologie di registrazione audio e video e di elaborazione dei dati. L'impiego di nuove tecnologie, che

¹¹ Tra i progetti europei ricordiamo lo studio dell'*Anna Freud Center* sulle cartelle cliniche relative a 765 pazienti trattati in un arco di tempo di 40 anni e lo studio della *German Psychoanalytic Association* sugli effetti a lungo termine delle psicoterapie psicoanalitiche e della psicoanalisi, nonché lo studio del trattamento psicoanalitico intensivo a lungo termine a cui hanno collaborato analisti olandesi, finlandesi, norvegesi e italiani. Rimando al capitolo di Wallerstein contenuto nel *Text Book of Psychoanalysis* (Person, Cooper & Gabbard, 2005) per una analisi dettagliata di queste diverse ricerche.

consentono una registrazione ragionevolmente non intrusiva delle sedute, rende possibile seguire nei minimi dettagli ed istante per istante i processi di interazione psicoanalitica. Questo metodo permette inoltre di valutare l'andamento del processo, considerando singole sedute, o piccole frazioni di esse, o confrontando tra loro trattamenti diversi con lo stesso od un altro paziente. Si tende sempre più ad attribuire forte rilievo all'analisi e allo studio dei "microprocessi" terapeutici e in particolare all'individuazione delle connessioni fra le modalità specifiche di intervento del terapeuta nelle singole sedute e i diversi aspetti del cambiamento del paziente (Dazzi & De Coro, 1998), nell'intento di stabilire dei ponti fra i fattori terapeutici specifici ed una valutazione più ampia del grado di efficacia di un determinato trattamento.

Gli studi di "ultima generazione" propongono inoltre la lettura del processo psicoterapeutico da differenti vertici, grazie all'uso convergente di più strumenti. Questa strategia di ricerca mira ad accrescere la validità e l'attendibilità delle informazioni ottenute, poiché contemporaneamente permette di disporre di un maggior numero di dati relativi al processo, individuando con maggiore chiarezza i punti di forza e gli aspetti critici rispettivi di ciascun strumento. Consente, poi, la messa a fuoco delle modalità con cui si sviluppano la relazione terapeutica ed i cambiamenti dell'organizzazione mentale del paziente, rendendo ostensibili e quantificabili aspetti differenti del processo terapeutico¹². Si tratta di studi particolarmente raffinati da un punto di vista metodologico e concettuale che, richiamandosi al principio della congruenza *Problema – Trattamento – Outcome*¹³, sono particolarmente attenti ad utilizzare misure di esito concettualmente congruenti con il modello teorico in base al quale vengono descritti i conflitti del paziente e viene definito il cambiamento. Questi studi si focalizzano inoltre maggiormente sulla fase post-psicoanalitica, incoraggiano lo studio di *follow-up* in setting clinici pubblici e privati, portano avanti indagini statistiche su larga scala ed utilizzano inoltre scale appositamente costruite che al di là della valutazione dei singoli sintomi bersaglio, del benessere generale, di specifiche disposizioni comportamentali, permettono una valutazione della struttura di personalità e del cambiamento strutturale.

Riassumo ora, nelle sue linee essenziali, il dibattito sulla rilevanza della ricerca in psicoanalisi e sulla psicoanalisi, così come viene presentato nella parte introduttiva dell'*Open door review*, in cui il punto di vista degli psicoanalisti di lingua francese, esposto da Roger Perron, viene contrapposto a quella che schematicamente possiamo indicare come "prospettiva anglosassone", esposta da Peter Fonagy e condivisa da diversi analisti di lingua inglese.

Il dibattito sulla ricerca empirica in psicoanalisi

Nell'esplicitare le posizioni degli psicoanalisti di lingua francese e nel porre la questione preliminare di cosa si intenda per ricerca in psicoanalisi, Roger Perron distingue fra approccio clinico – il tradizionale approccio utilizzato per definire sindromi psicopatologiche, formulare costruzioni teoriche e giustificare l'utilità di specifiche tecniche terapeutiche su cui costruire modelli clinici, la cui validità è misurata nei termini della loro utilità- ed approccio "basato sull'uso di metodi di oggettivizzazione e sistematizzazione", e cioè sul ricorso a procedure di approfondimento, la cui utilità è accettata in altre discipline, che conducono alla costruzione di

¹² Per l'approfondimento di questo punto rimando al volume, già più volte citato, di Dazzi, Lingiardi, Colli (2006), *La ricerca in psicoterapia: Metodi e strumenti*.

¹³ Secondo il principio PTO enunciato da Strupp e collaboratori nel 1988 nel I capitolo del volume *Psychoanalytic Process Research Strategies* che contiene gli atti di un convegno sulla terapia psicoanalitica tenutosi nel 1985 presso l'Università di Ulm, la descrizione e l'illustrazione a livello teorico e operativo dei conflitti di un paziente, del trattamento di un paziente e della valutazione dell'*outcome* devono essere coerenti, il che vuol dire che devono essere descritti in termini confrontabili fra loro se non identici.

modelli scientifici. Perron solleva il problema di quanto ampia debba essere l'accettazione di un modello perché esso possa essere ritenuto valido e di come sia possibile specificare i limiti al di là dei quali un modello possa essere considerato come non accettabile dalla comunità degli psicoanalisti, portando così ad escludere di fatto il suo autore dalla comunità psicoanalitica. Secondo Perron, questi modelli - che rientrano o nella cornice della biologia o in quella delle scienze fisiche, le cosiddette "scienze hard" - sono basati su criteri di "scientificità" (osservabilità dei fenomeni da parte di osservatori esperti, ricorso a procedure di quantificazione, replicabilità delle osservazioni, possibilità di operare delle predizioni rispetto al verificarsi di specifici eventi, falsificabilità, ricorso ad una terminologia non ambigua) che, nel loro complesso, non solo difficilmente possono essere soddisfatti in ambito psicoanalitico e non sempre appaiono pienamente pertinenti, ma sono anche di fatto essenzialmente incompatibili con l'approccio psicoanalitico, in quanto "tutte le procedure che tentano di utilizzarli distruggerebbero il loro vero oggetto di studio"¹⁴ (p.6). Riassumo schematicamente l'argomentazione di Perron:

- ogni approccio scientifico produce i propri fatti e li organizza all'interno del territorio delimitato dalle proprie teorie e tecniche;
- i fatti psicoanalitici "costruiti all'interno del territorio delimitato dalle teorie e tecniche psicoanalitiche non coincidono con gli eventi storici e sono organizzati a livello dell'individuo lungo le due dimensioni della sua storia e della sua struttura, una storia simultaneamente ricostruita nel corso del processo psicoanalitico stesso" (pp.6-7);
- nell'approccio psicoanalitico, e in ciò consiste la peculiarità della psicoanalisi a livello epistemologico, "il soggetto e il metodo di studio sono identici" (*ibidem*);

Da questo statuto particolare dei fatti e dell'approccio psicoanalitico derivano le ambiguità dei termini e dei concetti psicoanalitici: l'adozione di un linguaggio non ambiguo e i tentativi di operazionalizzare i concetti psicoanalitici priverebbero la psicoanalisi dei suoi significati molteplici, finendo per negare e distruggere l'oggetto di studio;

- nella costruzione dei fatti psicoanalitici la teoria ha un peso fondamentale;
- questa teoria, al pari di altre teorie in ambito biologico – e qui Perron si riferisce specificamente alle teorie evoluzionistiche post-darwiniane – permette di spiegare ed integrare un'ampia gamma di fenomeni e, proprio per le sue peculiarità, non può - non deve - essere sottoposta ad un processo di verifica di tipo empirico.

Secondo Perron, dunque, qualsiasi tentativo di sottoporre i dati delle sedute ai criteri e ai metodi quantitativi delle "scienze hard" distrugge il vero oggetto della ricerca: in questo senso il ricorso a tecniche di registrazione per ottenere il materiale da cui ricavare i dati viene respinto non tanto per ragioni etiche, quanto perché disturba gravemente la relazione transfert-controtransfert e porta ad una frammentazione del materiale che nessun calcolo statistico successivo, per quanto sofisticato, potrà ricomporre, ripristinando l'originaria unità del dato.

Viene dunque esclusa radicalmente l'utilità, la rilevanza e, in ultima analisi, la possibilità stessa di utilizzare metodi di tipo empirico e si sostiene che un utile aumento di conoscenza potrà derivare non solo dai tradizionali studi di ricerca storica e concettuale ma anche dagli studi di efficacia, di

¹⁴ Questa posizione che riflette un tipico vezzo del mondo psicoanalitico francese di ancorare tutta la discussione facendo riferimento a modelli epistemologici che solo eufemisticamente si potrebbero definire non aggiornati - ricalca quella più volte sostenuta da A. Green secondo cui la ricerca empirica è non solo inutile ma anche fuorviante, in quanto si basa su presupposti diversi da quelli su cui si fonda la psicoanalisi. Nella sua critica "intransigente" all'*infant research*, Green ad esempio sostiene che il modo in cui Daniel Stern utilizza il concetto di "mondo interno" del bambino non ha nulla a che vedere con il concetto freudiano di "realtà psichica" e che è altamente confondente accostare il concetto di desiderio a quello di motivazione. Rimando, per una approfondita discussione di questa posizione, al già citato capitolo di Maria Ponsi (2006).

cui Perron non nasconde però gli specifici problemi (definizione e misurazione del cambiamento, operazionalizzazione dei criteri, scelta dei giudici, ecc).

Fonagy sostiene una posizione diametralmente opposta. Ne riassumo i punti essenziali.

L'innegabile crisi attualmente attraversata dalla psicoanalisi è attribuibile fondamentalmente alla sua "babelizzazione", alla mancanza di un linguaggio condiviso dalle diverse scuole in cui la psicoanalisi si è frammentata. È questa frammentazione e "confusiva assenza di assunti comuni" che spiega in gran parte il sempre più scarso impatto scientifico della psicoanalisi, l'alto grado di autoreferenzialità delle diverse scuole psicoanalitiche e "l'inarrestabile spinta alla entropia teoretica".

L'approccio di ricerca "clinico" è inoltre basato su processi di tipo induttivo¹⁵, che ci offrono delle buone ragioni per prestare fede a determinate conclusioni le quali tuttavia, a differenza di quelle ottenute mediante inferenze deduttive, sono prive di qualsiasi valore stringente. "Riteniamo – scrive Fonagy - che le nostre teorie sostengano le osservazioni induttive perché assumiamo che queste teorie implicano che il numero di osservazioni su cui una inferenza induttiva è basata sia molto elevato e questo dà peso alle nostre conclusioni. Nel far ciò stiamo semplicemente generando argomentazioni induttive a favore del processo induttivo" (p.15).

Se innegabilmente il trattamento psicoanalitico costituisce una finestra unica sul comportamento umano e se le teorie psicoanalitiche permettono la costruzione di quadri clinici di particolare ricchezza, specificità e vivacità, sono proprio i problemi del ragionamento induttivo- che da un punto di vista clinico rappresenta una strategia valida ed adeguata - a contribuire al pericoloso isolamento scientifico della psicoanalisi, reso ancora più drammatico dal deliberato rifiuto di ridurre la sua ambiguità terminologica e concettuale. Sottolineando la fecondità euristica della situazione psicoanalitica e sostenendo la necessità di distinguere fra costruzione della teoria e sua validazione, Fonagy scrive: "[...] i dati clinici offrono un fertile terreno per la costruzione di una teoria ma non sono utilizzabili per distinguere fra teorie buone e meno buone. La proliferazione delle teorie cliniche attualmente in uso costituisce la miglior dimostrazione del fatto che i dati clinici sono più utili per generare teorie e ipotesi che per validarle. La convergenza di dati provenienti da fonti diverse (cliniche, sperimentali, comportamentali, epidemiologiche, neurobiologiche, ecc.) costituirà il miglior appoggio per le teorie della mente proposte dalla psicoanalisi" (p. 25). La ricerca clinica non costituisce dunque per Fonagy una base adeguata per la costruzione della teoria psicoanalitica: manca uno stretto legame logico fra una specifica teoria ed una specifica pratica. Non solo non è stato sviluppato un adeguato ragionamento deduttivo in relazione al materiale clinico, ma anche i termini utilizzati sono ambigui. È rispetto a questo punto che Fonagy sottolinea la propria distanza dalle posizioni di Perron, che nega la possibilità di una definizione non equivoca dei concetti psicoanalitici. "Non c'è dubbio – scrive Peter Fonagy – che finché lo stesso termine potrà essere usato con significati scientifici differenti la tendenza alla frammentazione sarà rinforzata, poiché l'uso dello stesso termine in contesti differenti mina la possibilità di spiegare importanti differenze tra approcci teorici. Abbiamo bisogno di andare oltre la ricerca clinica se dobbiamo superare il problema dei significati multipli" (p. 16).

La via di uscita, secondo Fonagy, dovrà essere trovata creando una nuova cornice epistemica che permetta di rompere il tradizionale isolazionismo della psicoanalisi, giungendo inoltre ad una integrazione con la psicologia e la neurobiologia.

Fonagy sostiene cioè la necessità di modificare l'atteggiamento nei confronti della ricerca scientifica, di rafforzare la base di evidenza della psicoanalisi, non nascondendosi tuttavia le straordinarie difficoltà sollevate dalla validazione delle variabili che le teorie psicodinamiche

¹⁵ "[...] utilizza cioè argomentazioni basate sulla accumulazione di osservazioni passate su un determinato individuo e sulla formalizzazione di casi passati da parte di altri psicoanalisti all'interno di teorie cliniche" (Klein, 1976, p. 128)

implicano. Ad esempio i concetti psicoanalitici, spesso formulati con scarsa esattezza, sono difficilmente operazionalizzabili. “Esiste un ulteriore problema logico di fondamentale importanza nella posizione ricostruzionista adottata da molti clinici –scrive Fonagy che sostiene l’importanza per la psicoanalisi dei contributi dell’*infant research* e sottolinea come le teorie dello sviluppo che si basano sul racconto che i pazienti fanno delle proprie esperienze infantili espongano non solo al rischio di disegnare un quadro dello sviluppo inficiato da diversi errori ed omissioni, ma conducano anche ad un induttivismo enumerativo difficilmente superabile –: la maggior parte delle teorie psicoanalitiche dello sviluppo attribuisce la patologia ad errori o carenze materne difficilmente verificabili; inoltre la presenza di aspetti «sani» in persone per altro fortemente disturbate può portare il clinico a postulare la presenza di fattori di protezione, quali la presenza di un «oggetto buono», in un ambiente interpersonale per altro estremamente devastato” (p. 24).

“[...] sarà inoltre necessario adottare costrutti dotati di maggiore specificità, riducendo la molteplicità dei loro referenti; ci si dovrà cioè spostare da un interesse per costrutti globali e generali ad un maggiore approfondimento dei processi mentali e individuali, della loro evoluzione, delle loro vicissitudini, del loro ruolo nel funzionamento patologico” (p. 27).

Nuova attenzione dovrà inoltre essere riservata ai resoconti di fenomeni che fanno riferimento a cornici teoriche alternative.

La collaborazione con altre discipline limitrofe, in particolare la neurobiologia e la moderna psicologia cognitiva, rappresenta inoltre secondo Fonagy – in questo in sintonia con Kandel- una via obbligata per preservare le ricche intuizioni cliniche della psicoanalisi, garantendole un futuro, portandola ad adottare un “atteggiamento più scientifico”, rafforzando la sua base di “evidenze”, spostandosi inoltre da costrutti vaghi, ampi e globali a costrutti più specifici e meglio definiti. “Benché non esistano – sostiene Fonagy nelle sue conclusioni – studi capaci di dimostrare inequivocabilmente l’efficacia della psicoanalisi e benché l’esperienza analitica sia probabilmente sufficiente a persuadere l’analista della efficacia della psicoanalisi e sia inoltre piuttosto facile essere critici nei confronti degli studi psicoanalitici, tuttavia la rassegna “aperta” presentata disegna un quadro relativamente positivo dei progressi che lentamente e faticosamente si stanno compiendo” (p.34). In particolare gli studi passati in rassegna, pur con diversi limiti che Fonagy non si nasconde, dimostrano, in diversi contesti e sulla base di misure differenti, che la “psicoanalisi ha un effetto positivo con alcuni gruppi di pazienti – non solo i nevrotici – e che il suo esito è influenzato da diverse variabili riguardanti il terapeuta, il paziente, il processo stesso” (ibidem)¹⁶. Il quadro presentato fa dunque sorgere specifici interrogativi di ricerca che permettono,

16 Tra gli studi passati in rassegna mi limito a ricordare quelli condotti dagli autori che costituiscono il *Research Committee* della Associazione Psicoanalitica tedesca che dimostrano, su un campione rappresentativo di pazienti trattati con una psicoterapia psicoanalitica, l’efficacia delle psicoterapie psicodinamiche e la stabilità dei risultati ottenuti; il *Munich Psychotherapy of Depression Study*, che confrontando gli effetti della psicoterapia e della psicoanalisi dimostra che in determinate condizioni la psicoanalisi costituisce un trattamento efficace. Ampio spazio viene poi riservato alla descrizione degli studi che utilizzano il CCRT, metodo messo a punto da L. Luborsky per lo studio del transfert. IL CCRT, offrendo tanto un ausilio alla formulazione clinica del transfert quanto un nuovo strumento di ricerca, e presentandosi inoltre come un metodo di facile applicazione che offre linee guida esplicite e precise per la formulazione del transfert e l’individuazione della problematica centrale del paziente, è stato utilizzato da molti autori come un utile sistema per guidare i giudizi del clinico sul contenuto dei modelli relazionali centrali e per la formulazione di inferenze caratterizzate da un moderato livello di astrazione, che le rende facilmente condivisibili da clinici di diversi.

Come strumento di ricerca il CCRT, il primo metodo che ha utilizzato sistematicamente come unità di analisi per la ricerca in psicoterapia le narrative riguardanti episodi relazionali all’interno delle sedute di psicoterapia, offre dati utilizzabili tanto a chiarire le origini e la funzione del transfert quanto aspetti significativi del processo psicoterapico e della sua efficacia, consentendo una valutazione psicodinamica del cambiamento. Nel mettere in luce le caratteristiche e i vantaggi di questa operazionalizzazione del transfert - il punto nodale della tecnica analitica e il suo aspetto più complesso” (Gill, 1982, pag. 42)- diversi autori hanno sostenuto che il CCRT non solo permette di ottenere, utilizzando le comuni modalità di studio

superando posizioni fortemente ideologizzate, di spostare la discussione sulla efficacia della psicoanalisi e sulle caratteristiche del processo psicoanalitico sul piano dei “dati di fatto”. Il che non è di certo un risultato trascurabile.

Come ben sottolinea Kernberg (2006) in un articolo recentemente pubblicato *sull'International Journal of Psychoanalysis*, in cui ripropone il dibattito sulla rilevanza della ricerca empirica, polemizzando in maniera particolarmente vivace e dura con Roger Perron - il quale continua a sostenere un posizione di totale chiusura nei confronti della ricerca empirica -, sarebbe riduttivo considerare l'urgenza di incrementare gli sforzi di ricerca in psicoanalisi semplicemente in relazione a considerazioni e preoccupazioni di tipo pratico, quali la necessità di dimostrare l'efficacia della terapia psicoanalitica, di rispondere a pressioni economiche che si oppongono al sostegno delle psicoterapie a lungo termine e alla sfida di terapie farmacologiche e di psicoterapie non psicoanalitiche, assicurando in questo modo il pubblico sulla efficacia della psicoanalisi e delle psicoterapie psicoanalitiche. Per Kernberg si tratta soprattutto del “bisogno scientifico di correggere e far progredire le conoscenze, muovendosi sul terreno comune delle costruzioni della teoria clinica vicine all'esperienza” (Wallerstein, 1990, p.3), permettendo “di superare il preoccupante fenomeno¹⁷ del pluralismo psicoanalitico basato su metapsicologie, su teorie psicoanalitiche generali di carattere primariamente metaforico, e di incrementare le relazioni scientifiche con le scienze e le discipline limitrofe, rinforzando i legami con il mondo clinico ed accademico che deve spingere ad un maggiore sforzo di ricerca in psicoanalisi” (p.4).

In questo articolo, Kernberg propone una visione ampia della ricerca – definita come una serie di osservazioni sistematiche condotte in situazioni controllate che portano ad una nuova conoscenza – e sostiene la necessità di non privilegiare né la ricerca empirica né la ricerca concettuale. Soltanto l'integrazione della ricerca concettuale con quella empirica garantirà tuttavia – è questa la posizione di Kernberg – un reale progresso delle conoscenze psicoanalitiche: se da un lato una ricerca empirica che trascuri i “complessi problemi” sollevati dai concetti psicoanalitici corre il rischio di “equivocare ciò che viene misurato”, non rendendo inoltre giustizia alla ampiezza e profondità della psicoanalisi, dall'altra una ricerca concettuale eccessivamente focalizzata sullo “sviluppo storico e le definizioni concettuali” finisce per essere uno sterile esercizio. “Senza una indagine dell'efficacia della psicoanalisi e dei trattamenti da essa derivati – scrive Kernberg - corriamo il rischio di essere scartati dai sistemi di salute mentale. La pressione economica che si oppone al sostegno delle psicoterapie a lungo termine e al tempo stesso la sottolineatura dei trattamenti *evidence-based* in campo medico, la competitività di psicoterapie non psicoanalitiche e della psicofarmacologia richiedono un creativo sviluppo di ricerca comparativa che dimostri il nostro contributo all'ambiente sociale e medico e modifichi l'atteggiamento culturale nei confronti della psicoanalisi” (p. 376).

Bibliografia

Bucci, W. (2005). Basic Concepts and methods of psychoanalytic process research. In E. S. Person, A. M. Cooper & G.O. Gabbard (Eds.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychoanalysis*. Washington, DC: American Psychiatric Association (trad. It. *La ricerca sul processo*. In E. S. Person, A. M.

e di verifica, dati a sostegno della validità scientifica della psicoanalisi, ma contribuisce anche a chiarire le regole di inferenza, i processi di giudizio clinico e di interpretazione, approfondisce la comprensione del concetto di transfert e, come scrive Holt (1970), dimostra inoltre la possibilità di studiare scientificamente la psicoanalisi.

¹⁷ Si veda a proposito M. Ponsi, in Dazzi, Lingiardi, Colli, 2006, pp. 716-722.

- Cooper & G.O. Gabbard (Eds.), *Psicoanalisi. Teoria-clinica-Ricerca*, pp. 516-546, Raffaello Cortina, Milano, 2006).
- Caston, J. (1995). Mannequins in the Labyrinth and the Couch-Lab Intersect. In T. Shapiro & R.N. Emde (Eds.), *Research in Psychoanalysis: Process, Development, Outcome* (pp. 51-65). Madison: Int. Universities Press.
- Dahl, H., Kächele, H., & Thomä, H., (Eds.) (1988). *Psychoanalytic process Research Strategies*. Berlin-New York: Springer-Verlag.
- Dazzi, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Dazzi, N., & De Coro, A. (1998). L'indagine sul processo nella psicoterapia psicoanalitica: per uno studio critico dei metodi di ricerca empirica. In Di Nuovo S. et al. (Eds.), *Valutare le psicoterapie*, Milano: F. Angeli.
- Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli, A. (Eds.) (2006). *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Dreher, A. U. (2005). La ricerca concettuale. In E. S. Person, A. M. Cooper & G.O. Gabbard (Eds.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychoanalysis*. Washington, DC: American Psychiatric Association (trad. it. La ricerca sul processo. In E. S. Person, A. M. Cooper & G.O. Gabbard (Eds.), *Psicoanalisi. Teoria-clinica – Ricerca*, pp.593-616, Raffaello Cortina, Milano, 2006).
- Fonagy, P. (Ed.) (2002). *An Open door review of outcome studies in psychoanalysis*. International Psychoanalytical Association.
- Freud, S. (1927). Il problema dell'analisi condotta da non medici. Conversazione con un interlocutore imparziale (trad. it In Sigmund Freud, Opere, X, pp. 347-426, Bollati Boringhieri, Torino, 1978).
- Gill, M.M. (1994). *Psychoanalysis in Transition*. Hillsdale: The Analytic Press (trad. it. *Psicoanalisi in transizione*, Raffaello Cortina, Milano, 1996).
- Glover, E. (1952). Research Methods in Psychoanalysis. *Int. Journal of Psychoanalysis*, 33, 65-141.
- Greenspan, S. I, & Shanker, S.G. (2005). La ricerca sull'età evolutiva, In E. S. Person, A. M. Cooper & G.O. Gabbard (Eds.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychoanalysis*. Washington, DC: American Psychiatric Association (trad. it. In E. S. Person, A. M. Cooper & G.O. Gabbard (Eds.), *Psicoanalisi. Teoria-clinica – Ricerca*, pp. 593-616, Raffaello Cortina, Milano, 2006).
- Holt, R.R. (1989). *Freud Reappraised. A Fresh Look at Psychoanalytic Theory*. New York: Guilford (trad. it. *Ripensare Freud*. Bollati-Boringhieri, Torino, 1994).
- Jones, E.E. (1995). How Will Psychoanalysis Study Itself? In T. Shapiro & R.N. Emde (Eds.), *Research in Psychoanalysis: Process, Development, Outcome* (pp. 91-108). Madison: Int. Universities Press.
- Kächele, H., & Thomä, H. (1995). Psychoanalytic Process Research: Methods and Achievements. In T. Shapiro & R.N. Emde (Eds.), *Research in Psychoanalysis: Process, Development, Outcome* (pp. 109-129). Madison: Int. Universities Press.
- Kernberg, O. F. (1995). *Discussion: Empirical Research in Psychoanalysis*. In T. Shapiro, & R.N. Emde (Eds.), *Research in Psychoanalysis: Process, Development, Outcome* (pp. 369-380). Madison: Int. Universities Press.
- Kernberg, O. F. (2006). The pressing need to increase research in and on psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 4.
- Klein, G.S. (1976). *Psychoanalytic Theory: An Exploration of Essentials*. New York: International Universities Press. (trad. it. *Teoria psicoanalitica: I fondamenti*, Raffaello Cortina, Milano, 1993).
- Leuzinger-Bohleber, M. Dreher, A. U., & Canestri, J. (Eds.) (2003). *Pluralism and unity? Methods of research in psychoanalysis*. London: International Psychoanalytical Association.
- Migone, P. (2006). *Breve storia della ricerca in psicoterapia*. In N. Dazzi, V. Lingiardi & A. Colli (Eds.). *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Person, E. S., Cooper, A. M., & Gabbard, G.O. (Eds.) (2005). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychoanalysis*. Washington, DC: American Psychiatric Association (trad. it. *Psicoanalisi. Teoria-clinica – Ricerca*. Milano: Raffaello Cortina, 2006).

- Ponsi, M. (2006). Il cammino della psicoanalisi verso il metodo scientifico: Tradimento o traguardo? In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Shapiro, T., & Emde, R.N. (Eds.) (1995). *Research in Psychoanalysis: Process, Development, Outcome*. Madison: Int. Universities Press.
- Strupp, H.H., Schacht, T.E., Henry, W.P., (1988). *Problem - Treatment - Outcome congruence: A principle whose time has come*. In H. Dahl, H. Kächele & H. Thomä (Eds). *Psychoanalytic process Research Strategies* (pp.1-14). Berlin-New York: Springer-Verlag.
- Thomä, H., & Kächele, H, (1985). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*, Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag (trad. it. *Trattato di terapia psicoanalitica, 2: Pratica clinica*, Bollati Boringhieri, Torino, 1993).
- Thomä, H., & Kächele, H, (1985). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. 1: Grundlagen*. Berlin-Heidelberg: Springer Verlag. (trad. it.: *Trattato di terapia psicoanalitica. 1: Fondamenti teorici*, Bollati Boringhieri, Torino,1990).
- Wallerstein, R.S. (1990). Preface. In L. Luborsky & P. Crits-Cristoph (Eds.), *Understanding Transference: The CCRT Method*. New York: Basic Books (trad. it. *Prefazione* In L. Luborsky & P. Crits-Cristoph (Eds.) *Capire il Transfert*, Raffaello Cortina, Milano, 1992).
- Wallerstein, R.S. (1965). The goals of psychoanalysis: a survey of analytic viewpoints, *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 13, 748-779.
- Wallerstein R.S. (2005). *La ricerca sull'outcome*. In E. S. Person, A. M. Cooper & G.O. Gabbard (Eds.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychoanalysis*. Washington, DC: American Psychiatric Association (trad. it: *Psicoanalisi. Teoria - Clinica – Ricerca*. Raffaello Cortina, Milano, 2006, pp. 491-516).
- Wallerstein, R.S. (2003). Psychoanalytic Therapy research: Its Coming of Age, *Psychoan Inquiry*, 23 (2), 375-405.

Problemi metodologici nella ricerca sugli esiti nella psicoterapia dell'età evolutiva di Silvia Andreassi*

Nel 1999 al Convegno annuale dell'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry venne presentato da Henggeler e collaboratori uno studio sull'efficacia del trattamento nelle situazioni di urgenza psichiatrica con pazienti adolescenti. In particolare venivano confrontate due modalità di approccio al problema, la prima condotta con un ricovero ospedaliero mentre la seconda prevedeva un trattamento integrato attraverso colloqui clinici, visite domiciliari, etc.. Le misurazioni di esito legate alla valutazione del sintomo avevano messo in luce la migliore prestazione della terapia integrata rispetto al ricovero. Al tempo stesso misurazioni legate alla valutazione dell'autostima avevano al contrario rilevato un maggiore funzionamento del ricovero ospedaliero. Potremmo quindi pensare che se volessimo lavorare sulla riduzione sintomatologia con questo tipo di pazienti sarebbe preferibile un trattamento integrato, mentre se volessimo intervenire sulla dimensione dell'autostima ci orienteremmo verso un ricovero ospedaliero. Sarebbe comunque una conclusione parziale in quanto basterebbe ampliare la ricerca prendendo in considerazione altri indicatori di esito per arrivare probabilmente a ridiscutere su quale intervento risulti più idoneo. Ciò che viene messo in risalto da Henggeler non è tanto la maggiore o minore efficacia di un tipo di intervento terapeutico sull'altro, quanto piuttosto la difficoltà di ordine metodologico nel valutare i trattamenti clinici. Nella ricerca empirica in psicoterapia quando parliamo di ricerca sugli esiti intendiamo una ricerca che mira a definire i cambiamenti ottenuti attraverso la terapia, studiando che cosa accade al termine del trattamento rispetto al punto di partenza. Il problema maggiore risiede in cosa consideriamo *punto di partenza*, ed infatti come abbiamo appena visto basta modificare l'indicatore di esito per avere opposti risultati. Uno degli indicatori storicamente utilizzati per la verifica dell'intervento era costituito dalla riduzione della sintomatologia manifesta. Ma sappiamo bene quanto l'enfasi posta sul sintomo e sul suo peso nel valutare il buon esito di un intervento si sia sempre più attenuata anche a seguito dell'accesso dibattito sulla natura e sul significato del sintomo nella psicopatologia. I sintomi possono indicare la presenza di un processo patologico ma poco dicono sulla natura del problema. Ma se la scelta della valutazione dei sintomi ci dice poco sulla natura del problema, al tempo stesso ci dice molto sulla rappresentazione di salute mentale e sul concetto di guarigione presente sia in ambito clinico che di ricerca. I primi studi sugli esiti si fondavano sul criterio della guarigione intesa come riduzione della sintomatologia dando per implicito che ad assenza dei sintomi corrispondesse un'assenza di sofferenza mentale.

Molta strada è stata certamente percorsa dalle prime ricerche provocatorie di Eysenck (1952) sull'inefficacia della psicoterapia e dagli studi di Bergin (1963) che ne confutavano le conclusioni dimostrando l'effetto non casuale dell'intervento psicoterapeutico. La ricerca attuale tende a privilegiare una misurazione di esito basata su più livelli di funzionamento, tenendo conto non solo di quello individuale ma anche di quello ambientale. Ma è necessario tenere sempre presente quanto la valutazione dell'efficacia di un trattamento non sia di per sé un risultato assoluto ma dipenda sostanzialmente dalle misure di esito individuate di volta in volta. Tener fede al principio metodologico generale che richiede la congruenza nelle definizioni del *problema clinico*, del *processo terapeutico* e dell'*esito clinico* diventa essenziale. E' necessario, cioè, che la definizione dello stato patologico iniziale (problema clinico) sia in qualche modo isomorfa e congruente con la definizione del tipo di intervento applicato (terapia) e con la definizione di ciò che ci si aspetta possa risultare modificato, alla fine del trattamento, rispetto al problema di partenza (esito clinico) (Dahl, H., Kaechele H., & Thomae H.. 1988).

Questo approccio è ampiamente rappresentato nella ricerca in età evolutiva in quanto i risultati relativi alla salute mentale dei bambini non possono essere considerati in termini assoluti poiché, ancor più di quanto accade con la popolazione adulta, ci si trova a doversi confrontare con problemi legati al funzionamento dell'ambiente sociale e familiare.

Allo stato attuale si tende a privilegiare una misurazione di esito basata su più livelli di funzionamento, tenendo conto non solo di quello individuale ma anche di quello ambientale. Infatti sono stati individuati più livelli o aree di funzionamento che dovrebbero essere indagati

* Ricercatore in Psicologia Clinica Università La Sapienza Roma

simultaneamente per poter avere a disposizione degli indicatori attendibili di esito. Fonagy e collaboratori (2002), in una recente rassegna sugli studi degli esiti nella psicoterapia infantile, propongono una rielaborazione delle due principali classificazioni proposte rispettivamente da Hoagwood e collaboratori (1996) e da Kazdin e Kendall (1998) e identificano cinque aree di funzionamento a cui corrispondono cinque differenti livelli di esito:

1. Il livello Sintomatico o Diagnostico
2. Il livello di Adattamento
3. Il livello dei Meccanismi
4. Il livello Transazionale
5. Il livello di utilizzazione e di soddisfazione dei Servizi

Il livello Sintomatico o Diagnostico

Nel campo della psicopatologia dello sviluppo la remissione del sintomo non può più essere considerato l'unico o il più importante criterio con cui valutare l'efficacia terapeutica. Ciò non toglie che, come rileva Kazdin (2000), nella maggior parte delle ricerche pubblicate, la riduzione del sintomo permane come il criterio privilegiato per definire un buon esito della terapia. Negli anni sono stati messi a punto strumenti sempre più sofisticati per la misurazione della sintomatologia che possono differire tra loro per la lunghezza, la facilità di somministrazione o la qualità della standardizzazione. Comunque, contrariamente a quanto ci si potrebbe aspettare, anche la rilevazione dei sintomi in età evolutiva risulta essere particolarmente complessa. È stato più volte rilevato un basso livello di accordo tra coloro che forniscono informazioni sulla sintomatologia o sull'adattamento del bambino. Le descrizioni della sintomatologia del bambino o del ragazzo ottenute dagli insegnanti o dai singoli genitori presentano un basso grado di accordo, come dimostrato dalla ricerca di Achenbach (1995). Inoltre cambiamenti positivi della sintomatologia nel corso del trattamento vengono più frequentemente rilevati dai genitori piuttosto che dagli insegnanti, con un aumento significativo dello scarto percettivo ogni qual volta i genitori e non gli insegnanti partecipino attivamente alla terapia. Ancora poco indagate sono le descrizioni che i bambini o i ragazzi forniscono della propria condizione, in quanto fino a pochi anni fa non erano considerati una fonte attendibile, ma dalle esigue ricerche effettuate, risulta comunque una ulteriore diminuzione dell'accordo.

Tenendo conto di tutti questi fattori problematici associati al tema della rilevazione dei sintomi, la ricerca si sta sempre più orientando verso una misurazione multidimensionale della sintomatologia in età evolutiva. Gli strumenti volti alla misurazione dei sintomi, anche nel corso dei trattamenti, prevedono per lo più una valutazione proveniente da più di una fonte informativa. Allo stato attuale lo strumento più attendibile che presenta sia un'attenzione a questo problema che una validazione statistica accurata, anche nella versione italiana, è il Child Behavior Checklist (CBCL) che prevede forme sia per i genitori, sia per gli insegnanti, sia forme di autovalutazione.

Il livello di Adattamento

Strettamente connesso al tema della valutazione sintomatologica è quello relativo alla valutazione dell'adattamento sociale del bambino o dell'adolescente. È abbastanza ovvio immaginare che problemi di salute mentale influenzino il funzionamento del bambino in diversi contesti. Nonostante ci sia una stretta interdipendenza tra sintomatologia e adattamento, ai fini di una valutazione di esito del trattamento risulta più corretta e funzionale una distinzione tra i due livelli.

In una meta-analisi, Weisz e collaboratori (1995) hanno dimostrato quanto una valutazione del trattamento centrata esclusivamente sull'influenza sui sintomi più importanti comporti una sovrastima del reale effetto di tale trattamento. Sappiamo infatti che molti interventi, se pure comportano cambiamenti a livello sintomatico, non agiscono sulle altre aree del funzionamento.

Se la misurazione dei sintomi risulta complessa e articolata e richiede per una corretta valutazione un approccio multidimensionale, la valutazione dell'adattamento, ovvero la misurazione della qualità della vita relazionale del bambino, si confronta con una tale varietà di eventi e situazioni che rende necessario, anche in questo ambito, l'uso di più indicatori. Infatti, se valutare

l'adattamento coincide con la valutazione della qualità della vita del bambino, l'impresa dal punto di vista empirico presenta non poche difficoltà. Per le necessità imposte dalla ricerca si considerano esclusivamente gli ambiti di maggiore rilievo per l'adattamento. Come è noto, uno dei criteri utilizzati per la valutazione delle patologie è dato dal grado di impedimento che la sintomatologia impone allo svolgimento della normale vita quotidiana, e uno degli obiettivi primari del trattamento è quello di rimuovere questi impedimenti.

È possibile individuare un livello di funzionamento sociale ideale anche per l'infanzia e l'adolescenza. Dagli studi sullo sviluppo infantile emerge quanto le aree del funzionamento sociale possano essere ristrette a tre ambiti principali: l'adempimento delle richieste imposte dall'ambiente familiare, e di quelle imposte dal contesto scolastico e una buona capacità di interazione sociale con il gruppo dei pari. Come abbiamo accennato precedentemente, anche per la valutazione dell'adattamento sono preferibili misure multidimensionali che tengano conto di queste principali aree di funzionamento. Il più noto strumento di valutazione globale del funzionamento nell'infanzia è la Children's Global Assessment Scale (CGAS; Shaffer, Gould, & Brasic, 1983), consistente in una versione adattata all'infanzia della Health Status Rating Scale messa a punto da Luborsky e Bachrach nel 1974 per la popolazione adulta.

Nel corso degli anni sono state messe in luce delle difficoltà legate al basso livello di accordo tra valutatori diversi nell'uso di questo strumento diminuendo la validità statistica della misura. Al tempo stesso sono attualmente disponibili molti questionari che valutano le singole aree del funzionamento adattivo. E' opportuno comunque considerare che la valutazione di singole dimensioni dell'adattamento, se da un lato semplifica la valutazione globale, dall'altro pone notevoli problemi metodologici soprattutto per ciò che riguarda la comparabilità delle misure ottenute. Per questi motivi dal punto di vista metodologico è preferibile ottenere un profilo dell'adattamento del bambino nelle diverse dimensioni del funzionamento sociale attraverso un'unica misura. Sono reperibili nella letteratura diversi strumenti con queste caratteristiche: quelli più utilizzati al momento sono il Child and Adolescent Functioning Assessment Scale (CAFAS) (Hodges, Bickman, Ring-Kurtz, & Rieter, 1991), il Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents (SAICA) (John, Gammon, Prusoff, & Warner, 1987) e l' Hampstead Child Adaptation Measure (HCAM) (Target & Fonagy, 1992). Sono tutti strumenti multidimensionali fondati sull'esplorazione delle diverse aree di funzionamento sociale attraverso interviste semistrutturate con i genitori. Si tratta comunque di strumenti che necessitano di uno specifico training di addestramento, pena la diminuzione dell'attendibilità della valutazione. Non esistono al momento studi che dimostrino la superiorità di una o l'altra di queste misure e non è questa la sede per analizzare nel dettaglio i singoli strumenti che naturalmente presentano ognuno delle caratteristiche specifiche. Ci teniamo solo a ricordare che forse uno dei vantaggi offerti dall'Hampstead Child Adaptation Measure è che nell'indagare le singole aree dell'adattamento sociale considera la variabilità tra le dimensioni come uno degli indicatori dell'adattamento, ponendo quindi maggiore attenzione all'interdipendenza tra le diverse aree di funzionamento sociale.

Il livello dei Meccanismi

Seguendo la divisione ideale dei diversi livelli di esito sopra esposta, la terza area di funzionamento presa in considerazione è quella che Fonagy e Target definiscono il livello dei meccanismi, intendendo per questi ultimi il livello di funzionamento delle capacità cognitive ed emozionali che probabilmente sottostanno sia alla sintomatologia che all'adattamento del bambino. Il livello dei meccanismi rappresenta sicuramente l'area più complessa di studio in quanto fa riferimento alla globalità del funzionamento mentale del bambino. Implica conoscenze legate allo sviluppo normale e patologico, quindi dipende da parte del ricercatore anche dai diversi orientamenti teorici, oltre che dalle differenti teorie dell'azione terapeutica. È noto che approcci differenti tendono a privilegiare un aspetto o un altro del funzionamento mentale considerandolo più o meno importante per lo sviluppo della patologia. Sia i clinici sia i ricercatori, che si sono maggiormente confrontati con questi temi, mettono in evidenza l'importanza di individuare e specificare i processi e i meccanismi attraverso i quali i trattamenti raggiungono i loro risultati, sottolineando la necessità di precisare e delineare meglio una teoria dello sviluppo del bambino normale o patologico in stretta relazione con una teoria dell'azione terapeutica.

Il livello Transazionale

Le attuali teorizzazioni nel campo della psicopatologia evolutiva danno importanza, per lo sviluppo sia della salute mentale sia della psicopatologia, alle interazioni transazionali tra lo stato mentale del bambino, le sue predisposizioni comportamentali e le reazioni dell'ambiente al bambino nel corso del tempo. Il livello transazionale fa quindi riferimento a l'insieme di situazioni ambientali in cui il bambino si trova inserito ed il corrispondente livello di misurazione degli esiti si occupa della valutazione della qualità di queste transazioni. Naturalmente quando si parla di livelli transazionali si intendono tutti quegli ambiti contestuali che hanno una diretta influenza sulla vita del bambino come il rapporto con i genitori, la qualità delle relazioni tra i familiari o le caratteristiche della comunità sociale e della scuola. Ciò che si tende a valutare sono essenzialmente quegli elementi del funzionamento ambientale del bambino che tradizionalmente rientravano nella definizione di fattori di rischio psicopatologico.

Il livello di utilizzazione e di soddisfazione dei Servizi

L'ultimo livello di misurazione di esito proposto da Fonagy e Target riguarda l'esperienza di utilizzazione e di soddisfazione dei servizi. Teoricamente si ipotizza una riduzione nell'utilizzazione del servizio dopo un trattamento efficace anche se per quanto riguarda l'età evolutiva una relazione così lineare non sempre è stata dimostrata. Spesso, al contrario, l'erogazione di una prestazione ritenuta efficiente produce nel breve termine un aumento di richieste in servizi affini. Ad esempio Olds e Kitzman, in una ricerca del 1993, misero in evidenza come uno dei principali effetti di un intervento volto al sostegno genitoriale, effettuato attraverso visite domiciliari alla nascita dei bambini, produceva, a seguito della soddisfazione dimostrata dagli utenti, un aumento dell'utilizzo di una gamma di altri servizi pediatrici e medici.

Nel Regno Unito è stato costruito uno strumento ad hoc per la valutazione economica nel settore della salute mentale, con una variante per il campo della salute mentale per bambini e adolescenti chiamato il Client Service Receipt Inventory (Beecham, 1995). Esistono comunque numerosi strumenti per la raccolta dei dati di utilizzazione del servizio ma va considerato il fatto che la maggior parte di questi strumenti è stato sviluppato tenendo conto dell'organizzazione dei singoli Servizi Sanitari Nazionali. Per quanto siano strumenti più che validati non possono quindi essere utilizzati in realtà sanitarie differenti da quelle del luogo di origine.

Da questa breve esposizione appare comunque evidente quanto il livello dei meccanismi sia quello più complesso da valutare. Troppo spesso nella letteratura sono stati privilegiati le altre aree di misurazione producendo risultati non sempre attendibili. Come è stato più volte rilevato, non da ultimo da Fonagy nel 2002, la dimostrazione sull'efficacia di un trattamento non può essere considerata come qualcosa di assoluto, inevitabilmente il suo significato viene infatti determinato dal contesto culturale che lo richiede e che le dà significato. Avvalersi prevalentemente di indicatori di esito appartenenti all'ambito della riduzione sintomatologica o all'area dell'adattamento comporta il rischio di sovrapporre la definizione di salute mentale con gli aspetti normativi del contesto culturale in cui si svolge la ricerca.

Inoltre come clinici e ricercatori nel campo dell'età evolutiva dobbiamo porre estrema attenzione all'utilizzo di strumenti nati nella ricerca con gli adulti. Nonostante sappiamo bene quando le misure che cogliamo anche con i test e con gli strumenti più sofisticati non rendano giustizia ai complessi processi cognitivi, affettivi e fisiologici implicati da queste misurazioni, abbiamo attualmente a disposizione un sufficiente numero di strumenti validi per la valutazione del processo terapeutico. Va tenuto comunque presente che la maggior parte di questi strumenti sono stati sviluppati nell'ambito della ricerca in psicoterapia con pazienti adulti. Ad esempio scale anche raffinate quale quella elaborata da Perry per la valutazione del funzionamento dei meccanismi di difesa risultano problematiche se applicate all'età evolutiva. Non intendo riferirmi esclusivamente ai problemi metodologici legati alla standardizzazione della scala al linguaggio infantile quanto al modello implicito di salute mentale presente nello strumento stesso. Se con un paziente adulto può

avere senso utilizzare il livello di maturazione dei meccanismi di difesa come indicatore di esito non possiamo dire lo stesso per quanto riguarda il trattamento con i bambini. Sappiamo bene che l'andamento maturativo dei sistemi difensivi o meglio dell'organizzazione difensiva non risulta essere lineare durante lo sviluppo.

Abbiamo quindi bisogno di ancorare, specificamente per una valutazione dell'efficacia della psicoterapia nell'infanzia e nell'adolescenza, i criteri di valutazione del funzionamento mentale normale e patologico dei soggetti in età evolutiva ai dati che provengono dalla ricerca empirica sullo sviluppo. I risultati prodotti nel campo dell'infant research sembrano infatti fornire ai clinici e ai ricercatori nuove ipotesi per la definizione operativa dei processi mentali che svolgono ruolo protettivo nei confronti degli eventi stressanti (si vedano gli studi di Fonagy e Target sulla mentalizzazione) e soprattutto indicano la flessibilità e la reversibilità dei disturbi dello sviluppo in età evolutiva, con conseguenze interessanti per il lavoro clinico con pazienti bambini e adolescenti.

Bibliografia

Achenbach, T.H. (1995). Diagnosis, assessment and comorbidity in psychosocial treatment research. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 45-64.

Beecham, J.K. (1995). Collecting and estimating costs. In Knapp, M.R. (ed). *The economic evaluation of mental health care*, pp. 61-82, Aldershot, UK.

Bergin, A.E. (1963). The empirical emphasis in psychotherapy. A symposium. The effects of psychotherapy: negative results revisited. *Journal of Consulting Psychology*, 10, 224-250.

Bergin, A.E., & Garfield, S.L. (1971). *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. New York: Wiley.

Dahl H., Kaechele H., & Thomae H. (1988). *Psychoanalytic Process Research Strategies*. Berlin-Heidelberg-New York: Springer Verlag.

Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 116, 319-324.

Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D., Phillips, J., & Kurtz, Z. (2002). *What Works for Whom? A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents*. The Guilford Press. Trad. it *Psicoterapie per il bambino e l'adolescente*. Roma: Pensiero Scientifico, 2003.

Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Rowland, M., & Ward, D. (1999). *MST versus psychiatric hospitalization: Placement outcome post-treatment*. 46th Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Chicago.

Hoagwood, K., Jensen, P.S., Petti, T., & Burns, B.J. (1996). Outcomes of mental health care for children and adolescents: I. A Comprehensive conceptual model. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1055-1063.

Hodges, K, Bickman, L., Ring-Kurtz, S., & Rieter, M. (1991). Multi-dimensional measure of level of functioning for children and adolescent. In Algarian, A., & Friedman, R. (eds). *A system of care for children's mental health: Expanding the research base*, pp. 149-154, Tampa.

John, K., Gammon, G.D., Prusoff, B.A., & Warner, V. (1987). The Social Adjustment Inventory for Children and Adolescent (SAICA): Testing of a new semi-structural interview. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 898-911.

Kazdin, A.E. (2000). *Psychotherapy for children and adolescent: Directions for research and practice*. Oxford: Oxford University Press.

Kazdin, A.E., & Kendall, P.C., (1998). Current progress and future plans for developing effective treatments: Comments and perspective. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 217-226.

Luborsky, L., & Bachrach, H. (1974). Health Sickness Rating Scale, *Archives of General Psychiatry*, 31, 292-299.

Olds, D., & Kitzman, H. (1993). Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children, *Future of Children*, 3, 53-92.

Shaffer, D., Gould, M., & Brasic, J.A. (1983). Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 40, 1228-1231.

Target, M., & Fonagy, P. (1992). *Raters' manual for the Hampstead Child Adaptation Measure (HACAM)*, London, UCL.

Weisz, J., Weiss, B., Han, S., Granger, & D., Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescent revisited: A meta-analysis outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117, 450-468.

Decostruire la relazione terapeutica per ricostruirla¹

di Francesco De Bei*, Antonello Colli** e Vittorio Lingiardi***

Negli ultimi decenni molti ricercatori si sono proposti di indagare l'esistenza di un fattore comune, trasversale ai diversi modelli di trattamento, capace di render conto di gran parte dell'efficacia delle psicoterapie. La relazione o, più precisamente, quell'aspetto della relazione tra paziente e terapeuta che va sotto il nome di "alleanza terapeutica", è stata identificata come tale fattore comune (Horvath & Symonds, 1991; Horvath & Bedi, 2002; Lingiardi, 2002; Martin, Garske, & Davis, 2000). Nonostante il concetto di alleanza terapeutica abbia una storia relativamente recente (Zetzel, 1958), esso affonda le sue radici nella tradizione psicoanalitica (Freud, 1912; Sterba, 1934) e solo a partire dagli anni settanta è stato traghettato nel campo della ricerca empirica.

Dopo un primo periodo (1912-1965) di teorizzazioni psicoanalitiche (a partire dal "transfert positivo irreprensibile" di Freud, 1912) ed un secondo periodo di ricerca empirica con la costruzione di strumenti ad hoc e indagini mirate allo studio del rapporto tra alleanza e outcome (1970-2000), è seguita una terza fase, che potremmo chiamare "di ricerca clinica", caratterizzata dallo studio delle dinamiche relazionali dell'alleanza, in particolare gli episodi di rottura e riparazione, e delle sue componenti soggettive².

L'interesse odierno per le dinamiche cliniche associate alla qualità della relazione terapeutica nasce dagli sviluppi della riflessione sugli effetti benefici "creati" dal terapeuta, dal riesame del concetto di alleanza e dalla formulazione del concetto di "interazione collaborativa". L'idea di fondo è che sia il terapeuta sia il paziente contribuiscono alla formazione di una collaborazione terapeutica efficace, e che per studiarla è necessario scomporre le componenti dell'alleanza ed identificare altre "variabili della relazione" quali il *transfert*, l'*empatia*, la *relazione reale*, lo stato della mente rispetto all'*attaccamento*, le *caratteristiche individuali*, ecc. (vedi Lingiardi, 2002; Safran & Muran, 2000).

Si è così giunti alla conclusione che l'alleanza non può essere vista come un vestito buono per tutte le occasioni. A seconda dei pazienti e dei terapeuti mostra infatti caratteri particolari: da qui il successo di espressioni quali *matching patients to therapies* (Roth & Fonagy, 2004), *tailoring psychotherapies and therapists to patients* (Horwitz, Gabbard, & Allen, 1996; Lambert, 2004).

La visione dell'alleanza come una caratteristica statica (qualcosa che c'è o non c'è) è stata sostituita da una concezione di qualcosa che si costruisce nel corso del trattamento, attraverso processi di rottura e riparazione (Lingiardi & De Bei, 2005; Safran & Muran, 2000); conseguentemente, è andata dissolvendosi anche l'idea per cui l'alleanza è un fattore che da solo è capace di spiegare il cambiamento. Quello di alleanza è oggi un costrutto generico e aspecifico (e non una panacea), studiato nella sua interazione con altri fattori (sia specifici sia aspecifici; Beutler, Moliero, Malik, & Harwood, 2000), ma soprattutto non più considerato solo una (pre)condizione, bensì anche un fine del cambiamento: raggiungere la possibilità collaborativa può

¹ Questo contributo è in parte ripreso dalla relazione di Vittorio Lingiardi al VI Congresso Nazionale SPR-It di Reggio Calabria (28 settembre - 1 ottobre 2006).

* Dottorato di ricerca, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma "La Sapienza".

** Dottorato di ricerca, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma "La Sapienza".

*** Prof. Ordinario di Fondamenti di Psicopatologia Generale e Valutazione Testologica e Diagnosi.

² L'evoluzione del concetto di alleanza nel modello psicoanalitico ha una storia complessa e articolata che non possiamo riassumere in poche righe. Ci limitiamo a ricordare come, a partire dall'originaria scomposizione freudiana del transfert in una forma "positiva" o "irreprensibile" e in una forma "negativa" (Freud, 1912, pp. 528-529), il concetto di alleanza terapeutica è stato da alcuni minimizzato o apertamente contestato (soprattutto da quegli autori che riconducono al transfert ogni dinamica relazionale), e da altri valorizzato e inserito tra le dimensioni strutturali della relazione terapeutica. Tra i fondatori del concetto vanno annoverati Sterba ("alleanza dell'io", 1934), Zetzel ("l'analista entra nel processo analitico come persona reale e non solo come un oggetto di traslazione", 1958, p. 357) e Greenson (1965, il quale distingue tra alleanza di lavoro, transfert e relazione reale). Fino alla sua recente "dissoluzione" nel movimento relazionale nord americano (vedi Ponsi, 2002). Per una descrizione più dettagliata della storia del costrutto si vedano Lingiardi (2002), Lingiardi e Colli (2003), Safran e Muran (2000).

essere un obiettivo in sé della terapia (in particolare nel trattamento dei disturbi gravi di personalità e delle psicosi) (Bateman & Fonagy, 2004; Dimaggio & Semerari, 2003; Liotti, 2005).

È utile fermarsi a riflettere sulla direzione che ha preso lo studio della relazione terapeutica negli ultimi anni. Come già accennato, la crescente attenzione al concetto di alleanza (Horvath & Symonds, 1991; Horvath & Bedi, 2002; Lambert, 2004; Martin, Garske, & Davis, 2000) è in parte una conseguenza degli scarsi risultati delle ricerche volte a valutare l'efficacia comparata delle psicoterapie (Dazzi, 2006; Luborsky, 1976; Wampold, 2001) e dei risultati contraddittori delle indagini sulla rilevanza dei fattori specifici rispetto all'outcome (Colli, 2006; Dazzi, 2006). Sono invece ormai numerosi gli studi che indicano nell'alleanza un fattore con forte (se confrontata ad altri fattori ritenuti responsabili del cambiamento, come per esempio i fattori specifici) capacità predittiva rispetto all'outcome (Horvath & Bedi, 2002). Resta tuttavia difficile riuscire comprendere il successo di questo costrutto solo sulla base dell'evidenza empirica. Ad essere sinceri, infatti, una correlazione attorno al .25 (circa il 6% della varianza dell'esito) non sembra indicativa di un grosso effetto. Altri fattori, per esempio quello dell'*allegiance* del terapeuta (Norcross, Beutler, & Levant, 2005) sembrano render conto di una percentuale maggiore di varianza, superiore al 10% (Robinson, Berman, & Neimeyer, 1990), così come le caratteristiche del terapeuta, che sembrano spiegare il 9% della varianza totale (Wampold, 2001). "Perché allora l'alleanza terapeutica è così popolare tra i ricercatori in psicoterapia?" (Safran & Muran, 2006, p. 286).

È probabile attribuire questa popolarità, almeno in parte, ad un cambiamento di paradigma avvenuto in molte (se non in tutte) le tradizioni psicoterapeutiche: quella "svolta relazionale"³ che, a sua volta, ha promosso nel campo della ricerca lo sviluppo di strumenti volti a rilevare e studiare le caratteristiche del terapeuta, la sua personalità, la qualità dei suoi interventi, l'influenza del genere, ecc⁴.

Sul piano più strettamente empirico, paradigmatica di questo cambiamento di direzione ci sembra anche la risposta della Division 29 dell'American Psychological Association al movimento EST (*Empirically Supported Treatment*; Chambless & Ollendick, 2001; vedi anche Westen, Morrison, & Thompson-Brenner, 2004), con la creazione di una task force (Norcross, 2002) dedicata allo studio del ruolo svolto dalla relazione nella psicoterapia, prima fra tutti l'alleanza terapeutica (Safran, Muran, Samstag & Stevens, 2002). In breve, la Division 29 ha promosso a livello empirico ciò di cui i terapeuti sono sempre stati convinti a livello clinico e individuale: la dimensione curativa della relazione.

Ancora più importante è l'idea centrale veicolata dal movimento ESR (*Empirically Supported Relationships*): l'alleanza rappresenta una componente, fondamentale, della relazione terapeutica *insieme* ad una serie di altri costrutti interpersonali (come le caratteristiche del terapeuta, la dimensione empatica, le caratteristiche del paziente, il tipo di attaccamento paziente-terapeuta, ecc.). Come ci dicono Roth e Fonagy (2004) piuttosto che *trattare l'alleanza terapeutica come un concetto singolo, essa va vista come un mezzo attraverso il quale differenti aspetti del processo terapeutico operano in differenti momenti della terapia.*

³ Va tuttavia preso nota di come, paradossalmente, se da un lato con l'emergere del paradigma relazionale (Greenberg & Mitchell, 1983; Mitchell, 1988, 2000) viene dato sempre maggior risalto alla dimensione della relazione, dall'altro gli autori che aderiscono a tale modello sembrano aver "trascurato" di menzionare in modo esplicito il costrutto dell'alleanza terapeutica. Questo perché "una volta che tutta la situazione analitica viene concepita in un ottica bi-personale, e che la qualità e la regolazione della relazione analitica diventano temi centrali della teoria e della tecnica – scrive la Ponsi (2002, p.79) –, viene in qualche modo a cadere l'esigenza di disporre di un costrutto che invece era apparso necessario in una fase in cui gli aspetti relazionali venivano sottovalutati".

⁴ Va specificato che, di fatto, nell'alveo della ricerca sull'alleanza terapeutica, oggi viene a confluire lo studio di aspetti molteplici della relazione terapeutica finalizzati all'obiettivo, principale, di comprendere come funziona la psicoterapia (Horvath, 2005). Tra questi troviamo, per esempio, lo studio di come il paziente interpreta il comportamento del terapeuta (Beneke, Peham, & Banninger-Huber, 2005), i processi cognitivi che svolgono un ruolo di formazione e mantenimento di una relazione positiva con il terapeuta (Casey, Oei, & Newcombe, 2005; Sexton, Littauer, Sexton, & Tommeras, 2005), e l'individuazione di caratteristiche diagnostiche e di personalità legate alla qualità della relazione instaurata con il clinico (Lingiardi, Filippucci, & Baiocco, 2005).

Il rinnovato interesse per la relazione tra paziente e terapeuta non solo ha riavvicinato clinica e ricerca, fornendo sia un fertile terreno di dialogo sia un luogo su cui far convergere le esigenze di clinici e ricercatori, ma ha anche portato alla consapevolezza dei ricercatori che l'alleanza in se è un costrutto generico che può, e deve, essere studiato congiuntamente ad altre variabili del processo, in cui elementi tecnici e relazionali vanno pensati come aspetti del processo che operano in maniera sinergica.

“Decostruire la relazione terapeutica per ricostruirla” significa quindi indicare non solo la necessità di monitorare la qualità generale del rapporto paziente-terapeuta (alleanza), ma anche la natura di una serie di elementi micro-processuali concomitanti che contribuiscono all'andamento e all'esito della terapia.

Prima di procedere a questa decostruzione è però opportuno tentare di fare il punto su quello che sappiamo oggi sul costrutto dell'alleanza.

Quello che sappiamo sull'alleanza

Castonguay e collaboratori (2006) hanno recentemente indicato una serie di dati centrali per una riflessione clinica sull'alleanza:

1. Il dato più forte, rilevato da numerosi studi, è che l'alleanza correla positivamente con il cambiamento terapeutico (Horvath & Symonds, 1991; Horvath & Bedi, 2002; Lingiardi, 2002; Martin, Garske, & Davis, 2000). Diverse meta-analisi hanno evidenziato un *effect size* oscillante tra .22 e .26 (vedi Horvath & Bedi, 2002): valore che, sebbene non ampio, appare robusto. Inoltre, la dimensione dell'effetto sarebbe costante: caratteristica non secondaria se si considera che riguarda una variabile misurata all'interno di un contesto così complesso come quello psicoterapico.
2. In termini generali, l'alleanza, così come viene misurata, è un costrutto correlato ma non del tutto sovrapponibile al concomitante profitto terapeutico (Horvat, 2005). La letteratura indica inoltre che la qualità dell'alleanza correla positivamente con alcune caratteristiche del paziente (per es., capacità di mentalizzazione, aspettative di cambiamento, qualità delle relazioni oggettuali ecc.) e negativamente con altre (per es., evitamento, difficoltà interpersonali, pensieri depressivi ecc.; vedi Costantino, Castonguay, & Schut, 2002).
3. Alcune caratteristiche e comportamenti del terapeuta sono associati negativamente con la qualità dell'alleanza (per es., la rigidità, l'essere critici, self-disclosure inappropriate ecc.; vedi Ackerman & Hilsenroth, 2001). Anche in questo caso vi sono studi (Castonguay, Goldfried, Wisner, Raue, & Hayes, 1996; Piper, Ogrodniczuck, Joyce, & McCullum, 1999) che pongono l'accento sulla capacità del clinico di gestire e negoziare la relazione. È infatti probabile che non siano queste caratteristiche del clinico in sé a incidere negativamente sulla qualità della relazione, ma piuttosto sono aspetti che possono influire indirettamente sulla qualità dell'alleanza: di fronte ad una rottura nell'alleanza o ad un'empasse, il terapeuta può aumentare o irrigidire l'aderenza alla propria tecnica o modello di riferimento, non riuscendo così a riparare la rottura o, anche, esacerbando l'empasse.
4. Vi sono evidenze che suggeriscono come la qualità dell'alleanza sia particolarmente predittiva dell'esito quando misurata nelle fasi precoci del trattamento mentre, di converso, un'alleanza debole può essere predittiva di dropout (vedi Costantino, Castonguay, & Schut, 2002). Clinicamente è un dato che indica la necessità per il clinico di monitorare la relazione fin dal primo momento. “Piuttosto che assumere che problemi iniziali di collaborazione o segni precoci di disimpegno diminuiranno automaticamente con il tempo”, dicono Castonguay et al. (2006, p. 273), “il terapeuta dovrebbe iniziare a sostenere l'alleanza fin dal primo minuto della terapia ed essere preparato a rivolgersi alle rotture non appena si presentano”⁵.
5. Infine, come risultato delle numerose ricerche sull'alleanza, abbiamo ora a disposizione una serie di strumenti per misurare questo costrutto da una varietà di prospettive (paziente, terapeuta, osservatore esterno) (per una descrizione dettagliata dei diversi strumenti rimandiamo a Costantino, Castonguay, & Schut, 2002; De Bei, 2006; Lingiardi, 2002). Tra questi, alcuni sono ancorati alla tradizione psicoanalitica, altri, come il WAI (*Working Alliance Inventory*) di Horvath e Greenberg (1989), sono stati sviluppati a partire da un'ottica transteorica. L'alleanza può essere dunque misurata in ogni forma di terapia. La possibilità di valutare la relazione da prospettive multiple ha prodotto un dato con importanti ricadute cliniche. Sebbene molti terapeuti si sentano generalmente in grado di valutare in maniera accurata la qualità della loro relazione con il paziente, vi sono dati che suggeriscono che la visione

⁵Questo non significa però che il terapeuta dovrebbe limitare la valutazione della qualità dell'alleanza solo alle prime fasi della terapia. Piuttosto è un compito che il terapeuta dovrebbe assumersi per tutto il corso della relazione terapeutica (Safran, Muran, Samstag, & Stevens, 2002).

dell'alleanza che paziente e terapeuta hanno diverge tra loro, in special modo durante le prime fasi della terapia; e che è la valutazione fatta dal paziente ad essere più predittiva dell'esito (sempre nella fase iniziale del trattamento) (Horvath & Bedi, 2002).

Anche da questa rassegna, sintetica e certo non esaustiva, emerge chiaramente come le variabili relazionali abbiano raggiunto uno status nuovo e più bilanciato nel campo della ricerca in psicoterapia. Le più recenti ricerche sull'alleanza hanno evidenziato come la relazione terapeutica non possa essere semplicemente compresa come variabile non-specifica, ausiliaria alle altri componenti attive del trattamento (Hatcher & Barends, 2006): essa sarebbe piuttosto un elemento attivo dello scambio terapeutico, la cui qualità è dovuta all'interazione tra variabili diverse che chiamano in causa sia il paziente sia il terapeuta.

Piuttosto che considerare l'alleanza come un concetto sovraordinato in grado di tenere al suo interno le variabili dei due partecipanti alla relazione, siamo inclini a considerare *il processo terapeutico come il tentativo di costruire (alleanza terapeutica) una relazione sicura (attaccamento) attraverso una serie relativamente identificabile di vicissitudini (rotture, riparazioni), caratterizzate da dinamiche che coinvolgono la soggettività dei partecipanti* (transfert, controtransfert) (Lingiardi & De Bei, 2007).

Se, quindi, in termini concettuali l'alleanza si delinea come un costrutto a ponte, in grado di legare tra loro diverse dimensioni dello scambio clinico che trovano nella relazione terapeutica (e nella sua qualità) un elemento centrale, in termini valutativi si tratta di guardare alla qualità del rapporto paziente-terapeuta con un occhio di tipo multistrumentale: cogliere le diverse dimensioni sottostanti la relazione e come queste interagiscano con le caratteristiche dei due partecipanti.

In questo contributo indicheremo un elenco di strumenti che abbiamo trovato particolarmente utili per lo studio del processo e dell'esito della psicoterapia. Si tratta di strumenti che, seppure costruiti per valutare un aspetto specifico della relazione terapeutica, rappresentano dei tentativi riusciti di compromesso tra esigenza empirica e complessità clinica.

In breve, si tratta di un tentativo di decostruzione del concetto di alleanza per operationalizzare le componenti relazionali principali:

- Trasnfert/Controtransfert;
- Attaccamento;
- Qualità interventi ↔ contributi (regolazione reciproca della relazione terapeutica);
- Rotture ↔ riparazioni;

Transfert e controtrasfert: il Psychotherapy Relationship Questionnaire e il Countertransference Questionnaire

Il gruppo di Westen ha recentemente esplorato, attraverso la somministrazione di questionari clinici applicati a pazienti in psicoterapia, le dimensioni transferali (Bradley, Heim, & Westen, 2005) e controtransferali (Betan, Heim, Conklin, & Westen, 2005) della relazione terapeutica per mezzo di due strumenti: il *Countertransference Questionnaire* (CT-Q; Zittel & Westen, 2003) e il *Psychotherapy Relationship Questionnaire* (PRQ; Westen, 2000).

Il CT-Q è un clinical report a 79 item derivati da un esame della letteratura teorica, clinica e di ricerca sul controtransfert. Gli item valutano un'ampia gamma di pensieri, sentimenti e comportamenti espressi dal terapeuta verso i suoi pazienti, e prende in considerazione affermazioni che vanno da sentimenti relativamente specifici ("In seduta con lui/lei mi annoio") a costrutti complessi come quello dell'identificazione proiettiva ("Con lui più che con gli altri pazienti, mi sento pressato a pensare e sentire cose di cui mi rendo conto in pieno solo quando la seduta è finita").

Il PR-Q è un questionario a 90 item che valuta un'ampia gamma di pensieri, sentimenti, motivi e conflitti del paziente nei confronti del terapeuta, incluso ciò che viene tradizionalmente descritto come transfert e/o alleanza terapeutica. Anche in questo caso gli item sono stati ricavati da una rassegna della letteratura sull'argomento (transfert, alleanza terapeutica e costrutti correlati). Gli item sono stati formulati nella maniera più chiara e comprensibile, evitando termini tecnici, al fine di

poterli rendere comprensibili ai clinici di ogni orientamento teorico⁶. Per esempio, per catturare il concetto kohutiano (Kohut, 1968) di transfert “rispecchiante” e “gemellare” nei pazienti con disturbi narcisistici di personalità, sono stati formulati item del tipo “Il/la paziente immagina che il terapeuta condivida il suo punto di vista, le sue credenze, valori ecc. anche quando questo è improbabile” oppure “Il/la paziente immagina che lui/lei e il terapeuta siano molto più simili di quello che in realtà sono; sembra voler essere una ‘cosa unica’ con il terapeuta”.

In tabella 2 e 3 sono descritti i cinque fattori di transfert e gli otto di controtransfert emersi all’analisi fattoriale.

Tabella 2. Fattori del transfert (Bradley, Heim, & Westen, 2005).

| | |
|---|---|
| Fattore 1 Arrabbiato/Rivendicativo- Recriminativo | Fattore composto da item che indicano la tendenza a porre eccessive richieste al terapeuta e, al tempo stesso, ad essere arrabbiato e distante. Si tratta di item che si accordano con la descrizione del processo di transfert che tende a svilupparsi con pazienti con disturbi di Asse II, cluster B, in particolare disturbi narcisistici e borderline. |
| Fattore 2 Ansioso/Preoccupato | Fattore composto da item che descrivono la paura della disapprovazione e del rifiuto da parte del terapeuta, e un’attitudine particolarmente lamentosa e dipendente verso il terapeuta. Lo stile di relazione ricorda molto lo stile di attaccamento “preoccupato”, relato a una classificazione di attaccamento infantile di tipo ansioso/ambivalente (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985). |
| Fattore 3 Sicuro/Impegnato | Fattore composto da item che descrivono la capacità del paziente di contribuire ad un’alleanza terapeutica positiva e ad un’esperienza della relazione terapeutica giocosa, confortevole e sicura. |
| Fattore 4 Evitante/ Contro-dipendente | Fattore composto da item che descrivono la presenza di uno sforzo di evitare una relazione significativa con il terapeuta o una dipendenza da lui. Concettualmente, questo fattore appare relato sia allo stile di attaccamento adulto di tipo distanziante sia a una dinamica comune nei pazienti ossessivi ed evitanti. |
| Fattore 5 Sessualizzato | Fattore composto da item che descrivono la presenza di sentimenti sessuali verso il terapeuta, inclusa la tendenza ad agire in maniera seduttiva. |

Tabella 3. Fattori del controtransfert (Betan, Heim, Conklin, & Westen, 2005).

| | |
|---|---|
| Fattore 1 Sopraffatto/Disorganizzato | Fattore composto da item che indicano il desiderio di evitare o scappare dal/la paziente, e la presenza di forti sentimenti negativi come paura, risentimento, e repulsione. Gli item si accordano con la descrizione delle reazioni controtransferali con pazienti con disturbi di personalità di cluster B (borderline e narcisistici) e con la descrizione dei pattern di attaccamento disorganizzati (cfr. Solomon & George, 1999). |
| Fattore 2 Impotente/Inadeguato | Fattore composto da item che descrivono sentimenti di inadeguatezza, incompetenza, disperazione e ansietà. |
| Fattore 3 Positivo | Fattore composto da item indicativi della presenza di un’esperienza di alleanza di lavoro positiva e di intimità con il paziente. |

⁶L’utilizzo di descrizioni chiare e il più possibile aderenti alla realtà clinica, al fine di renderle comprensibili ai clinici di diversi orientamenti teorici e di minimizzare inoltre la possibilità di salti interpretativi idiosincratici, è una delle caratteristiche che contraddistinguono anche la Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200; Westen, Shedler, & Lingardi, 2003).

| | |
|-------------------------------------|--|
| Fattore 4 Speciale/Ipercoinvolto | Fattore composto da item che descrivono il senso che il/la paziente sia speciale rispetto agli altri pazienti e “leggeri segni” di un problema nel mantenimento del legame; per esempio, nella gestione delle <i>self-disclosure</i> , nel finire la seduta in tempo, e nel sentirsi colpevole, responsabile o eccessivamente preoccupato per il paziente. |
| Fattore 5 Sessualizzato | Fattore composto da item che descrivono la presenza di sentimenti di natura sessuale o l'esperienza di una tensione sessuale nei confronti del/la paziente. |
| Fattore 6 Non coinvolto | Fattore composto da item che descrivono la presenza in seduta di un senso di distrazione, ritiro, fastidio, noia. |
| Fattore 7 Genitoriale/Protettivo | Fattore composto da item che esprimono la presenza di un desiderio di proteggere e curare il paziente in modo genitoriale, in una maniera che va oltre la presenza di normali sentimenti positivi verso il paziente. |
| Fattore 8 Criticato/Maltrattato | Fattore composto da item che descrivono il sentirsi non apprezzato, distanziato, o svalutato dal paziente. |

L'utilizzo fatto dal gruppo di Westen di questi strumenti è stata la verifica di un'eventuale correlazione tra i cluster dell'Asse II del DSM-IV e specifici fattori associati di transfert e controtransfert. L'analisi dei cinque fattori di transfert e degli otto fattori di controtransfert depone per un'effettiva correlazione con specifici disturbi di personalità.

I disturbi del *cluster A* (paranoide, schizoide, schizotipico) sono risultati correlati positivamente, anche se in modo lieve, al fattore di transfert evitante/contro dipendente, e negativamente, in modo significativo, al fattore sicuro/coinvolto; per quanto riguarda il terapeuta, questi fattori transferali si associano invece a dinamiche controtransferali di tipo critico (fattore 8).

I disturbi del *cluster B* (antisociale, borderline, istrionico, narcisistico) sono risultati associati a fattori di transfert arrabbiato/rivendicativo-recriminativo e sessualizzato; ad essi si associano sentimenti controtransferali di tipo sopraffatto/disorganizzato, impotente/inadeguato, sessualizzato, non coinvolto; il cluster B presenta inoltre un'associazione negativa significativa con il fattore di controtransfert positivo.

I disturbi del *cluster C* (dipendente, evitante, ossessivo-compulsivo), infine, risultano associati in modo significativo al fattore di transfert ansioso/preoccupato e a sentimenti controtransferali di tipo genitoriale/protettivo (fattore 7)⁷.

Nel complesso, queste correlazioni ci forniscono non solo una fotografia delle dinamiche relazionali associate a pazienti di una determinata area psicopatologica, ma, soprattutto, ci forniscono anche delle preziose indicazioni sul modo in cui i costrutti di alleanza, attaccamento, transfert e controtransfert possano essere collegati tra loro, clinicamente e concettualmente:

- In generale, sul versante del terapeuta i risultati emersi sembrano indicare come, pur nella singolarità di ogni diade terapeutica, le correlazioni riscontrate tra fattori di controtransfert e disturbi di personalità, suggeriscano una certa coerenza e prevedibilità delle risposte controtransferali. Si potrebbe in questo senso parlare di una “risposta controtransferale media attesa” sviluppata dal clinico, che in molti casi assomiglia alle risposte tipiche provenienti da altri significativi nella vita del paziente (Betan, Heim, Conklin, & Westen, 2005).
- Sul versante transferale, un risultato importante e inaspettato è la sovrapposizione dei fattori di transfert emersi con gli stili di attaccamento adulti identificati con l'AAI. È ovvio che non tutte le relazioni terapeutiche possono essere descritte come relazioni di attaccamento (cioè caratterizzate da ricerca di

⁷Una conferma dei fattori emersi e della loro correlazione con l'alleanza proviene anche da altri studi sull'alleanza con pazienti con disturbi di personalità. Lingiardi, Filippucci, Baiocco (2005) hanno per esempio riscontrato come i pazienti schizoidi, schizotipici e paranoide (Cluster A), se confrontati con pazienti del cluster B e C, considerano più problematica la costruzione congiunta con il terapeuta delle strategie di lavoro. I pazienti del cluster B, rispetto a quelli dei cluster A e C, ricevono da parte del terapeuta una valutazione più negativa dell'alleanza. Al contrario, con pazienti dipendenti, evitanti e ossessivo-compulsivi, i terapeuti valutano in modo più ottimistico la qualità dell'alleanza instaurata.

vicinanza o disagio per la distanza fisica o psicologica da una figura di attaccamento), ma questi risultati sostengono la visione secondo cui la relazione terapeutica può essere compresa come una relazione intima, asimmetrica, carica emotivamente e mirata all'accudimento, in grado di attivare pattern di pensiero, sentimento, affetto, regolazione affettiva, ecc. legati all'attaccamento (Bradley, Heim, & Westen, 2005).

8. Una delle dimensioni emerse (Sicuro/Impegnato) sembra descrivere non soltanto uno stile di attaccamento in cui il paziente si sente a proprio agio, sicuro, in grado di parlare liberamente delle proprie esperienze significative, ma anche una dimensione frequentemente descritta come alleanza di lavoro (Bradley, Heim, & Westen, 2005). Il fatto che gli item che compongono il fattore Sicuro/Impegnato descrivano sia un'alleanza positiva sia uno stile di attaccamento sicuro, sembra riflettere il fatto che alleanza e transfert coinvolgano processi cognitivi e affettivi simili che comportano l'attivazione di rappresentazioni, affetti, e strategie di regolazione affettiva basate sulla concordanza tra la relazione attuale e prototipi di relazioni passate (Westen, Gabbard, 2002). Dunque, "sebbene la distinzione tra alleanza di lavoro e transfert possa essere euristicoamente utile, il paziente sta in entrambi i casi rispondendo sulla base di una combinazione tra delle aspettative a priori e la situazione attuale" (Bradley, Heim, & Westen, 2005).

Attaccamento: la Patient-Therapist Adult Attachment Interview

La PT-AAI (Diamond, Clarkin, Stovall, & Levy, 2001; George, Kaplan, & Main, 1996) è un'intervista semistrutturata, nata come adattamento dell'AAI, mirata a classificare gli stati della mente rispetto all'attaccamento dei pazienti nei confronti dei rispettivi terapeuti (e viceversa). Come l'AAI, la PT-AAI è indirizzata alla valutazione dello stato della mente rispetto all'attaccamento e alle regole, cosce o inconscie, sviluppate dagli individui per organizzare l'esperienza, i pensieri e i sentimenti connessi all'attaccamento. A differenza dell'AAI, la PT-AAI valuta questi processi così come si evidenziano all'interno della relazione terapeutica, piuttosto che nella relazione con le figure di attaccamento. Lo strumento, così modificato, consente di comprendere e valutare come lo status dell'attaccamento può influenzare sia le dinamiche di transfert/controllotransfert (Dozier, Tyrrell, 1998; Fonagy, Steele, M., Moran Steele, H., & Higgitt 1991a; Fonagy, Steele, & Steele, 1991b, Holmes, 1995; Szajnberg, Crittenden, 1997) sia la qualità e la natura dell'alleanza terapeutica (Harris, 2003; Mackie, 1981; Slade, 1999).

Il protocollo è composto da 28 domande che seguono lo stesso ordine e formato delle domande dell'AAI (Diamond, Clarkin, Stovall, & Levy, 2001). Sono state effettuate tuttavia alcune necessarie modifiche nella formulazione delle domande per tener conto del diverso contesto di applicazione, cioè il setting terapeutico. La somministrazione dell'intervista prevede diverse fasi e domande, da generiche a specifiche. Al protocollo originale sono state aggiunte 12 domande, allo scopo di esplorare ulteriormente la relazione terapeutica nonché la capacità di riflettere su di essa⁸.

Come per la AAI, sulla base dei punteggi assegnati ai due gruppi di scale (scale dell'esperienza e scale della mente) a 9 punti, il trascritto viene assegnato ad una categoria. Nella PT-AAI, le scale valutano (Diamond, Clarkin, Stovall, & Levy, 2001):

- *Scale dell'esperienza*: nel sistema di *scoring* dell'AAI queste scale valutano le probabili esperienze dell'intervistato con le figure di attaccamento primarie; ciò che ora viene valutato da queste scale è l'esperienza nel setting terapeutico così come viene riferita dal paziente/terapeuta.
- *Scale dello stato della mente*: nell'AAI questo secondo gruppo di scale, su cui si basa in gran parte il tipo di classificazione assegnata, valuta lo stato della mente dell'intervistato rispetto all'attaccamento; nella PT-AAI queste scale vengono impiegate per classificare lo stato della mente del paziente nei confronti del terapeuta e viceversa.

La PT-AAI prevede anche dei punteggi per la funzione riflessiva (per la loro attribuzione si usa la Scala della Funzione Riflessiva; Fonagy, Steele, Steele, & Target, 1997)⁹. L'importanza di questa

⁸ "Secondo lei, il suo paziente/terapeuta come si sente nei suoi confronti?" e "Le capita di pensare al suo paziente/terapeuta al di fuori dal setting terapeutico?" sono degli esempi di tali domande aggiuntive.

⁹ L'AAI prevede una scala per la "capacità metacognitiva" (Main, Goldwyn, 1998). Ricordiamo che i costrutti "funzione riflessiva" (Fonagy, Target, 2001) e "capacità metacognitiva" (Main, Goldwyn, 1998), spesso usati come sinonimi, in realtà condividono solo alcuni importanti aspetti. Come sottolinea Caviglia (2003, pp. 138-146) che non a caso parla di "una questione da dirimere", la Main usa il termine metacognizione soprattutto

scala, in particolare nel contesto terapeutico, è evidenziata dagli studi sulla mentalizzazione nello sviluppo di un attaccamento sicuro, sia nella relazione genitore-figlio sia in quella terapeuta-paziente (Fonagy, Steele, M., Moran Steele, H., & Higgitt 1991a; Fonagy, Steele, & Steele, 1991b; Fonagy *et al.*, 1996; Fonagy & Target, 2001; Slade, 2002).

Come per l'AAI, anche le interviste PT-AAI vengono trascritte interamente. La classificazione dei soggetti si serve di un adattamento del sistema di classificazione e assegnazione dei punteggi utilizzato nell'AAI, l'*Adult Attachment Scoring and Classification System* (Diamond, Clarkin, Stovall, & Levy, 2001). Le interviste, a seconda dei punteggi ottenuti nelle diverse scale, vengono assegnate ad una delle quattro classificazioni primarie, e fanno riferimento alla qualità della relazione d'attaccamento tra paziente e terapeuta: Sicuro/Autonomo, Preoccupato, Distanziante, Non Classificabile¹⁰ (vedi tabella 1).

Tabella 1. Classificazioni dello stato mentale utilizzate dalla PT-AAI (Diamond et al., 2003).

| | |
|---------------------------------------|---|
| Stato della mente Sicuro/Autonomo (F) | <p>Pazienti: forniscono una descrizione credibile del terapeuta come base sicura durante il trattamento, o se anche quest'ultimo non rappresentasse tale base sicura, descrivono comunque la relazione in maniera coerente.</p> <p>Terapeuti: risultano sicuri/autonomi quando forniscono una descrizione credibile e coerente della relazione col paziente e dimostrano capacità di riflessione circa eventuali aspetti problematici della stessa, comprese le reazioni controtransferali. Terapeuti valutati come sicuri/autonomi hanno inoltre una forte fiducia nella loro capacità di funzionare come base sicura per i loro pazienti.</p> |
| Stato della mente Distanziante (D) | <p>I pazienti e i terapeuti vengono classificati come distanzianti quando dalle loro interviste emerge una negazione dei sentimenti legati all'attaccamento nella relazione terapeutica, che può al contrario venire idealizzata o svalutata. Nell'esposizione spesso vengono negate le imperfezioni del terapeuta/paziente, andando contro evidenze palesemente contraddittorie. Viceversa, può rivelarsi una svalutazione attiva della relazione terapeutica o della psicoterapia in generale. In queste interviste compaiono spesso delle affermazioni di indipendenza da o di non coinvolgimento con il paziente o terapeuta.</p> <p>Pazienti: descrivono la relazione in maniera moderatamente o fortemente idealizzante, senza portare a sostegno delle loro affermazioni esempi specifici o ricordi di passate esperienze positive.</p> <p>Terapeuti: descrivono la relazione col paziente come globalmente positiva senza fornire episodi specifici o descrivere delle esperienze concrete.</p> <p>Nelle interviste di entrambi emerge anche una constatazione delle difficoltà incontrate nel rapporto con l'altro, ma queste vengono ammesse in una maniera fredda e distaccata, o come un "dato-di-fatto" che denota la presenza di un coinvolgimento emozionale minimo.</p> |
| Stato della mente Preoccupato (E) | <p>Pazienti e terapeuti assegnati a questa categoria risultano eccessivamente coinvolti nel rapporto con l'altro e manifestano una preoccupazione nei confronti della relazione terapeutica che va oltre quello che può essere considerato come "normale" in psicoterapia. Le narrazioni circa l'esperienza vissuta durante il trattamento sono confusionarie e incoerenti. Possono mostrare un senso d'identità personale confuso e tendere ad organizzare la vita affettiva intorno all'interazione terapeutica.</p> <p>In casi estremi il paziente può esprimere la propria preoccupazione attraverso azioni distruttive e auto-distruttive, finalizzate alla sollecitazione di attenzioni da parte del</p> |

nella sua accezione autovalutativa, con funzione di autoregolazione sui propri pensieri e affermazioni, di comprensione del punto di vista dell'altro ecc. Fonagy, invece, utilizza il termine in rapporto alle sue ipotesi sullo sviluppo psicologico del bambino e alla capacità autoriflessiva materna (in un'accezione quindi più interpersonale ed evolutiva piuttosto che valutativa e intrapersonale come fa la Main).

¹⁰ La categoria *non risolto* (U/D) non viene contemplata nel sistema di classificazione della PT-AAI. Questa categoria, a differenza delle altre, non risulta rilevante nel contesto terapeutico in quanto fa diretto riferimento alla presenza di eventuali non risoluzioni di eventi traumatici o perdite delle figure di attaccamento.

terapeuta e al tentativo di punire quest'ultimo per colpe immaginarie. I terapeuti classificati come preoccupati appaiono ipercoinvolti dal paziente e dai suoi progressi e si immergono nella vita emozionale dello stesso, andando contro le regole fondamentali per il mantenimento del setting; a volte esprimono la convinzione che la propria reputazione professionale dipenda dall'esito del trattamento.

Non classificabile (CC) Come avviene nell'AAI (Hesse, 1996). le interviste vengono valutate come CC quando il paziente o il terapeuta utilizzano nel corso dell'intervista due o più strategie discorsive indicative di stati mentali tra loro incompatibili (distanziante e preoccupata).

La PT-AAI può dunque essere considerata una "misura" del tipo di stato mentale rispetto alla relazione terapeutica sviluppato nella diade analitica. Partendo dall'equazione buona alleanza=base sicura, la PT-AAI può essere considerata allo stesso tempo un'applicazione empirica in grado di dare sostanza quantitativa all'idea bowlbyana di "base sicura" ed anche uno strumento di rilevazione del tipo di alleanza instaurata. Va da sé che l'aspetto più rilevante è che la PT-AAI tiene conto e fornisce informazioni su entrambi i partecipanti, mostrando come lo stato della mente rispetto alla relazione terapeutica sia il risultato dell'incontro tra gli stili relazionali del paziente e del terapeuta (vedi anche De Bei, 2006; Lingiardi & De Bei, 2007; Speranza, 2006).

Qualità dei contributi del paziente e degli interventi del terapeuta: Le Analytic Process Scales e l'Adjustment Ratio

Si tratta di due strumenti nati per la valutazione del processo. Le *Scale per il processo analitico* (APS; Scharf, Waldron, Firestein, Goldberger, & Burton, 1999-2003) sono uno strumento nato per valutare i contributi del paziente e del terapeuta allo stabilirsi e al progredire di un *processo analitico* nei diversi tipi di psicoterapia. Le APS si compongono di 36 scale, 14 del paziente, 4 del rater e 18 del terapeuta. Ogni scala è suddivisa in 5 punti, da 0 a 4, e valuta una dimensione diversa e indipendente delle comunicazioni verbali e non verbali di paziente e terapeuta. Presupposto per la valutazione con le APS è il possesso di audio o videoregistrazioni da cui ricavare i trascritti delle sedute.

Pur essendo uno strumento metodologicamente innovativo, le APS si pongono in linea con quegli strumenti che cercano di valutare il processo terapeutico nella convinzione che non sia sufficiente stabilire se una terapia abbia avuto successo o meno, e neppure se sia di stampo analitico o meno. I presupposti delle APS riguardano la necessità di individuare le caratteristiche dei contributi di paziente e terapeuta *che si dimostrano correlate all'outcome* e di pensare al *carattere analitico di una terapia in termini dimensionali più che categoriali* (Kernberg, 2004; Thomä & Kächele, 1987; Wallerstein, 1986). In altri termini, le APS cercano di rispondere fondamentalmente a due domande:

1. Quali sono i fattori di paziente e terapeuta alla base del successo o del fallimento di un processo terapeutico?
2. In che misura in una data terapia si osserva lo stabilirsi di un processo di tipo analitico?

Dal punto di vista empirico, le APS si ispirano ad alcuni strumenti costruiti in precedenza per valutare il processo analitico o dimensioni analitiche del lavoro psicoterapeutico. Tra questi strumenti possiamo citare le *Vanderbilt Psychotherapy Process Scales* (VPPS; O'Malley, Suh, & Strupp, 1983), il *Core Conflict Relational Theme* (CCRT; Luborsky & Crits-Christoph, 1998), il *Therapist Verbal Intervention Inventory* (TVII; Koenigsberg et al., 1985), lo *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS; Jones & Windolz, 1990), l'*Adult Attachment Interview* (AAI; George, Kaplan, & Main, 1996), la *Computerized Referential Activity* (CRA; Mergenthaler & Bucci, 1997) e la *Psychodynamic Intervention Rating Scale* (PIRS; Cooper & Bond, 1992; Milbrath et al., 1999). Le APS sono corredate di un ampio manuale di codifica che fornisce istruzioni dettagliate per procedere alla segmentazione della seduta, una definizione precisa ed una spiegazione dettagliata

di ogni scala e del modo in cui essa si applica, degli esempi di contributi valutati 0, 2 e 4 per ogni scala. L'*interrater reliability* relativa alla segmentazione oscilla attorno all' 80% anche in assenza di training. Con un training addizionale, il livello di accordo relativo alla segmentazione ha raggiunto il 95% con una kappa di .86 (Waldron et al., 2004a; Waldron, Scharf, Hurst, Firestein, & Burton 2004b). Quella relativa alle siglature delle scale è in genere abbastanza buona, attestandosi a una media di .82 per le scale del paziente e di .71 per quelle del terapeuta (Waldron & Helm, 2004). È importante consultare il manuale tutte le volte che si procede alla siglatura di un segmento; una volta presa confidenza con il manuale, la siglatura di una seduta media richiede meno di un paio d'ore. Vediamo più in dettaglio le variabili misurate dalle diverse scale.

Per quanto riguarda i contributi del paziente, le APS permettono di valutare, attraverso 14 scale:

- 1-2) con quanta chiarezza il/la paziente comunica esperienze che permettono al valutatore di delineare i suoi *conflitti* sia all'interno sia all'esterno della situazione terapeutica;
- 3-4) quanto il/la paziente riesce a *riflettere su di sé* in un modo che promuova la sua autocomprensione sia in relazione al terapeuta sia in contesti extraterapeutici;
- 5-6) quanto i *sentimenti* del/la paziente contribuiscano alla percezione che il valutatore ha della sua esperienza nel segmento, sia in relazione al terapeuta e alla situazione terapeutica, sia rispetto ad altre situazioni;
- 7) quanto il/la paziente parli di *argomenti romantici o sessuali*;
- 8) quanto parli o manifesti la propria *assertività, aggressività e ostilità*;
- 9) quanto consideri le proprie *esperienze/espressioni emotive* come qualcosa di *problematico*;
- 10) quanto faccia riferimento al proprio *sviluppo*;
- 11) con che frequenza appaiano problematiche connesse all'*autostima*;
- 12) quanto risponda in modo *terapeuticamente utile* all'intervento del terapeuta;
- 13) quanto le sue *comunicazioni* siano *psicologicamente continue* rispetto a quelle fatte in precedenza nella stessa seduta o in sedute precedenti;
- 14) quale sia la *produttività terapeutica globale* del suo contributo.

Ci sono poi 4 scale che il rater deve utilizzare con gli interventi del terapeuta per valutare in che misura, a suo parere, sarebbe stato opportuno intervenire:

1. con un incoraggiamento all'elaborazione,
2. con una chiarificazione,
3. con un'interpretazione,
4. con un intervento di sostegno.

Infine, le APS presentano 18 scale da applicare ai contributi del terapeuta per valutare in che misura il/la terapeuta:

1. incoraggi l'elaborazione nel segmento,
2. chiarifichi,
3. interpreti,
4. proponga un intervento di sostegno,
5. proponga un intervento centrato sulle difese,
6. sia centrato sulla relazione terapeutica,
7. sia centrato sui conflitti,
8. tratti argomenti romantici o sessuali,
9. tratti i temi dell'assertività, dell'aggressività e dell'ostilità del paziente,
10. sia centrato sullo sviluppo del paziente,
11. sia centrato sulle problematiche di autostima del paziente,
12. proponga un intervento confrontativo,
13. proponga un intervento influenzato o plasmato dai suoi sentimenti,
14. proponga un intervento amichevole,
15. proponga un intervento ostile,
16. proponga un intervento che segue il focus psicologico immediato del paziente,
17. proponga un intervento continuo rispetto agli interventi fatti in precedenza nella stessa seduta o in sedute precedenti,
18. proponga un intervento che può essere considerato un buon intervento.

I primi risultati dell'applicazione delle APS allo studio del processo di tre psicoterapie analitiche (Waldron et al., 2004a; Waldron, Scharf, Hurst, Firestein, & Burton 2004b) mettono in evidenza che la produttività terapeutica globale delle comunicazioni del paziente presenta una correlazione parziale (cioè indipendente dal valore assunto da tutte le altre variabili) positiva e significativa ($r = .44$ con $p < .05$) con la qualità degli interventi fatti dal terapeuta nel segmento immediatamente precedente. In altri termini, è possibile formulare l'ipotesi che interventi di buona qualità del terapeuta favoriscano una migliore partecipazione del paziente alla terapia. L'ipotesi implicita in questi studi, che va ancora verificata empiricamente, è che la produttività terapeutica globale dei segmenti del paziente sia correlata in modo positivo e significativo a un outcome positivo della terapia.

Risultati preliminari ottenuti utilizzando le APS indicano come (Gazzillo & Lingiardi, 2006):

1. La *qualità dei contributi del terapeuta* è correlata in modo positivo e significativo con la *produttività* delle comunicazioni immediatamente successive *del paziente* ($r = .35$, $p < .001$).
2. La *qualità dei contributi del terapeuta* è correlata in modo positivo e significativo con la *qualità* delle comunicazioni immediatamente successive *del paziente* ($r = .74$, $p < .001$).
3. Questa relazione resta positiva e significativa anche se si esclude l'influenza degli altri fattori di paziente e terapeuta ($.28$, $p < .001$).
4. La *qualità degli interventi del terapeuta* può essere pensato come un predittore della *qualità dei contributi successivi* del paziente ($F = 928,23$, $p < .001$; $r^2 = .54$).
5. La *qualità delle comunicazioni del paziente* è correlata in modo positivo e significativo sia con l'alto funzionamento della SWAP sia con il *livello di difensività globale* del paziente misurato con la DMRS ($r = .64$, $p = .03$).

L'*Adjustment Ratio* (d'ora in poi AR) degli interventi del terapeuta rispetto al funzionamento difensivo del terapeuta (Despland, De Roten, Despars, Stigler, & Perry, 2001) può essere considerata una metodologia d'indagine (più che uno strumento vero e proprio) volta ad indagare la qualità degli interventi del terapeuta, intesa come adeguatezza degli interventi del terapeuta rispetto al livello di funzionamento difensivo del paziente. Secondo tale metodologia l'espressività degli interventi del terapeuta viene rapportata al livello di funzionamento difensivo del paziente. La forza di tale metodologia a nostro avviso è riassumibile in due punti:

- 1) gli autori non hanno creato un nuovo ed ennesimo strumento per valutare gli interventi del terapeuta¹¹ bensì sono riusciti a combinare in modo creativo le valutazioni compiute con strumenti già a disposizione quali la *Defense Mechanism Rating Scale* per la valutazione del funzionamento difensivo del paziente (Perry, 1990) e la *Psychodynamic Interventions Rating Scale* (Cooper & Bond, 1992) per la valutazione degli interventi del terapeuta;
- 2) l'AR rappresenta il tentativo di superare una logica esclusivamente "quantitativa" per lo studio dei fattori specifici del terapeuta avvicinandosi ad una logica di tipo qualitativo¹² attraverso lo studio congiunto di una variabile del terapeuta (gli interventi) e di una variabile del paziente (livello di funzionamento difensivo) in relazione ad una variabile della coppia paziente/terapeuta (alleanza terapeutica).

Per calcolare l'AR degli interventi secondo la metodologia proposta da Despland è necessario innanzitutto compiere una valutazione del funzionamento difensivo del paziente attraverso la DMRS e degli interventi del terapeuta mediante la PIRS.

La DMRS divide le difese del paziente in 7 categorie gerarchicamente ordinate dal livello 1 (Difese altamente immature) al livello 7 (alto-livello difensivo). In maniera analoga, Despland ha ordinato gli interventi terapeutici descritti nella scala PIRS secondo il livello d'espressività degli interventi stessi.

Questa scala gerarchica chiamata ESIL (Espressive Supportive Intervention Level) ordina gli interventi del terapeuta su 7 livelli dal più supportivo – livello 1 – al più espressivo – livello 7.

¹¹ Per una discussione sulla proliferazione di strumenti di valutazione nell'ambito della ricerca in psicoterapia rimandiamo a Dazzi (2006).

¹² Per un approfondimento critico rispetto alle metodologie d'indagine sui fattori specifici e in particolare sugli interventi del terapeuta rimandiamo a Colli (2006).

| Interventi | ESIL (PIRS) | ODF (DMRS) |
|--|-------------|--------------------|
| Interpretazione di transfert | 7 | 7 Mature |
| Interpretazione difese (livelli 3-5) | 6 | 6 Ossessive |
| Interpretazione difese (livelli 1-2) | 5 | 5 Altre nevrotiche |
| Domande, Chiarificazioni, Strategie work-enhancing | 4 | 4 Narcisistiche |
| Riflessione | 3 | 3 Diniego |
| Strategie supportive Arrangement di contratto | 2 | 2 Borderline |
| Associazioni, Acknowledgment | 1 | 1 Acting |

L'AR degli interventi del terapeuta si ottiene rapportando il livello medio d'intervento espressivo-supportivo del terapeuta (ESIL) con il Livello Generale di Funzionamento Difensivo del paziente (ODF):

Espressive-Supportive Intervention Level

AR =

Overall Defensive Functioning

Il livello di AR sembra esser risultato in relazione al livello dall'alleanza terapeutica (Despland, De Roten, Despars, Stigler, & Perry, 2001) ma anche ai processi di rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica (Colli & Lingardi, 2006). In particolare ci sembra importante segnalare come il livello di AR sembra correlarsi in modo significativo non solo all'alleanza terapeutica nel suo insieme ma anche al livello dall'alleanza del terapeuta (Colli, Di Meo, Di Pumpo, & Lingardi, 2006). In questi termini l'AR potrebbe essere considerato anche un indicatore della capacità del terapeuta di sintonizzarsi con il paziente e con le sue risorse.

Le rotture e riparazioni nell'alleanza: l'Indice di Valutazione dell'Alleanza Terapeutica-R

L'Indice di Valutazione dell'Alleanza Terapeutica IVAT (Colli & Lingardi, 2002; Colli & Lingardi, 2005) nella sua versione attuale IVAT-R si compone di due scale principali, una dedicata alla valutazione delle comunicazioni del paziente, l'IVAT -P, ed una dedicata alla valutazione delle comunicazioni del terapeuta, IVAT - T. L'IVAT - P permette di valutare il contributo del paziente alla relazione terapeutica sia in termini quantitativi che qualitativi. A livello qualitativo la scala prevede la classificazione e individuazione di tre tipologie differenti di comunicazioni da parte del paziente: i marker di rottura diretti (MD), i marker di rottura indiretti (MI) e i processi collaborativi (PC). Con l'espressione "marker di rottura" ci riferiamo a quegli aspetti (comportamenti, parole, ecc) che possono essere indicativi/predittivi di una rottura più o meno manifesta o comunque di un disagio da parte del paziente rispetto alla terapia e/o alla relazione con il terapeuta. I markers diretti (MD) sono comunicazioni esplicite, dirette, confrontative, mentre quelli indiretti (MI) sono manifestazioni non esplicite e di ritiro dalla relazione terapeutica.

Esempi di MD sono quando il paziente comunica la propria sfiducia rispetto al processo terapeutico e alle sue possibilità di cambiamento, quando attacca verbalmente il terapeuta in riferimento alla sua competenza, alle sue qualità umane ecc. Esempi di MI sono quando il paziente

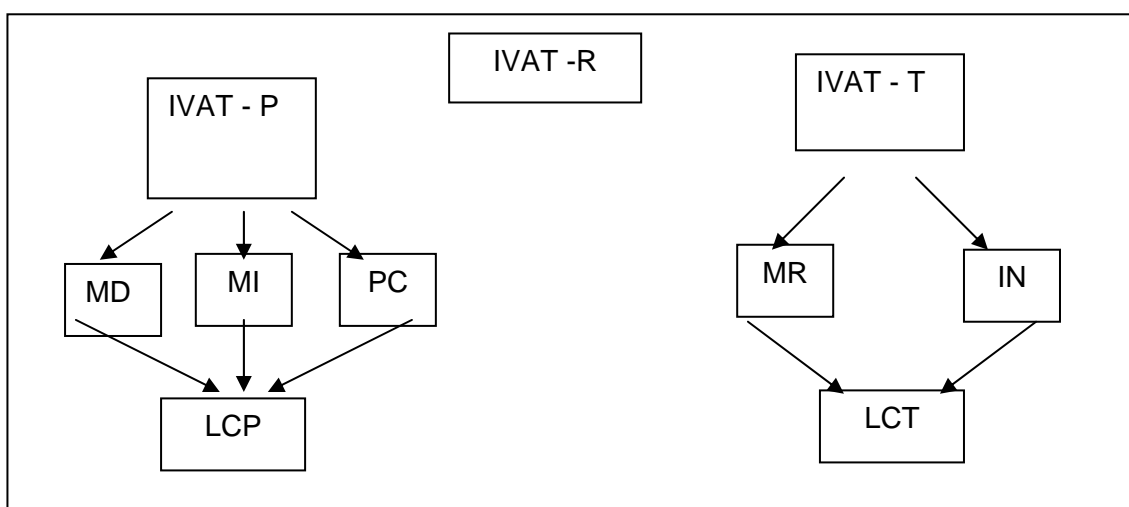
cambia visibilmente argomento per evitare di approfondire tematiche angosciose, quando si dilunga su argomenti non significativi per la terapia.

I PC sono comunicazioni del paziente che non ostacolano il processo terapeutico e che possono in vario modo contribuire positivamente ad esso, in particolare alla costruzione e/o al mantenimento di un adeguato livello di collaborazione con il terapeuta.

In termini quantitativi, le comunicazioni del paziente vengono valutate secondo un continuum collaborazione/non collaborazione attraverso una scala Likert a 7 punti (denominata scala LCP – ovvero scala livello collaborazione paziente) con un ramo positivo e un ramo negativo. Attraverso la scala IVAT – T sono valutati gli interventi del terapeuta che vengono suddivisi in due grandi categorie: gli interventi di risoluzione – siglati MR – che contribuiscono al mantenersi o costituirsi dell'alleanza con il paziente, e gli interventi negativi – siglati IN – che contribuiscono in termini negativi al processo e alla relazione terapeutica. I MR possono essere tentativi del terapeuta di esplicitare markers di rottura indiretti del paziente oppure risposte empatiche volte a facilitare nel paziente l'espressione di sentimenti negativi nei confronti del terapeuta; possono essere interventi mirati a spostare l'attenzione del paziente sul qui e ora della relazione, interventi di chiarificazione o confrontazione, o semplicemente di mantenimento di una buona alleanza.

Gli IN sono interventi del terapeuta che sembrano contribuire in modo negativo al processo. Per esempio consideriamo IN quando il terapeuta sembra in competizione con il paziente, oppure appare confuso rispetto alle strategie da adottare, o si esprime in modo oscuro o incomprensibile, ecc.

Gli interventi del terapeuta sono valutati anche in termini quantitativi a seconda del loro livello di collaborazione con la scala Livello Collaborazione Terapeuta – Scala LCT –, anch'essa a sette punti con un ramo positivo ed uno negativo. Rispetto alla prima versione della scala, l'IVAT permette ora di valutare anche i contributi positivi del paziente al processo terapeutico e i contributi negativi del terapeuta¹³.



La creazione di un nuovo strumento per la valutazione dell'alleanza terapeutica a partire dai trascritti di sedute o colloqui nasce sia dall'esigenza di avvicinarsi al costrutto attraverso una visione meno statica (l'IVAT-R non valuta solo l'alleanza terapeutica nel suo insieme, ma anche il processo che porta alla sua formazione e alla sua rottura), sia dalla necessità di studiare ad un livello microanalitico il "ritmo" della relazione terapeutica in linea con i modelli teorici di stampo relazionale, intersoggettivista e cognitivo-interpersonale (Aron, 1996; Beebe & Lachmann, 2002; Mitchell, 2000; Safran & Segal, 1990; Stern, 2004). L'attenzione al testo e all'indagine

¹³ I primi dati relativamente all'attendibilità e alla validità convergente della scala mostrano dei livelli di accordo tra giudici abbastanza buoni (ICC medio .72 scala LCP; .73 scala LCT) (Colli & Lingiardi, 2005) e una forte correlazione con la scala Bond del *Working Alliance Inventory* (Colli & Lingiardi, 2005).

microanalitica grazie allo studio del testo ricalca infatti l'enfasi odierna sul dialogo e l'influenza reciproca (Beebe & Lachmann, 2002; Siegel, 2002).

In conclusione

In questo contributo abbiamo cercato di scomporre, servendoci della presentazione di alcuni strumenti di ricerca, gli elementi costitutivi la relazione terapeutica.

È però necessaria una precisazione. Da quando abbiamo iniziato a studiare la psicoterapia per poterla validare empiricamente, gli sforzi dei ricercatori si sono rivolti prevalentemente alla creazione di strumenti per la ricerca più che alla ricerca in sé (Kiesler, 1973). Da qui la preoccupante proliferazione di strumenti di ogni tipo e per ogni costrutto, strumenti spesso utilizzati per una sola ricerca ed esclusivamente a livello locale (Dazzi, 2006).

In un contributo come quello che avete appena letto, dove gli strumenti di ricerca sono il focus della discussione, si corre il rischio di trasmettere l'idea di un'identificazione tra l'oggetto di studio (la psicoterapia) e gli strumenti impiegati per studiarla. La nostra, però, non vuole essere una "lista della spesa" (ecco gli strumenti da utilizzare), ma una proposta più di tipo metodologico (quali strumenti? Come combinarli/integrarli tra loro?) ancorata e, insieme, rivolta ad una ridefinizione di tipo concettuale del costrutto "alleanza terapeutica" (Horvath, 2005).

Il nostro approccio multistrumentale - che combina strumenti per studiare costrutti correlati (transfert, controtransfert, attaccamento, ecc), su materiali (questionari, trascritti) e con vertici di osservazione differenti (osservatore, terapeuta, paziente) - vuole essere un modo per rendere conto della multidimensionalità della relazione terapeutica.

Con tale approccio, inoltre, possiamo studiare congiuntamente gli elementi tecnici (cfr. APS, Adjustment Ratio) e quelli più "specificamente" relazionali (processi di rottura e riparazione, controtransfert, ecc.). Le variabili relazionali e personali dei partecipanti alla relazione sono peraltro fattori indispensabili per la comprensione di come avviene la "gestione" dei fattori tecnici. In altre parole, se la letteratura indica un' "interdipendenza dei fattori tecnici e relazionali", allora è più semplice pensare che "il significato di ogni fattore tecnico può essere compreso solo nel contesto relazionale in cui viene applicato" (Safran & Muran, 2001, p. 166). Con qualche cautela in più, ma sostanzialmente dello stesso avviso, è anche Horvath (2005, p. 6): "forse, con il progredire del dialogo tra il livello concettuale e quello empirico, saremo in grado di andare oltre l'attuale dicotomia tra elementi relazionali vs. elementi tecnici, per giungere a comprendere la relazione e gli interventi come reciprocamente co-determinati".

All'interno di un contesto relazionale, i fattori tecnici possono essere intesi come emergenti dalla relazione terapeutica - avvicinando ancora di più le dimensioni soggettiva e tecnica della relazione. In breve, interventi qualitativamente "buoni" saranno il risultato di una relazione qualitativamente "buona" e viceversa.

Infine, contestualizzare empiricamente i fattori tecnici all'interno della relazione terapeutica significa studiare non più solo il paziente, ma anche il terapeuta, la sua personalità, il suo modo di partecipare alla relazione, di comportarsi ecc (Colli, 2006). Anche a livello empirico, il terapeuta non è più considerato una "costante", ma una variabile vera e propria, responsabile in buon parte delle differenze (o somiglianze) dei risultati delle terapie.

Il terapeuta torna "protagonista" non solo perché anche lui/lei al centro dell'indagine empirica nello studio della relazione terapeutica, ma anche perché strumento, attraverso il giudizio clinico, della ricerca (si vedano il questionario sul controtransfert presentato in questo contributo, o i sistemi di valutazione della personalità come la SWAP 200 che utilizzano il clinico come fonte d'informazione).

Una certa "povertà di risultati" che ha a lungo caratterizzato la ricerca in psicoterapia non è conseguenza di problematiche solo metodologiche, ma anche dialogiche, intendendo con queste la necessità di una maggior integrazione (collaborazione) tra i tre ambiti concettuale, clinico ed empirico, attraverso i quali può essere studiata non solo la relazione terapeutica, ma la psicoterapia nel suo complesso. Il modo in cui variabili intermedie, per esempio il tipo di attaccamento tra paziente e terapeuta, la gestione degli interventi tecnici, il rapporto tra questi e l'uso che ne fa il paziente ecc., interagiscono tra loro nel determinare la qualità osservata della relazione rappresenta un elemento centrale non solo per comprendere come si forma l'alleanza,

ma anche per fornire un quadro concettuale coerente in cui leggere e interpretare i dati empirici oggi disponibili.

Bibliografia

Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23,1–33.

Aron, L. (1996). *A meeting of minds: mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press (tr. it. *Menti che si incontrano*, Raffaello Cortina, Milano, 2003).

Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization Based Treatment*. New York: Oxford University Press (tr. it. *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*, Raffaello Cortina, Milano, 2006).

Beutler, L.E., Moliero, C., Malik, M., & Harwood, T.M. (2000). *The UC Santa Barbara study of fitting therapy to patients: first results*. Paper presented at the Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Chicago, IL, 21-24 June.

Beebe, B., & Lachmann, F.M. (2002). *Infant research and adult treatment*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press (tr. it. *Infant research e trattamento degli adulti*, Raffaello Cortina, Milano, 2003).

Beneke, C., Peham, D., & Banninger-Huber, E. (2005). Nonverbal relationship regulation in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 81-90.

Betan, E., Heim, A., Conklin, C.Z., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162 (5), 890-898.

Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: theory, research, and practice*, 16, 252-260.

Bradley, R., Heim, A., & Westen, D. (2005). Transference phenomena in the psychotherapy of personality disorders: an empirical investigation. *British Journal of Psychiatry*, 186, 342-349.

Caviglia, G. (2003). *Attaccamento e psicopatologia*. Roma: Carocci.

Casey, L.M., Oei, T.P.S, & Newcombe, P.A. (2005). Looking beyond the negative: a time period analysis of positive cognition, negative cognition and working alliance in cognitive-behavior therapy for panic disorder. *Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 55-68.

Castonguay, L.G., Goldfried, M. R., Wisner, S., Raue, P.J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 64, 497-504.

Castonguay, L.G., Constantino, M.J., & Holtforth, M.G. (2006). The working alliance: where are we and where should we go?. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 43 (3), 271-279.

Chambless, D.L., & Ollendick, T.H. (2001). Gli interventi psicologici validati empiricamente: Controversie ed evidenze empiriche. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 3, 5-46 (trad. it.). (and retrieved from <http://www.psychomedia.it/spr-it/artdoc/chamb198.htm>).

Colli, A. (2006). La ricerca sugli interventi del terapeuta. In N. Dazzi, V. Lingiardi & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 369-388). Milano: Raffaello Cortina.

Colli, A., & Lingiardi, V. (2002). Indice di valutazione dell'alleanza terapeutica. In V. Lingiardi (Ed.), *L'alleanza terapeutica: Teoria, clinica e ricerca* (pp.211-223). Milano: Raffaello Cortina.

Colli, A., & Lingiardi, V. (2005). Valutare i processi di rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica: l'IVAT-II. Paper presented at the meeting: *V Convegno SPR Italia*, San Benedetto del Tronto, Italy, 16-18 September 2005.

Colli, A., & Lingiardi, V. (2006). Therapist's interventions adjustment ratio and relational failures: A pilot study on the way therapist breaks the alliance. Paper presented at the 37th International Meeting "From research to practice" of the Society for Psychotherapy Research" Edinburgh, Scotland, 21-24 June 2006.

Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., De La Cruz, C., Barber, J.P., Siqueland, L., & Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, 13, 59–76.

Costantino, M. J., Arnow, B.A., Blasey, C., & Agras, W. S. (2005). The association between patient characteristics and the therapeutic alliance in cognitive-behavioral and interpersonal therapy for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 203–211.

Constantino, M.J., Castonguay, L.G., & Schut, A. J. (2002). The working alliance: a flagship for the 'scientist-practitioner' model in psychotherapy. In G. S. Tryon (Ed.), *Counseling based on process research: Applying what we know* (pp.81-131). Boston: Allyn & Bacon.

Cooper, M., & Bond, S. (1992). *Psychodynamic Interventions Rating Scale*. Unpublished Manuscript.

Dazzi, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti* (pp. 3-27). Milano: Raffaello Cortina.

De Bei, F. (2006). La ricerca sull'alleanza terapeutica. In N. Dazzi, V. Lingiardi & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp.505-534). Milano: Raffaello Cortina.

Despland, J.N., De Roten, Y., Despars, J., Stigler, M., & Perry, J.C. (2001). Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *Journal of Psychotherapy Practice Research*, 10 (3), 155-64.

Diamond D., Clarkin J.F., Stovall K.C., & Levy K.N. (2001). *Scoring System for the Patient-Therapist Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript.

Diamond D., Clarkin J.F., Stovall-McClough C., Levy K.N., Foelsch P.A., Levine H., et al. (2003). Patient-Therapist attachment: impact on the therapeutic process and outcome. In M. E. Cortina & M. Marrone (Eds.), *Attachment Theory and the Psychoanalytic Process* (pp. 179-203). London: Whurr Press.

Dimaggio, G., & Semerari, A. (Eds.) (2003). *I disturbi di personalità: Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Roma-Bari: Laterza.

Dozier, M., & Tyrrell, C. (1998). The role of attachment in therapeutic relationship. In J.A., Simpson & W.S., Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 221-248). New York: Guilford Press.

Fonagy, P. (2001). Attachment theory and psychoanalysis, New York: Other Press (tr. it. *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina, Milano, 2002).

Fonagy, P., Steele, M., Moran Steele, H., & Higgitt, A. (1991a). The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-217.

Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991b). Maternal Representation of Attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905.

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., et al. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., & Target, M. (1997). *Reflective-Functioning Manual: Version 4.1. For Application to the Adult Attachment Interviews*. Unpublished manuscript.

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

Freud S. (1912). Zur dynamik der Übertragung. *Zentralblatt für Psychoanalyse*, 2 (4), 167-73 (trad. it. (1974) *Dinamica della traslazione*, In *Opere di Sigmund Freud*, Bollati Boringhieri, Torino, Vol. VI, pp. 523-531).

Gazzillo, F., & Lingiardi, V. (2006). *Valutazione multistrumentale di processo ed esito delle psicoterapie: Qualità degli interventi di paziente e terapeuta, modifiche nell'assetto delle difese e cambiamento della personalità*. Paper presented at the national meeting nazionale AIP, sezione di psicologia clinica, Rovereto, Italy, 15-17 September 2006.

George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview Protocol*. Unpublished manuscript.

Greenberg, J.R., & Mitchell, S.A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge: Harvard University Press (tr. it. *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*, Il Mulino, Bologna, 1986).

Greenson, R.R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155-181.

Harris, T. (2003). Indication of attachment theory for developing a therapeutic alliance and insight in psychoanalytic psychotherapy. In M. Cortina & M. Marrone (Eds.), *Attachment theory and psychoanalytic process* (pp. 62-91). London: Whurr Press.

Hatcher, R.L., & Barends, A.W. (2006). How to return a theory could help alliance research. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 43 (3), 292-299.

Henry, W.P., & Strupp, H.H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. In A.O. Horvath & L. S. Greenberg, (Eds.), *The working alliance: theory, research and practice* (pp. 51-84). New York: Wiley.

Hesse, H. (1996). Discourse, memory and the Adult Attachment Interview: A note with emphasis on the emergency of cannot classify category. *Infant Mental Health Journal*, 17, 4-11.

Holmes, J. (1995). Something there is that does not love a wall: John Bowlby, attachment theory and psychoanalysis. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, Developmental, and Clinic Perspectives* (pp. 19-45). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Horvat, A.O. (2005). The therapeutic relationship: research and theory. *Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 3-7.

Horvath, A.O., & Bedi, R.P. (2002). The alliance. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relations that work* (pp. 37-70). New York: Oxford.

Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1989). The development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.

Horvath, A.O., & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.

Horwitz, L.M., Gabbard, G.O., & Allen, J.T. (1996). *Borderline personality disorder: Tailoring the psychotherapy to the patients*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing (tr. it. *Psicoterapia su misura*, Raffaello Cortina, Milano, 1998).

Jones, E.E., & Windolz, M. (1990). The psychoanalytic case study: Toward a method for systematic inquiry. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 38, 985-1016.

Kazdin, A. E. (2005). Treatment outcomes, common therapy, factors, and continued neglect of mechanisms of change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 184 –188.

Kernberg, O.F. (2004). *Aggressivity, narcissism, and self-destructiveness in the psychotherapeutic relationship*. London: Yale University Press (tr. it. *Narcisismo, aggressività e autodistruttività*, Raffaello Cortina, Milano, 2006).

Kiesler, D.J. (1973). *The Process of Psychotherapy*. Chicago: Aldine.

Koenigsberg, H.W., Kernberg, O.F., Haas, G., Lotterman, A., Rockland, L., & Selzer, M. (1985).

- Development of a scale for measuring techniques in the psychotherapy of borderline patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 424-431.
- Kohut, H. (1968). The psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders: outline of a systematic approach. *Psychoanalytic Study of the Child*, 86-113.
- Lambert, M.J. (Ed.). (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed.). New York: John Wiley and Sons.
- Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lingiardi, V., & De Bei, F. (2005). Rotture nell'alleanza: Una lettura sistemico-diadica. *Infanzia e Adolescenza*, 4 (2), 81-100.
- Lingiardi, V., & De Bei, F. (in press). Una proposta di integrazione delle variabili relazionali nella ricerca empirica in psicoterapia. In S. Salvatore & G. Nicolò (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Materiali di studio e prospettive dal contesto italiano*. Roma: Carlo Amore.
- Lingiardi, V., & Colli, A. (2003). Alleanza terapeutica: rotture e riparazioni. *Quaderni di psicologia, analisi transazionale, scienze umane*, 38, 178-217.
- Lingiardi, V., Filippucci, L., & Baiocco, R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15 (12), 45-53.
- Liotti, G. (2005). *La natura interpersonale della coscienza* (2nd ed.). Roma: Carocci.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliance in psychotherapy. In J.L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunnel/Mazel.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding Transference. The Core Conflictual Relationship Theme Method* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Mackie, A.J. (1981). Attachment theory: its relevance to the therapeutic alliance. *British Journal of Medical Psychology*, 54, 201-212.
- Main M., & Goldwyn, R. (1998). *Adult Attachment scoring and classifications system*. Unpublished scoring manual.
- Martin, D.J., Garske, J. P., & Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Clinical and Psychology*, 68, 438-450.
- Mergenthaler, E., & Bucci, W. (1999). Linking verbal and non verbal representations: Computer Analysis Activity. *British Journal of Medical Psychology*, 72, 339-354.
- Milbrath, C., Bond, M., Cooper, S., Znoj, H.J., Horowitz, M.J., & Perry, J.C. (1999). Sequential consequences of therapists' interventions. *Journal of psychotherapy and practice research*, 8 (1), 40-54.
- Mitchell, S.A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. London: Harvard University Press (tr. it. *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi. Verso un modello integrato*, Bollati Boringhieri, Torino, 1993).
- Mitchell, S.A. (2000). *Relationality: From attachment to intersubjectivity*. New York: The Analytic Press (tr. it. *Il modello relazionale. Dall'attaccamento all'intersoggettività*, Raffaello Cortina, Milano, 2002).
- Norcross, J. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work*. Oxford: New York.
- Norcross, J.C., Beutler, L.E., & Levant, R.F. (2005) (Eds). *Evidence-based practices in mental health: debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington DC: American Psychological Association (tr. It. *Salute mentale: trattamenti basati sull'evidenza*, Giusti, Milano, 2006).
- O'Malley, S.S., Suh, C.S., & Strupp, H.H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51,

581-586.

Perry, J.C. (1990). Defense Mechanism Rating Scale. In V. Lingiardi & F. Madeddu (Eds.) (2002), *I meccanismi di difesa*. Milano: Raffaello Cortina.

Piper, W.E., Ogradniczuck, J.S., Joyce, A.S., & McCullum, M. (1999). Predictio of dropping out in time-limited, interpretative individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 36 (2), 114-122.

Ponsi, M. (2002). Paradigma relazionale e alleanza terapeutica. In V. Lingiardi, *L'alleanza terapeutica: Teoria, clinica, ricerca* (pp.63-87). Milano: Raffaello Cortina.

Robinson, L.A., Berman, J.S., & Neimeyer, R.A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 30-49.

Roth, A., & Fonagy, P. (2004). *What Works for Whom? A Critical Review of PsychotherapyResearch* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press (tr. it. *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*, Laterza, Roma-Bari, 2003).

Safran, J.D., & Muran, J.C., (2006). Has the concept of therapeutic alliance outlived its usefulness?. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 43 (3), 286-291.

Safran, J.D, Muran, J.C., Samstag L.S., & Stevens, C. (2002). Repairing Alliance Ruptures. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relations that work* (pp.235-244). New York: Oxford University Press.

Safran, J.D., & Segal, Z.V. (1990). *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. New York: Basic Books.

Scharf, R.D., Waldron jr, S., Firestein, S.K., Goldberger, M., & Burton, A.M. (1999-2003). *The Analytic Process Scales (APS) Coding Manual*. Unpublished manuscript.

Sexton, H., Littauer, H., Sexton, M., & Tommeras, E. (2005). Building an alliance: Early therapy process and the client-therapist connection. *Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 103-117.

Siegel, D.J. (2002). Foreword. In L. Cozolino (Ed.). *The neuroscience of Psychotherapy: building and rebuilding the human brain* (pp. IX-XII). New York-London: Norton & Company.

Slade, A. (1999). Attachment theory and research: Implications for theory and practice of individual Psychotherapy. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment theory and research*. New York: Guilford Press (tr. it. *Teoria dell'attaccamento e ricerca clinica: limpicazioni per la teoria e la pratica della psicoterapia individuale con adulti*. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds), *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*, Giovanni Fioriti, Roma, 2002, pp.652-673).

Slade, A. (2002). Moments of Regulation and the development of self-narratives. *Journal of Infant, Child, and Adult Psychotherapy*, 2, 1-10.

Speranza, A. M. (2006). La valutazione dell'attaccamento della ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 539-566). Milano: Raffaello Cortina.

Sterba, R. (1934). Il destino dell'lo nella terapia analitica. *Psicoterapia e scienze umane*, 28 (2), pp. 109-118 (trad. it.).

Stern, D.N. (2004). The present moment in psychotherapy and everyday life. New York: Norton & Company (Tr. it. *Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana*. Raffaello Cortina, Milano, 2005).

Szajnberg, N.M., & Crittenden, P.M. (1997). The transference refracted through the lens of attachment. *Journal of the America Academy of Psychoanalysis*, 25 (3), 409-438.

Thomä, H., & Kächele, H. (1987). *Psychoanalytic Practice* (Vol. 1). New York: Springer Principles.

Waldron, S., & Helm, F.L. (2004). Psychodynamic features of two cognitive-behavioural and one psychodynamic treatment compared using the Analytic Process Scales. *Canadian Journal of*

Psychoanalysis, 12 (2), 346-368.

Waldron, S., Scharf, R.D., Crouse, J., Firestein, S.K., Burton, A., & Hurst, D. (2004a). Saying the right thing at the right time: A view through the lens of the Analytic Process Scales (APS). *Psychoanalytic Quarterly*, 73, 1079-1125.

Waldron, S., Scharf, R.D., Hurst, D., Firestein, S.K., & Burton, A. (2004b). What happens in a psychoanalysis? A view through the lens of the Analytic Process Scales (APS). *International Journal of Psychoanalysis*, 85 (2), 443-466.

Wallerstein, R.S. (1986). *Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate*. Mahwah NJ: Erlbaum.

Westen, D. (2000). *Psychotherapy Relationship Questionnaire (PRQ) Manual*. Unpublished manuscript.

Westen, D., & Gabbard, G.O. (2002). Developments in cognitive neuroscience: I. Conflict, compromise and connectionism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50, 53-98.

Westen, D., Morrison, K., & Thompson-Brenner, H. (2004). Lo statuto empirico delle psicoterapie empiricamente validate: Assunti, risultati e pubblicazione delle ricerche *Psicoterapia e Scienze Umane*, 39 (1), 7-90 (Tr. It.).

Westen, D., Shedler, J., & Lingiardi, V. (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina.

Zetzel, E.R. (1958). *Basic concepts of psychoanalytic psychoatry*. (trad. it. *Psichiatria Psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Torino, 1976).

Zittel, C., & Westen, D. (2003). *The countertransference questionnaire*. Unpublished manuscript.

Diagnosi psicodinamica e valutazione dello stato della mente relativo all'attaccamento: un protocollo per l'assessment e la pianificazione dell'intervento psicoterapeutico nell'ambito del servizio pubblico

Di Elisabetta Ibernì*, Valeria Crisafulli**, Alessandra De Coro***.

1. La valutazione e lo studio empirico della psicoterapia nei servizi pubblici

A partire dall'ultimo quarto del XX secolo, anche tra i professionisti della salute mentale italiana nasce e cresce l'esigenza di affiancare al lavoro clinico dei lavori di ricerca empirica sull'efficacia delle psicoterapie. Questo cambiamento non è solo imposto da una serie di decreti legislativi emanati al fine di valutare e quantificare la qualità dell'offerta sanitaria pubblica, ma è anche risultato del graduale incontro ed integrazione tra pratica clinica e metodologia scientifica in senso stretto.

Dal punto di vista legislativo, dall'inizio degli anni '90 vengono emessi una serie di atti legislativi che mirano a mettere i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) in condizione di dimostrare la qualità, l'efficacia e l'efficienza degli interventi che erogano.

Il Decreto Legislativo 502 del 30.XII.1992, con le successive integrazioni presenti nel Decreto Legislativo 517 del 7.XII.1993, ha espresso il "riordino e la disciplina in materia sanitaria" introducendo criteri manageriali per la gestione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e dando particolare rilevanza alla costruzione di percorsi di valutazione attraverso "il metodo della verifica e della revisione della qualità e quantità" e l'uso "di indicatori di efficienza e qualità" (art.10).

E' proprio a livello legislativo che vengono introdotti esplicitamente termini quali *flusso informativo, controllo di qualità, strumenti e metodologie per la verifica dei risultati, sistemi di indicatori, destinazione di fondi per le ricerche e i programmi speciali attinenti agli aspetti gestionali, valutazione dei servizi, tematiche della comunicazione e rapporto con i cittadini*.

Nell'immediato, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), attiva diverse ricerche e lavori a carattere nazionale finanziati dai fondi del Ministero della Salute e grazie al sostegno di diverse società scientifiche e iniziative locali. Questo modo di valutare si è diffuso molto rapidamente ed è tuttora in espansione.

A sostegno della diffusione del lavoro di ricerca empirica nei servizi sanitari pubblici, è il successivo Decreto n. 229 del 18.VI.1999, "Norme per la Razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale", che, oltre a confermare la precedente impostazione, enfatizza l'importanza delle funzione di verifica della qualità e revisione dei risultati, soprattutto in relazione al concetto di Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Questi decreti si pongono non solo l'obiettivo di migliorare l'offerta sanitaria, ma anche quello di ridurre costi e, soprattutto, sprechi.

Per quanto riguarda la psicoterapia, questo discorso sollecita in modo particolare i ricercatori: le nuove scoperte in campo neuroscientifico e farmacologico impongono di rilevare prove *evidenti* degli effetti positivi delle psicoterapie, che altrimenti sarebbero da considerarsi prestazioni superflue al fine della cura.

A questo proposito, il Progetto Obiettivo della Salute Mentale 1998-2000 sottolinea l'importanza della "diffusione della cultura della valutazione, anche attraverso l'uso di indicatori, specie di processo e di risultato", che viene indicata come una delle attività che il Ministero della Sanità, le Regioni e le Province devono promuovere avvalendosi dei propri organi tecnico-scientifici, dell'Università e di altri enti di ricerca.

Il cambiamento e le trasformazioni di questi ultimi anni non sono però solo di carattere politico; infatti, parallelamente a queste iniziative legislative, al fine di diffondere l'inserimento della valutazione empirica nei servizi pubblici, la comunità scientifica ha affermato un nuovo paradigma epistemologico per l'analisi della qualità della pratica clinica: l'Evidence Based Mental Health. In questo ambiente si diffonde così la cultura per cui l'esperienza clinica, nel settore della salute

* Specialista in Psicologia Clinica, dottoranda presso il Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma "La Sapienza".

** Valeria Crisafulli: frequentatrice scientifica presso il Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma "La Sapienza".

*** :Direttrice del Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma "La Sapienza".

mentale, deve essere supportata da indicazioni e direttive che derivano da studi metodologicamente appropriati e dal confronto dei risultati di ricerche e sperimentazioni adeguatamente validate (Carli & Pintarelli, 2005).

Questi tentativi di cambiamento hanno avuto un impatto abbastanza forte nella realtà dei Dipartimenti di Salute Mentale, in quanto gli operatori si sono trovati a gestire una materia (la valutazione empirica) che non apparteneva loro e per cui si trovavano impreparati; fino ad allora, infatti, l'operatore era l'unico giudice delle prestazioni messe in atto da lui stesso. Questa rivoluzione, con i limiti e le difficoltà che comporta nella pratica, introduce un rinnovamento nello stile di lavoro che, anche se può apparire oneroso, garantisce più elevati livelli di qualità ed una proficua tensione culturale nella direzione del Miglioramento Continuo di Qualità (MCQ).

La ricerca in psicoterapia condotta nei servizi pubblici da una parte risponde ad esigenze normative, dall'altra è la testimonianza di un cambiamento culturale sia dei clinici, che da anni lavorano nel settore, sia dei ricercatori, che fino a questo momento avevano condotto i loro esperimenti quasi sempre nei loro laboratori.

La ricerca in psicoterapia condotta nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) deve riuscire a coniugare esigenze metodologiche, per garantire un certo rigore scientifico, ed attenzione al contesto, nel rispetto del lavoro di cura e comprensione della sofferenza psichiatrica e psicologica. Proprio a partire da queste considerazioni appare necessario che il modello di ricerca si adatti al contesto in cui viene applicato, tollerando i limiti metodologici che ciò comporta. L'obiettivo è quello di ottenere risultati replicabili senza che la ricerca diventi un agente intrusivo all'interno del servizio in generale, e nella relazione terapeutica più in particolare.

Gli obiettivi e la metodologia di un'indagine che si svolge in un DSM devono tenere conto di diversi aspetti, tra cui sono fondamentali: l'orientamento teorico dei ricercatori e i loro criteri di guarigione, che vanno opportunamente esplicitati, e i diversi obiettivi che il servizio stesso pone ai trattamenti che eroga.

Uno dei modelli più usati per la valutazione empirica della psicoterapia nei servizi pubblici è quello della verifica dell'*efficacia*: i progetti di questo tipo rispondono al paradigma epistemologico di "una medicina basata sull'evidenza". L'obiettivo di questo modello, proprio dei primi lavori di ricerca in psicoterapia degli anni '50, è quello di identificare la tecnica terapeutica più efficace. Il progetto di ricerca, dunque, viene pianificato controllando tutte le variabili di disturbo, dividendo campione sperimentale e campione di controllo e manipolando solo la variabile indipendente, che in questo caso è il trattamento nei servizi pubblici. I *trials clinici randomizzati*, pur essendo molto attendibili e garantendo una buona validità interna alla ricerca, secondo molti ricercatori contemporanei perdono molto in validità esterna e rischiano di offrire risultati poco aderenti alla realtà del contesto. Lo studio sperimentale randomizzato, infatti, non considera certi fattori propri dei luoghi di applicazione dei trattamenti, fattori rilevanti rispetto alla riuscita stessa dei trattamenti (Fava & Masserini, 2002). A questo proposito, è utile menzionare le cinque variabili principali che questi studi non colgono: 1) la psicoterapia ha una durata variabile; 2) i trattamenti possono auto-correggersi durante il loro svolgersi; 3) spesso sono i pazienti a scegliere il tipo di trattamento e il loro terapeuta; 4) i pazienti reali presentano spesso diagnosi multiple; 5) la psicoterapia si propone un miglioramento funzionale del paziente, non solo la remissione dei sintomi (Seligman, 1995).

Gli studi sull'efficacia, più in generale, nonostante siano replicabili, si avvalgono di un campione adeguatamente numeroso e nonostante abbiano costi poco elevati, non considerano fattori terapeutici specifici e non specifici, hanno difficoltà a confutare in modo uniforme l'ipotesi nulla e sono esposti a tutti i rischi connessi alla standardizzazione dei trattamenti (Wampold, 1997).

Nel campo della pianificazione e valutazione dell'offerta psicoterapeutica pubblica sono diversi i tentativi di ovviare a questi limiti: studi di *tipo osservazionale*, che hanno una maggiore validità interna (Rosemberg & Perring, 1996); i *long simple trial*, i *firm trial*, i *disegni a coorte selezionata*, che cercano di coniugare il modello del *trial clinico* con studi sull'efficacia reale o sui trattamenti realmente praticati sul territorio (Barbui, 2001; Grossi, 1997); l'*analisi fondata sul punto di vista o perspective analysis* (Danzin & Lincoln, 2000; McLeod, 2000; Seligman, 1995).

Questi modelli, però, vanno inseriti sempre tra gli *studi sull'esito* delle psicoterapie e, nonostante si propongano di limitare i *bias* dovuti alla standardizzazione, hanno sempre come obiettivo quello di valutare l'efficacia del trattamento (*effectiveness*).

Lo *studio del processo*, invece, pur essendo il modo più sicuro per avere informazioni che migliorino la qualità e la specificità dei trattamenti (Luborsky, 1985), è meno diffuso nel lavoro di

valutazione empirica della psicoterapia erogata dai DSM, per limiti di ordine etico e pratico che difficilmente riescono ad essere superati.

A livello metodologico, una decisione fondamentale e caratterizzante per il lavoro di ricerca è quella relativa alla scelta degli strumenti da adottare (Fava & Masserini, 2002). Un limite della ricerca nei servizi pubblici può essere costituito dall'orientamento teorico e ideologico dello sperimentatore; questo infatti è la base per decidere di adottare uno strumento piuttosto che un altro.

Inoltre, il costrutto teorico di riferimento dà significato specifico ai risultati di una ricerca che, proprio per questo, non sono estendibili a lavori svolti con presupposti differenti.

Le opzioni possibili per la scelta degli strumenti sono diverse: gli *autosomministrati* e gli *eterosomministrati*; quelli che analizzano la *variazione sintomatica* o che fanno una *valutazione funzionale*; gli strumenti *monodimensionali* o quelli *multidimensionali*; gli strumenti *uguali per qualsiasi tipo di trattamento* o quelli che valutano *obiettivi di uno specifico trattamento*; gli strumenti che colgono il *punto di vista del paziente* o quelli che si rifanno a *criteri standard di salute mentale*; gli strumenti più *semplici* o quelli più *complessi*; gli strumenti più *diffusi* o quelli più *particolari*; gli strumenti che valutano *esiti* o quelli orientati alla valutazione dei *processi*; gli strumenti ad *alto* o *basso* contenuto teorico (*theory relevant*).

Se l'obiettivo dell'indagine è valutare l'offerta complessiva dei DSM, è preferibile considerare strumenti più adatti a studi *multidimensionali*, che offrono una panoramica del cambiamento del paziente articolata su livelli differenti. Un servizio pubblico, infatti, non eroga un'unica prestazione e spesso ogni paziente usufruisce di trattamenti multipli che hanno sia obiettivi di miglioramento specifici sia obiettivi più generali, indirizzati al contesto ambientale e familiare del paziente stesso, che diventano variabili da non sottovalutare durante la pianificazione del progetto di ricerca. Uno studio *multidimensionale* può anche avvalersi di diversi strumenti *monodimensionali*, ne è un esempio il Progetto Outcome avviato da Mirella Ruggeri (2000) nel Servizio Psichiatrico di Verona sud, in cui venivano misurati: il funzionamento globale dei pazienti (GAF), la psicopatologia (BPRS), la disabilità sociale (DAS II), il bisogno di cura (Camberwell Assessment of Needs-CAN), la qualità della vita (LQL-Lancashire Quality Life Profile) e la soddisfazione dei pazienti (Verona Service Satisfaction Scale VSSS-54).

Un ulteriore esempio è quello dello studio messo a punto da Freni, Azzone, Bartocetti, Verga e Vigono (2000) con l'obiettivo di costruire un protocollo applicabile e somministrabile nelle specifiche condizioni operative del Servizio di Psicoterapia dell'Istituto di Clinica Psichiatrica dell'Università degli Studi di Milano. Questo studio aderisce all'ottica multidimensionale della valutazione degli esiti e dei processi dei trattamenti e analizza diverse aree per mezzo di una pluralità di strumenti *monodimensionali*. Per l'area della personalità del paziente: la Scala per la Valutazione dei Meccanismi di Difesa di Perry e Cooper (1986), la Trama Relazionale Conflittuale Centrale di Luborsky e Crits-Christoph (1990), l'Inventario dei Problemi Interpersonali di Horowitz (Horowitz, Rosenberg, Ureno, Kalehzan, & O'Halloran, 1988) e l'Inventario dell'Organizzazione di Personalità di Clarkin (non pubblicato). Per l'area del disturbo del paziente: Diagnosi Multiassiale secondo il DSM IV (American Psychiatric Association, 1994), la Symptom Check List Revised (Derogatis, 1977), la Brief Psychiatric Rating Scale (Overall & Gohram, 1962) e la Scala di Valutazione Salute Malattia (Luborsky, 1975).

Le ricerche sulle psicoterapie erogate nei DSM possono inoltre avvalersi del *doppio sistema di valutazione* (auto ed etero), per ovviare ai limiti degli strumenti *autosomministrati* ed *eterosomministrati*. I primi, pur limitando i *bias* relativi allo sperimentatore, non ovviano ai problemi relativi all'affidabilità delle risposte date dal paziente; i secondi, invece, possono risentire delle distorsioni del *rater* (sia esso il terapeuta o meno), che spesso non ha accesso ad una mole adeguata di dati relativi al paziente e potrebbe "auspicare" risultati di un certo tipo.

Uno studio ideale dovrebbe avere misure facilmente applicabili e standardizzate, che diano risultati realmente significativi da un punto di vista clinico e siano in grado di valutare variabili molteplici e complesse (Fava & Masserini, 2002).

2. *Una proposta per l'assessment e la pianificazione dell'intervento nel contesto istituzionale: verso la valutazione del processo delle psicoterapie.*

All'interno del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), il CSM (Centro di Salute Mentale) svolge l'attività di accoglienza, diagnosi, presa in carico e di intervento psicologico-psicoterapeutico nei confronti dell'utenza territoriale.

La possibilità di fornire, in ambito istituzionale, interventi terapeutici calibrati rispetto ai bisogni del paziente, risulta spesso ridotta, a causa dell'interazione di una molteplicità di fattori contestuali, tra cui la mancanza di protocolli strutturati di valutazione psicodiagnostica che non consente di chiarificare l'obiettivo degli interventi né di conseguire la valutazione degli esiti delle psicoterapie.

Appare importante sottolineare come questa condizione di carenza di strumenti possa essere collegata all'impiego, ampiamente diffuso nella prassi dei servizi pubblici del DSM IV e ICD X.

I sistemi di classificazione diagnostica internazionale presentano rilevanti limitazioni poiché non forniscono indicazioni utili al trattamento, essendo fondati su un modello categoriale e descrittivo.

Westen (1998) ha osservato come la semplicità e facilità nella classificazione e nel riconoscimento dei disturbi comportino spesso alcuni rischi, ad esempio il *labeling* e la *comorbidità* dei disturbi diagnosticati sia rispetto all'Asse I sia all'Asse II.

L'area dei disturbi di personalità, in particolare, viene frequentemente trascurata applicando il sistema descrittivo, che tende a scindere il processo della formulazione del caso da quello della diagnosi.

La necessità di "dare un senso alla diagnosi" è stata sottolineata da Barron (1998), affinché risulti una valutazione più accurata delle funzioni affettive, cognitive e comportamentali che interagiscono in presenza di determinate condizioni e che risultano importanti per l'adattamento psicologico e sociale.

Nella prassi di routine dei servizi pubblici, l'effetto dell'utilizzo del sistema descrittivo-categoriale è stato oggetto di alcune ricerche in cui è stato messo in luce come talvolta la psicoterapia venga considerata come trattamento elettivo in virtù di una consuetudine diagnostica rispetto all'uso o meno di taluni codici nosografici che non comportano in sé nessuna indicazione o linea guida utile al lavoro del clinico (Bittanti, Nazzani, & Gaddi, 1998).

Introdurre una metodologia per la valutazione diagnostica utile alla formulazione del caso clinico ed alla pianificazione degli interventi è alla base della successiva verifica dell'esito dell'intervento.

La ricerca empirica può essere fecondamente introdotta all'interno del servizio pubblico per corrispondere sia agli scopi dell'istituzione, intenzionata ad integrare indicatori e parametri di efficacia e di qualità del servizio offerto, sia verso il lavoro degli operatori rispetto alla chiarezza, alla coerenza e alla fondatezza delle procedure adottate.

Metodo

Il protocollo della ricerca è orientato all'integrazione di due metodi di osservazione, ispirandosi al disegno *single-case*, maggiormente adatto a cogliere la complessità dell'incontro clinico nel rispetto del rigore metodologico.

La formulazione del caso clinico, si avvale oltre che di uno strumento di valutazione delle dimensioni psicologiche psicodinamiche (OPD, Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata), dell'Adult Attachment Interview, al fine di integrare la raccolta di informazioni anamnestiche e di formulare ipotesi in chiave evolutiva. L'introduzione del protocollo dell'intervista sull'attaccamento risulta particolarmente fecondo per differenti motivi: 1) costituisce uno spazio di narrazione della propria storia che incoraggia e sostiene la riflessione, rivelando la predisposizione e l'indicazione all'eventuale intervento psicoterapeutico (Holmes, 1993); 2) "sorprendendo l'inconscio" (Hesse, 1996); offre una finestra per la comprensione delle strategie difensive rispetto alla propria consapevolezza e alla regolazione affettiva in relazioni ad eventi stressanti o dolorosi (Solomon & George, 1999); 3) permette di individuare particolari stati mentali disorganizzati o dissociati costituitesi in condizioni traumatiche che riguardano il sistema motivazionale dell'attaccamento (perdita e abuso), che determinano lo sviluppo dello stato psicopatologico (Liotti, 2006); 4) può costituire un riferimento per la valutazione del cambiamento e, dal momento che le dinamiche intersoggettive giocano un ruolo centrale nella connessione degli stati mentali dissociati, risulta utile per l'impostazione della strategia psicoterapeutica appropriata (Holmes, 2001).

Campione

I soggetti (attualmente 20), si sono rivolti presso un Centro di Salute Mentale pubblico per richiedere un intervento terapeutico. Dopo il colloquio iniziale di accoglienza, hanno acconsentito alla proposta di partecipare ad un ciclo di quattro colloqui di valutazione ed hanno dato il consenso al trattamento dei dati. I criteri di inclusione nel campione sono: età compresa tra i 21 e i 60 anni, livello socioculturale equamente rappresentato, genere femminile leggermente sovra rappresentato, esclusione di disturbi psicotici, diagnosi in asse II. Gli operatori sono psichiatri e psicologi e sono di orientamento teorico psico-dinamico o sistemico-familiare. Tutti hanno più di dieci anni di esperienza.

Strumenti

La diagnosi dei soggetti è stata valutata dai clinici secondo i criteri del DSM IV dopo due colloqui. E' stata utilizzata la SCID II per la valutazione dei disturbi dell'asse II.

La trascrizione dei colloqui è stata valutata attraverso la *Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata* (Gruppo OPD, 1992), per una descrizione accurata dello strumento rimandiamo al testo. L'organizzazione multiassiale si sviluppa su cinque dimensioni: 1) vissuto di malattia e presupposti per il trattamento; 2) relazioni; 3) conflitti; 4) struttura, che a sua volta riguarda sei sottodimensioni: percezione di sé, autoregolazione, difese, percezione dell'oggetto, comunicazione, legame); 5) disturbi mentali e psicosomatici, corrisponde alla Diagnosi DSM IV o ICD XI.

L'*Adult Attachment Interview* è stata siglata con il metodo di Main e Goldwyn (1998) da un giudice esperto. La siglatura dell'AAI si effettua sulla base dell'assegnazione di un punteggio su 5 scale relative alla probabile esperienza infantile con la madre e con il padre e da 9 scale della mente dalle quali perviene la classificazione finale sullo stato attuale della mente rispetto all'attaccamento a quattro o undici categorie (distanziante, sicuro, preoccupato, disorganizzato).

Procedura

Il ciclo di quattro colloqui di valutazione, successivo al colloquio di accoglienza, comprendeva due colloqui psicodiagnostici, la somministrazione dell'Adult Attachment Interview, un incontro di restituzione e di ri-formulazione del caso con l'eventuale indicazione terapeutica. I colloqui, audioregistrati, sono stati trascritti secondo le regole (Mergenthaler & Stinson, 1992). Due giudici addestrati hanno valutato i colloqui diagnostici (IIR= .91), l'intervista sull'attaccamento è stata valutata da un giudice esperto.

I giudici hanno inoltre valutato l'intervista sull'attaccamento con il sistema dell'Asse Relazioni dell'OPD.

I dati ottenuti con punteggi su scala sono stati analizzati qualitativamente al fine di formulare ipotesi sulla formulazione diagnostica e in chiave evolutiva.

Risultati

Michele, 45 anni, impiegato in una multinazionale, sposato con due figli adolescenti.

La diagnosi effettuata all'inizio della valutazione rileva a seconda degli strumenti e dei criteri utilizzati la seguente condizione clinica:

Diagnosi secondo DSM IV

Asse I: Disturbo Bipolare I, con episodio depressivo moderato

296.52

Asse II: Disturbo narcisistico di personalità con tratti ossessivi

301.81 (SCID asse II)

Asse III: Ipertensione arteriosa

Asse IV: nessun evento rilevante

Asse V: GAF 65

Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata

Vissuto di malattia

La **gravità del quadro organico e psichico** presentato appare elevata poiché il paziente afferma di gestire i momenti di ansia e depressione attraverso frequente induzione del vomito, questa pratica ha prodotto delle lesioni intestinali interne. Questa condizione comporta un livello di **sofferenza soggettiva** elevato, sia un'elevata **compromissione dell'esperienza di sé** sul piano fisico, psichico e delle relazioni sociali. Il **vantaggio secondario della malattia** risulta basso. Le capacità di **insight psicosomatico** del paziente appaiono assenti, **l'insight somatopsichico** è medio. La **valutazione del trattamento medico** come trattamento più idoneo è elevata e la motivazione del paziente è analoga. Il **trattamento psicoterapeutico** risulta poco adatto sia nella valutazione del clinico che rispetto alla motivazione del paziente. La compliance appare bassa, i **sintomi somatici** e i **sintomi psichici** sono entrambi altamente centrali. Il paziente appare mediamente integrato rispetto al contesto familiare, lavorativo e sociale in senso allargato, le **risorse personali** sono medie come il **sostegno sociale** ricevuto. Il **senso di limitazione soggettiva** rispetto all'entità del disturbo appare moderato.

Relazioni

Il **vissuto soggettivo del paziente** è improntato sull'abitudine di aiutare, accudire, proteggere **eccessivamente gli altri (3)**, sente di sottomettersi e adattarsi alle loro esigenze (22) e di rinunciare in modo rassegnato a se stesso (24), d'altro canto percepisce gli altri come sempre richiedenti pretenziosi nei suoi confronti (5), pronti ad accusarlo o incolparlo (8), qualora non li soddisfi, o ad ignorarlo (14).

Gli **altri, compreso il terapeuta**, sentono che il paziente, più che aiutare e accudire, cerca invece di dominare e comandare (6), accusando e incolpando gli altri se non seguono le sue indicazioni e predisposizioni (8), e che tende a mettersi eccessivamente al centro dell'attenzione (19). Nei confronti del paziente, gli altri, tendono a reagire secondo modalità differenti che possono contribuire ad alimentare taluni vissuti nel paziente: tendono a lasciar fare in modo rassegnato (15), in modo che il paziente li senta come richiestivi, si sottomettono e adattano (22), e il paziente si sente ignorato, oppure si oppongono e sfidano (16), e il paziente si sente accusato e incolpato.

La valutazione dell'asse relazioni applicata all'intervista sull'attaccamento ha conseguito le seguenti informazioni: rispetto alla madre: il paziente sente nella propria esperienza soggettiva che tendeva ripetutamente ad aiutare e accudire la madre (17), si metteva eccessivamente al centro dell'attenzione (19); il paziente sente che la madre lo controllava sospettosamente (7), lo accudiva e proteggeva eccessivamente (3), lo umiliava e svalutava (9); nei confronti della madre lui tendeva a sottomettersi e adattarsi (22), rinunciare rassegnatamente (24). Secondo la valutazione dell'osservatore esterno, la madre lo accudiva e proteggeva eccessivamente (3), pretendeva e faceva richieste (5), lo dominava e comandava (6). Rispetto alla relazione attuale la descrizione degli item viene confermata.

Rispetto al padre, riporta nella propria esperienza soggettiva la tendenza ad ammirarlo e idealizzarlo **eccessivamente (1)**, si affidava e appoggiava **eccessivamente (20)**, si svalutava e si faceva da parte di fronte a lui (23); il paziente sente anche che il padre gli impartiva istruzioni ed era condiscendente (4), pretendeva e faceva richieste (5), lo ignorava (14); il padre nei confronti del paziente tendeva a respingerlo (7), lo accusava e incolpava (8), gli impartiva ordini e istruzioni (4). Nella valutazione dell'osservatore esterno, nei confronti del padre, il paziente tende (sia nel passato che nel momento attuale) a idealizzarlo e ammirarlo **eccessivamente (1)**, cerca di ridimensionare e conciliare le contraddizioni e le esperienze negative (25), di sottomettersi e adattarsi (22) alle sue richieste.

Conflitti

Il paziente vive, mettendo in atto delle modalità di elaborazione sia attive sia passive, il **conflitto di controllo e sottomissione** relativamente alle sue relazioni familiari con la madre, la famiglia ed il contesto lavorativo. Su un piano di consapevolezza il paziente si percepisce come incapace di dire no, di imporsi sul punto di vista degli altri, seguendo le regole di vita apprese dal padre. Dalle

narrazioni degli episodi relazionali in diversi contesti, emerge che l'agire del paziente è costantemente volto al controllo e alla gestione delle situazioni esterne che coinvolgono altri, al fine di aiutarli e proteggerli. Il *secondo conflitto* che risulta essere estremamente significativo è quello di *autostima* per quanto riguarda il proprio valore in relazione a quello degli altri. Sembra che le modalità protettive e di continua preoccupazione per le esigenze e i bisogni degli altri sia, oltre che la manifestazione di un conflitto di accudimento/autarchia, una strategia per mantenere un ruolo di protettore e salvatore che aumenta il senso di autostima interno. Tuttavia il soggetto sembra avere una modesta percezione dei propri conflitti, che vengono espressi sul piano dell'azione a scapito della mentalizzazione.

Struttura

Il paziente ha una *percezione di sé* moderatamente integrata (2,5), ha difficoltà a sviluppare un'immagine di sé coerente e differenziata rispetto ai suoi affetti, specialmente di angoscia, ira, autosvalutazione e ambivalenza; le *modalità auto-regolative* appaiono scarsamente integrate (3) (le pratiche di induzione del vomito sono impulsive e autolesive, il livello di autostima è estremamente fragile oscillando tra la tendenza a mortificarsi e la rappresentazione grandiosa di sé), le *difese* prevalenti si collocano su un basso livello di integrazione (3) poiché sono orientate a modalità distorcenti l'immagine di sé e degli oggetti e al diniego della propria realtà interna ed esterna. La *percezione dell'oggetto* è molto limitata (3), gli altri sono percepiti o come persecutori oppure come estremamente idealizzati. Le capacità di *comunicazione* risultano tuttavia moderatamente integrate anche se disturbate, poiché prevale la disponibilità a comunicare i propri conflitti e la propria condizione di disagio (2). Il *legame* scarsamente integrato (3): poche relazioni buone sono state interiorizzate, gli oggetti interni puniscono e svalutano e vi è estrema dipendenza dagli oggetti esterni. La *valutazione complessiva della struttura* del paziente risulta poco integrata (3): lo spazio interno e la funzione riflessiva appaiono poco sviluppate, le funzioni regolatrici molto ridotte, i conflitti si collocano in una sfera interpersonale più che intrapsichica.

Adult Attachment Interview

Lo stato mentale attuale nei confronti dell'attaccamento risulta U/CC ovvero Non Risolto rispetto al lutto paterno, e Non Classificabile data la compresenza di due distinti pattern di attaccamento. Rispetto alla relazione con la madre lo stato della mente è di tipo Preoccupato/Invischiato con la prevalenza di processi passivi di pensiero; relativamente alla relazione con il padre prevale nettamente la forte idealizzazione della relazione contraddetta in molti punti da episodi relazionali incoerenti.

In particolare, le scale valutate forniscono le seguenti informazioni.

Scale delle probabili esperienze di attaccamento infantile: le esperienze di effettiva e genuina amorevolezza con la madre e il padre appaiono moderatamente ridotte, rispetto alla figura paterna emerge un atteggiamento di rifiuto, mentre rispetto alla madre è rilevabile un pattern di invischiamento e di inversione di ruolo.

Scale dello stato mentale attuale rispetto ad ogni genitore: nei confronti della madre il paziente mostra passività nei processi di pensiero ed inoltre emerge lievemente rabbia e atteggiamento svalutativo verso la relazione. Rispetto al padre prevale l'idealizzazione, che risulta molto elevata.

Scale di valutazione dello stato della mente attuale globale: gli elementi più significativi che si riscontrano appaiono legati all'assenza dei processi metacognitivi, alla pervasività della passività dei processi di pensiero, infine alle cadute del monitoraggio dei processi cognitivi rispetto alla mancata risoluzione del lutto e ad esperienze traumatiche come minacce e pressioni psicologiche. In particolare la coerenza narrativa appare molto incoerente con intense violazioni delle massime di rilevanza e quantità.

Durante la conversazione, la narrazione spesso si allontana dagli argomenti richiesti per dilungarsi molto a lungo su altri temi tangenziali e molto lontani da quelli richiesti. Soprattutto per quanto riguarda il riferimento alla propria esperienza e ai sentimenti che ha evocato in lui, il paziente risulta evasivo e sospende il discorso cambiando soggetto.

Discussione

Il protocollo di raccolta dei dati diagnosticamente utili permette di focalizzare differenti dimensioni relative alla comprensione del caso clinico.

La diagnosi secondo il DSM IV evidenzia infatti un Disturbo Bipolare di tipo I, con episodio più recente di tipo depressivo moderato. In asse II la diagnosi di Disturbo Narcisistico di Personalità non permette, da sola, al clinico di tracciare un quadro comprensivo del funzionamento psichico del paziente e dell'eventuale interdipendenza dell'emergenza delle due condizioni psicopatologiche.

La Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata offre al clinico una visione multidimensionale della personalità del paziente.

L'asse *Struttura* evidenzia una scarsa integrazione globale, che si evidenzia particolarmente rispetto alla percezione dell'oggetto, delle difese, delle capacità di autoregolazione delle emozioni e di comunicazione. L'asse *Conflitti* mette in luce due principali nuclei conflittuali. Il primo, rispetto al controllo e alla sottomissione, porta il paziente a vivere sé stesso rispetto alle relazioni come passivamente sottomesso agli ordini e alle richieste degli altri; il secondo conflitto, rispetto all'autostima, porta il paziente a dover continuamente compiacere le aspettative esterne per sentire di essere in grado di mantenere un senso di sé valido e coeso. Un terzo conflitto, presente ma meno centrale al momento della valutazione, riguarda l'accudimento e l'autarchia con cui il paziente tende a provvedere esclusivamente ai bisogni degli altri isolando completamente la percezione dei propri, con ricaduta sulle proprie capacità auto-regolative. Dal momento che la percezione dei conflitti risulta molto ridotta a causa della scarsa capacità riflessiva, l'indicazione per il trattamento indica una bassa propensione alla psicoterapia.

L'intervista sull'attaccamento convalida le osservazioni inferibili attraverso l'OPD, permettendo di formulare alcune ipotesi evolutive sul disturbo a partire dalle narrative sulle (probabili) esperienze relazionali e dall'osservazione delle strategie difensive preponderanti rispetto a quelle che caratterizzano lo stato mentale attuale rispetto all'attaccamento. Questo vertice risulta estremamente importante per il clinico che dovrà prendere in carico il caso, dal momento che la relazione terapeutica può essere vista come relazione di attaccamento. Conoscere lo stato mentale relativo all'attaccamento del paziente, così come le sue capacità comunicative e il tipo di relazioni interiorizzate (legame), offre indicazioni utili per prevedere le difficoltà nella costruzione della relazione terapeutica e per progettare strategie vantaggiose finalizzate all'alleanza di lavoro. In particolare, l'AAI mostra punti di convergenza rispetto alle dimensioni psicodinamiche prese in esame dall'OPD nella valutazione di queste aree.

1) *Esperienze relazionali vs pattern di relazione attuali.* l'applicazione del sistema circomplesso (Benjamin, 1974) dell'asse Relazioni sia al colloquio clinico sia all'intervista sull'attaccamento, ha evidenziato la continuità di alcuni pattern di comportamento e modalità relazionali che hanno origine nelle relazioni con i genitori. Ad esempio il paziente riferisce di aiutare, accudire e proteggere eccessivamente gli altri, modalità che connota fortemente la relazione con la madre durante l'infanzia, improntata sull'invischiamento e l'inversione di ruolo. Michele sente inoltre di sottomettersi e adattarsi alle richieste degli altri e di rinunciare a se stesso. Questo schema di relazione affiora nei ricordi e nelle narrazioni quale modalità adattativa per il mantenimento della relazione con entrambi i genitori. Michele al momento della consultazione, sente che gli altri avanzano pretese, lo accusano e incolpano se non le esaudisce oppure lo ignorano.

L'esperienza di essere ignorato o criticato genera una forte rabbia narcisistica, che nutre un conseguente vissuto depressivo rispetto al senso di sé. Questo pattern cognitivo ed emotivo riflette l'esperienza di rifiuto paterno che Michele razionalizza, attribuendo a se stesso la responsabilità di aver fallito nei confronti delle aspettative paterne. Rispetto al clinico, infine, Michele tende ad agire attraverso difese di basso livello le stesse modalità di relazione. L'esperienza degli altri, compreso il clinico, nei confronti del paziente, è di essere controllati e pressati dalle richieste ed aspettative del paziente, mentre Michele sente di essere prodigo nell'offrire le sue cure ed attenzioni.

Il clinico sente di sottomettersi e adattarsi alle richieste del paziente e di essere accusato qualora non le soddisfacesse, reazione controtransferale complementare al vissuto interno del paziente.

- 2) *Asse Struttura vs strategie difensive*. il livello di strutturazione psichica appare scarsamente integrato, le difese sono organizzate rispetto ad un basso livello di funzionamento (narcisistiche e borderline) seppur rimane presente un livello di difese nevrotiche ed ossessive. Lo stato mentale relativo all'attaccamento infatti evidenzia due pattern distinti e contrastanti di strategie difensive rispetto ai vissuti relazionali: passività dei processi cognitivi (madre) e idealizzazione (padre). Questa indicazione può essere predittiva della difficoltà di instaurare un rapporto collaborativo con il terapeuta poiché la capacità di un relazione di attaccamento è collassata e frammentata.
- 3) *Lutto non risolto e aree dissociate*. l'intervista sull'attaccamento evidenzia la non risoluzione del lutto (paterno). Tale condizione suggerirebbe la presenza di processi dissociativi del pensiero (Liotti, 2006), che necessitano di una particolare attenzione e priorità nella pianificazione dell'intervento e degli obiettivi cui si rivolge (Holmes, 2001).
- 4) *Autoregolazione e capacità riflessiva*. la fragile regolazione dell'autostima esita in agiti rispetto alle condotte alimentari. Lo spazio psichico per la riflessione e la tolleranza delle emozioni negative è molto ridotto e si esplica anche sul piano della comunicazione interpersonale.
- 5) *Incoerenza narrativa e assenza di processi metacognitivi*. l'interazione dialogica appare particolarmente squilibrata, Michele parla incessantemente, le sue riflessioni passano velocemente da un argomento all'altro, oppure si concedono lunghe divagazioni su temi ed episodi molto lontani dalle domande. Non sembra comprendere le intenzioni e gli stati dell'interlocutore a cui ne attribuisce altri spontaneamente. Queste caratteristiche specificano, rispetto alla dimensione interpersonale e comunicativa, l'incapacità di differenziare psicologicamente sé stesso dall'altro e la preminenza di meccanismi di identificazione proiettiva.

In conclusione, le osservazioni ricavate dall'utilizzo congiunto della Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata e dell'intervista sull'attaccamento risultano finalizzate, in primo luogo, alla comprensione del funzionamento della personalità del paziente su cui il disturbo bipolare si sviluppa e manifesta.

In secondo luogo, la valutazione dello stato della mente relativo all'attaccamento offre al clinico la possibilità di stimare in anticipo la capacità del paziente di essere collaborativo verso la terapia e, di conseguenza, di adottare misure ad hoc.

Ad esempio, stabilire un setting multiplo che fornisca due terapeuti di riferimento potrebbe ridurre la tendenza rispetto ad un eventuale drop-out (Liotti, Farina, & Rainone, 2005); affiancare la farmacoterapia al trattamento psicoterapeutico può svolgere un'azione sia di contenimento dei sintomi depressivi sia di sostegno al funzionamento della personalità.

Lo stato mentale non classificabile potrebbe essere affrontato con efficacia da un atteggiamento contenitivo, mirato alla rielaborazione degli episodi narrativi aiutando a fornire una descrizione più dettagliata e coerente con tono calmo e sicuro (Holmes, 2001).

I vantaggi del presente studio si rivolgono all'introduzione della ricerca di tipo osservativo nel contesto istituzionale.

Questo passaggio ad un'ottica multidimensionale costituisce un nuovo criterio di comprensione della complessità e ricchezza della realtà clinica. La proposta presentata fonda un primo tentativo di ricerca empirica in questa direzione, che può aprire la strada alla valutazione del processo terapeutico anche all'interno dei servizi pubblici. Al di là dello scopo di ricerca, l'intento di questo lavoro è di applicare dei metodi diagnostici strutturati e organizzati in un protocollo che possano svolgere un'azione formativa permanente orientata anche all'autosupervisione dell'operato del clinico.

Gli strumenti utilizzati per l'assessment (OPD e Adult Attachment Interview) possono essere applicati anche senza l'audioregistrazione, qualora i clinici siano appositamente istruiti e formati.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, D.C.: APA Trad. it. (1983). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (3rd ed.). Milano: Masson.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, D.C.: APA Trad. it. (1996). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (4th ed.). Milano: Masson.
- Barbui, C. (2001). Per l'introduzione di attitudini di ricerca nella pratica quotidiana. *Rivista sperimentale di freniatria*, 125 (1), 13-22.
- Barron, J.W. (1998). *Making Diagnosis Meaningful: Enhancing Evaluation and Treatment of Psychological Disorders*. American Psychological Association. Trad. it. (2005). *Dare un senso alla diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Benjamin, L.S., (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Rev.*, 81, 392-425.
- Bittanti, E., Nazzani, R.G., & Gaddi, C. (1998). Un protocollo per l'attività psicodiagnostica e psicoterapeutica: Esperienza di registrazione dei casi clinici nell'azienda USSL 39 Milano. *Ricerca in psicoterapia* 1 (1), 79-100.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. London: Routledge. Trad. it. (1989). *Una base sicura: Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cerbo, M. (2005). La Valutazione come strumento per il miglioramento della qualità. In M. Vigorelli (Ed.), *Il lavoro della Cura nelle Istituzioni* (pp. 220-223). Milano: FrancoAngeli.
- Carli, L., & Pintarelli, M. (2005). Adattamento e uso dell'intervista microanalitica di Stern per l'analisi delle interazioni nel corso delle pratiche educative. In M. Vigorelli (Ed.), *Il lavoro della Cura nelle Istituzioni* (pp. 220-223). Milano: FrancoAngeli.
- Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli, A. (Eds.) (2006). *La ricerca in psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Del Corno, F., & Lang, M. (1995). *Modelli di colloquio in psicologia clinica*. Milano: FrancoAngeli.
- Danzin, N. K., & Lincoln, Y.S. (Eds.) (2000). *Hanbook of qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Derogatis, L. R. (1977). *The SCL-90-R: Administration scoring and procedures* (Manual I). Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Fava, E., & Masserini C., (2002). *Efficacia delle psicoterapie nel servizio pubblico: Il contributo della ricerca valutativa alla clinica*. Milano: Franco Angeli.
- Freni, S., Azzone, P., Bartocetti, L., Verga, M.C., & Vigono, V. (2000). L'esigenza di protocolli clinici adeguati a documentare i processi e gli esiti dei trattamenti psicoterapeutici in un Servizio di Psicoterapia Istituzionale. *Ricerca in Psicoterapia*, 3, 90-116.
- Gislon, M.C. (2002). *Il colloquio clinico e la diagnosi differenziale*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Grossi, E. (1997). Seminario presso la IV Cattedra di Clinica Psichiatrica dell'Università degli Studi di Milano. Unpublished manuscript.
- Gruppo OPD, (1992). *OPD, Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*. Bern: Verlag Hans Huber. Trad. it. A. De Coro (Ed.), *Diagnosi psicodinamica operazionalizzata* Milano: Masson, 2002.
- Helstone, F.S., & Van Zuuren, F.J. (1998). Assessment for psychotherapy: A quality inquiry into intake worker's observations and their consequences for therapy indication. *Psychotherapy Research*, 8 (3), 248-263.
- Hesse, E., (1996). Discourse, memory and the Adult Attachment Interview: A note with emphasis on the emerging cannot classify category. *Infant Mental Health Journal*, 17, 4-11.

- Holmes, J. (1993). *John Bowlby and Attachment Theory (Makers of Modern Psychotherapy)*. London: Brunner- Routledge, Taylor & Francis Group. Trad. it. (1994). *La teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Holmes, J. (2001). *The Search for the Secure Base. Attachment Theory and Psychotherapy*. London: Brunner- Routledge, Taylor & Francis Group. Trad. it. (2004). *Psicoterapia per una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina.
- Horowitz, L., Rosenberg, S., Ureno, G., Kalehzan, B., & O'Halloran, P. (1988). Psychodynamic formulation, consensual response method and interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 599-606.
- Lingiardi, V., (2000). *L'alleanza terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lingiardi, V., & Madeddu, F. (2001). *I meccanismi di difesa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G. (2006). La disorganizzazione dell'attaccamento. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli. (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 591-606). Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G., Farina B., & Rainone A. (2005). *Due terapeuti per un paziente: Dalla teoria dell'attaccamento alle psicoterapie a setting multipli*. Bari-Roma: Laterza.
- Luborsky, L. (1975). Clinicians' judgments of mental health: Specimen case descriptions and forms for the Health-Sickness Rating Scale. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 35, 448-480.
- Luborsky, L., & Crist-Christoph, P. (1990). *Understanding Transference*. Washington, DC: American Psychological Association. Trad. it. (1992). *Capire il transfert*. Milano: Raffaello Cortina.
- Luborsky, L., et al. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1998). *Adult attachment scoring and classifications systems*. Berkley: University of California. Unpublished manuscript.
- McLeod J. (2000). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. London: Sage.
- Mergenthaler, E., & Stinson, C.H., (1992). Psychotherapy transcription standards. *Psychotherapy Research*, 2, 125-142.
- Overall, C.J., Gohram, D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Perry, C.J., & Cooper, S. (1986). A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 34, 865-895.
- Rosemberg, A., & Perring, G., (1996). Controlled and Randomized trials and naturalistic data: It's time to change. *Human Psychopharmacology*, 2, 353-363.
- Roth, A., & Fonagy, P., (1996). *What Works for Whom?*. London: Guilford Press. Trad.it. (1997). *Psicoterapia e prove di efficacia*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Ruggeri, M. (2000). Risultati preliminari del Progetto Outcome-CGM (Supplemento). *Impresa Sociale*, 58, 11-20.
- Schauenburg, H., Freyberger, H.J., Cierpka, M., & Buchheim, P. (Eds.) (1988). *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schneider, G., Lange, C., & Heuft, G. (2002). Operationalized psychodynamic diagnostic and differential therapy indication in routine diagnostics at psychosomatic outpatient department. *Psychotherapy Research*, 12 (2), 159-178.
- Schneider, W., & Freyberg, H. L., (2000). *Was leistet die OPD?* Bern: Verlag Hans Huber.

- Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Solomon, J., & George, C., (Eds.) (1999). *Attachment Disorganization*. New York: Guilford Press.
- Sullivan, H.S., (1954). The psychiatric interview. New York: Norton. Trad. it. (1975). *Il colloquio psichiatrico*. Milano: Feltrinelli.
- Vigorelli, M. (Ed.). (2005). *Il lavoro della cura nelle Istituzioni*. Milano: FrancoAngeli.
- Wampold, B.E. (1997). Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 7, 21-43.
- Westen D., (1998), Case formulation and personality diagnosis: two processes or one?. In J. Barron (Eds.), *Making diagnosis meaningful: Enhancing Evaluation and Treatment of Psychological Disorders* (pp.111-137). Washington, DC: American Psychological Association.
- Westen, D., Shedler, J., & Lingardi, V. (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP 200*. Milano: Raffaello Cortina.
- Wittemberg, I. (1982). Assessment for psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 8, 131-144.

Semiotica dell'espressione vocale non verbale delle emozioni e ricerca sul processo in psicoterapia: uno studio pilota

di Luca Campanelli*, Elisabetta Ibernì†, Diego Sarracino‡, Silvia Degni§, Rachele Mariani†

1. Introduzione

«La linguistica ci sa dire quanti fonemi, con quali tratti distintivi, in quale modo concatenati in sintagma, compongono il monema /stasera/, in base a quali regole semantiche questo monema può essere considerato una forma lessicale o *lessema* che rinvia a un significato, come questo significato – in quanto *semema* – può essere ulteriormente analizzato nelle sue componenti semantiche, *semi* o altro che siano... Ma non sa spiegare come e perché si possa pronunciare questa “parola” in modi diversi, con intonazioni, pause, ritmi o inflessioni tali che essa possa significare, volta per volta, “stasera faremo i conti”, o “non vedo l’ora che arrivi questa sera”, o ancora “dici proprio che sarà per questa sera?!”» (Eco & Volli, 1970, p.6).

Umberto Eco e Ugo Volli ben ci introducono al soggetto del presente contributo: la pluralità di senso della comunicazione verbale e le proprietà semantiche autonome della comunicazione vocale non verbale. Discuteremo le possibili relazioni semiotiche tra codici, quindi la loro rilevanza nel campo della ricerca sul processo in psicoterapia attraverso l’illustrazione di un contributo empirico pilota.

Quantunque il linguaggio verbale sia uno degli artifici semiotici più potenti (Eco, 1975), è indubitabile sia che talune unità non verbali godono di contenuto proprio sia che tale contenuto è spesso intraducibile in unità verbali. Si pensi alla precisione con cui un’espressione del volto, un gesto o il tono della voce possono trasmettere un significato; d’altro canto, quanto possa essere difficile, se non impossibile, tradurre in un codice non verbale, qualunque esso sia, l’espressione “il sole sorge *ancora*”.

Nella formalizzazione di Garroni (1973), dati due insiemi di contenuti veicolabili rispettivamente da artifici linguistici (L) e non linguistici (NL), vi sono porzioni di intersezione dove è possibile tradurre contenuti da L a NL e viceversa, mentre rimangono intraducibili vaste porzioni di L e NL (Figura 1).

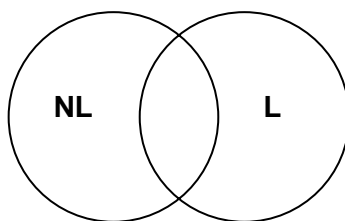


Figura 1. Rappresentazione grafica del modello proposto da Garroni (1973).

Sembrerebbe che proprio questa impossibilità di traslare aree semantiche proprie dei codici non verbali in parole, avesse spinto Wittgenstein a superare alcune sue convinzioni espresse nel *Tractatus*; nello specifico, semplificando, a muovere da un’idea astratta e matematica del linguaggio, dove le categorie verbali sono l’unico mezzo possibile di rappresentazione del mondo (Wittgenstein, 1922), verso una concezione di esso come “gioco” aperto e plurale, come insieme di

* Psicologo, Università di Roma “La Sapienza”.

† Psicologa e psicoterapeuta, dottoranda in psicologia dinamica e clinica, Università di Roma “La Sapienza”.

‡ Dottore di ricerca in psicologia dinamica e clinica, assegnista di ricerca presso la facoltà di Psicologia 1, Università di Roma “La Sapienza”.

§ Psicologa, allieva della II Scuola di Specializzazione in Psicologia clinica, Università di Roma “La Sapienza”.

espressioni da studiare nella loro molteplicità funzionale e nelle loro manifestazioni reali (Wittgenstein, 1953). Ebbene, questo mutamento di pensiero pare che sia stato ispirato da una conversazione con Piero Sraffa. L'economista italiano, durante un viaggio in treno, sfidò Wittgenstein a tradurre il significato di un gesto napoletano. Si trattava di un veloce passaggio del dorso della mano sotto il mento che esprimeva, in verità, più di un significato. Fu presto evidente al filosofo viennese l'impossibilità non solo di tradurre verbalmente il significato del gesto, ma anche di descriverne adeguatamente il significante.

Quel che qui preme sottolineare è che gli atti comunicativi concreti sono sempre la risultante di diverse componenti, verbali e non verbali, nel loro dispiegarsi in uno specifico contesto relazionale e culturale. Le espressioni verbali e non verbali sono presenti in modo complementare e contribuiscono alla definizione di senso degli enunciati attraverso le loro combinazioni. Muovere nella direzione di una semiotica del codice paralinguistico, sostenerne la sua autonomia, non significa pertanto contrapporlo agli altri codici. È difficile, infatti, immaginare un mondo senza linguaggio verbale, dove gli esseri umani comunicano attraverso la danza, mostrando oggetti o emettendo suoni amorfi. È parimenti difficoltoso immaginare interazioni umane fatte di sole parole. Occorre, tuttavia, precisare, come anticipato, che il nostro interesse è rivolto non all'eterogeneo mondo delle espressioni non verbali ma esclusivamente, in questa sede, al paralinguaggio, ovvero a un insieme di segni vocali non verbali quali l'intensità, il tono, il ritmo temporale e la qualità della voce. In particolare la nostra attenzione si è rivolta a due tipi di relazioni che coinvolgono il paralinguaggio:

- a) quelle con il testo vocale verbale della comunicazione;
- b) quelle con le emozioni, sulle quali ci soffermeremo nel prossimo paragrafo.

Per quanto riguarda le relazioni intessute con il verbale, possiamo individuare almeno quattro tipi di funzioni adempiute del paralinguaggio (Anolli & Ciceri, 1992, p.116):

- 1) *Ipercodifica*. I parametri vocali non verbali possono chiarire e specificare il significato delle unità verbali attraverso variazioni di intensità o di altezza tonale.
- 2) Funzione *oppositiva*. In questo caso le caratteristiche acustiche della voce sono in contrasto con il significato delle unità verbali. Si pensi al caso dell'ironia, dove il senso deriva dalla contrapposizione tra messaggio verbale e non verbale.
- 3) *Modificazione* del significato trasmesso dal codice verbale. Non si tratta qui di una specificazione o di un completamento del messaggio verbale, ma di uno spostamento, in quantità più o meno grande, del suo significato. Possiamo pensare, ad esempio, a una medesima dichiarazione espressa ora con tono di dubbio ora di certezza.
- 4) *Intensificazione* o *deintensificazione*, quindi attenuazione o amplificazione del significato del testo, come nel caso di un rimprovero reso più o meno duro dall'intensità della voce.

2. L'espressione vocale delle emozioni: Rassegna breve e ragionata delle ricerche

La comunicazione emozionale rappresenta un'area semantica centrale nella comunicazione umana, poiché svolge un ruolo rilevante nella regolazione delle relazioni che il singolo intrattiene con gli altri individui e con l'ambiente. Nello studio dell'espressione comportamentale delle emozioni sono stati oggetto di approfondite analisi la mimica facciale, la prossemica, la postura e i segni paralinguistici. Noi ci occuperemo di questi ultimi.

Le prime ricerche empiriche sull'espressione vocale delle emozioni risalgono agli inizi del Novecento, con il tentativo di alcuni psichiatri di migliorare la comprensione e le capacità diagnostiche dei disturbi emotivi attraverso i nuovi metodi di analisi elettroacustica (Isserlin, 1925; Scripture, 1921). Programmi sistematici di ricerca sugli effetti delle emozioni sulla voce partirono, tuttavia, solo negli anni Sessanta, con il rinnovato interesse degli psicologi per l'espressione delle emozioni (Izard, 1971; Tomkins, 1962) e con l'introduzione da parte di fonetici e ingegneri di tecnologie sempre più precise e sofisticate per la registrazione e l'analisi acustica della voce.

Le ricerche nel campo dell'espressione vocale non verbale delle emozioni possono essere suddivise in tre aree:

- a) studi sui processi di codifica vocale (*encoding*) delle emozioni;
- b) studi sulla decodifica (*decoding*);
- c) studi sui meccanismi di inferenza delle emozioni.

2.1 Studi sulla fase di encoding

Gli studi sui processi di codifica vocale (*encoding*) dell'espressione delle emozioni hanno cercato di identificare le configurazioni di parametri acustici della voce che caratterizzano diversi tipi, qualità o dimensioni delle emozioni; in altre parole, se a specifiche emozioni corrispondono configurazioni di parametri acustici diverse.

È possibile individuare tre paradigmi di ricerca in quest'area:

1) Studi sull'*espressione vocale non verbale naturale* (Cowie & Douglas-Cowie, 1996; Johannes, Petrovitsh Salnitski, Gunga, & Kirsch, 2000; Williams & Stevens, 1969, 1972). Queste ricerche hanno adottato materiale prodotto spontaneamente in condizioni naturali: reportage radiofonici o televisivi realizzati da giornalisti contenenti reazioni emotive; registrazioni in condizioni eccezionali tra piloti di aereo e torre di controllo e così via. Williams e Stevens (1972), ad esempio, analizzarono la voce di un giornalista mentre descriveva in diretta radiofonica da Lakehurst (New Jersey) l'avvicinarsi del dirigibile Hindenburg, quando esso prese fuoco.

Queste ricerche, che appaiono disegni ideali dal punto di vista della validità ecologica, non sono tuttavia libere da problemi metodologici e pratico-tecnici. I campioni di voce, ad esempio, sono spesso brevi, riguardano solitamente solo pochi soggetti e le registrazioni non sono sempre di buona qualità audio. È inoltre difficile stabilire a posteriori l'emozione espressa vocalmente del locutore, poiché ad una medesima situazione stimolo, soggetti diversi possono rispondere in modo differente. Infine non può essere controllata l'influenza del contenuto verbale sul paralinguaggio, dal momento che i testi cambiano per ciascuna espressione emotiva raccolta.

2) Studi sull'*induzione sperimentale* di emozioni (Bachorowski & Owren, 1995; Karlsson et al., 1998; Markel, Bein, & Phillis, 1973; Scherer, Feldstein, Bond, & Rosenthal, 1985). Un'altra strategia che è stata adottata per studiare gli effetti delle emozioni sull'espressione vocale è stata quella dell'induzione di stati emotivi. In questi casi sono stati impiegati stimoli coerenti con l'emozione che si richiedeva di esprimere. La maggior parte delle ricerche in questo caso ha adottato metodi indiretti come l'induzione di stress attraverso compiti particolarmente difficili e presentazione di film o immagini dal forte impatto emotivo. Nel lavoro di Markel, Bein e Phillis (1973), ad esempio, venne chiesto ai soggetti di descrivere oralmente le tavole del Thematic Apperception Test; quindi venne valutata la correlazione tra grado di ostilità emersa al test e caratteristiche acustiche delle narrazioni.

Questo approccio è favorito dagli psicologi sperimentali per il grado di controllo sulle variabili che permette di realizzare, ma non mancano gli svantaggi. Intanto le emozioni indotte sono generalmente di debole intensità, inoltre non è detto che esse siano le medesime per tutti i soggetti, dal momento che le variabili stimolo possono suscitare reazioni diverse nei soggetti e in diversa misura.

3) Studi sulla *simulazione* di emozioni (Banse & Scherer, 1996; Bezooijen, 1984; Cosmides, 1983; Davitz, 1964; Klasmeyer, 1999;). Nel presente quadro di ricerca viene chiesto ai soggetti, in alcuni casi attori professionisti, di leggere una frase, generalmente dal contenuto neutro, o una serie di numeri o lettere senza senso, esprimendo di volta in volta una emozione diversa.

Certamente le espressioni vocali simulate di emozioni sono più intense e nette rispetto a quelle indotte e a quelle prodotte naturalmente. È però altrettanto evidente che tali espressioni sono anche maggiormente stereotipate. È possibile, in altre parole, che i soggetti-attori enfatizzino aspetti ovvi, prototipici secondo la loro cultura e tralascino, sottovalutandole, altre caratteristiche presenti nell'espressione naturale delle emozioni.

Williams e Stevens (1972) hanno confrontato la radiocronaca del disastro del dirigibile Hindenburg con la narrazione simulata della stessa scena. Dall'analisi acustica dei due tipi di registrazioni è emerso il medesimo profilo paralinguistico ma una chiara accentuazione dei parametri acustici nella versione simulata. Questo dato è confermato dai risultati di altri lavori dai quali emergono differenze sistematiche tra espressioni naturali ed espressioni simulate delle emozioni nella direzione di una maggiore ridondanza e di una minore ambiguità di queste ultime (Allen & Atkinson, 1981; Motley & Camden, 1988).

In ogni caso, possiamo sostenere con Scherer (1986; Banse & Scherer, 1996) che l'espressione delle emozioni è sempre in certo grado "recitata", ovvero che non esiste espressione delle emozioni al di fuori del contesto socio-culturale nel quale siamo immersi con i vincoli e le regole che esso pone. Inoltre, nel momento in cui le rappresentazioni vocali di emozioni simulate sono attendibilmente riconosciute da giudici-ascoltatori, possiamo ritenere che esse riflettano almeno in parte l'espressione delle emozioni in condizioni naturali.

2.2 Studi sulla fase di decoding

Le ricerche sulla fase di decodifica hanno studiato i processi di riconoscimento delle emozioni basati sui soli segnali paralinguistici della comunicazione (Bezooijen, 1984; Brown, 1980; Burns & Beier, 1973; Scherer, 1989; Scherer, Banse, Wallbott, & Goldbeck, 1991; Williams & Stevens, 1981).

Il disegno di ricerca tipico consiste nel chiedere ad attori di recitare un certo numero di differenti emozioni attraverso la produzione di enunciati linguistici dal contenuto verbale standard o completamente privi di significato. Un gruppo di giudici-ascoltatori ha il compito di riconoscere ed etichettare le emozioni scegliendo tra una serie di alternative date.

Da diverse rassegne sull'argomento sulla fase di decodifica è emersa un'accuratezza di riconoscimento media di circa il 60% (Bezooijen, 1984; Scherer et al., 1991).

Un limite notevole di questo genere di studi consiste nella loro tendenza a studiare le capacità discriminative dei soggetti (scegliere tra una serie di alternative date) piuttosto che l'accuratezza di riconoscimento. Si può sopperire a questo bias correggendo i coefficienti di accuratezza per le risposte indovinate a caso; non esiste tuttavia un unico modo condiviso di farlo (Banse & Scherer, 1996).

Recentemente, Scherer, Banse, e Wallbott (2001) hanno riportato i risultati di uno studio cross-culturale dal quale è emersa un'accuratezza media di riconoscimento delle emozioni del 66%, con percentuali leggermente inferiori per diversità culturali via, via maggiori tra i soggetti. Questo dato può essere interpretato come un sostegno all'ipotesi dell'esistenza di regole universali di inferenza delle emozioni sulla base delle proprietà acustiche della voce.

2.3 Studi sull'inferenza

Dove le ricerche sulla decodifica studiano la capacità dei soggetti di riconoscere lo stato emozionale di un locutore, i lavori sull'inferenza sono interessati ai processi di inferenza sottostanti il riconoscimento delle emozioni dalla voce. Cercano di rispondere, in altre parole, alla domanda: su quali parametri acustici della voce si basano le inferenze di specifiche emozioni?

I disegni di ricerca di questi studi prevedono la variazione sistematica degli indici acustici degli enunciati presentati ai soggetti e l'analisi del suo effetto sui meccanismi di inferenza delle emozioni.

In questo ambito è possibile distinguere tre diversi paradigmi di ricerca:

1) *Correlazione* tra parametri acustici della voce e giudizi degli ascoltatori (Banse & Scherer, 1996; Bezooijen, 1984; Scherer, Koivumaki, & Rosenthal, 1972; Scherer, Rosenthal, & Koivumaki, 1972). Per individuare le caratteristiche vocali che probabilmente determinano l'inferenza di giudizio sono state misurate le correlazioni tra caratteristiche acustiche dell'espressione vocale delle emozioni e giudizi di giudici-ascoltatori circa le emozioni del locutore. Banse e Scherer (1996) hanno individuato 9-10 parametri acustici (F0 media, F0 sd, velocità di articolazione, e altri) che sarebbero in grado di spiegare buona parte della varianza delle valutazioni dei giudici-ascoltatori. Uno dei principali limiti di questo metodo va rintracciato nella sua dipendenza dal tipo di enunciati di voce utilizzati, oltre al fatto che i risultati sono fortemente influenzati dalla qualità delle registrazioni e dalla precisione dell'analisi acustica.

2) *Mascheramento* dei segnali acustici (Brown, 1980; Friend & Farrar, 1994; Scherer, Feldstein, Bond, & Rosenthal, 1985; Scherer, Ladd, & Silverman, 1984). In questi studi i parametri acustici

della voce vengono mascherati, distorti o rimossi dall'enunciato, quindi vengono esplorati gli effetti sui meccanismi di inferenza delle emozioni da parte di giudici-ascoltatori del materiale modificato. Le tecniche adottate nella letteratura sono numerose: filtraggio, taglio e rimontaggio casuale, inversione. Ciascuna di queste tecniche altera o rimuove determinati segnali acustici lasciando invariati gli altri. In ogni caso il contenuto verbale non risulta più comprensibile.

L'impiego di queste tecniche è stato criticato da alcuni studiosi (Ochai & Fukumura, 1967) poiché, a loro modo di vedere, l'assenza totale di intelligibilità, essendo un'esperienza eccezionale, inibirebbe il processo di riconoscimento.

3) Metodi di *sintesi* (Breitenstein, Van Lancker, & Daum, 2001; Cahn, 1990; Murray, Arnott, & Rohwer, 1996; Scherer & Oshinsky, 1977). I moderni metodi di sintesi nel campo delle tecnologie del linguaggio hanno fornito nuovi ed ulteriori strumenti ai ricercatori nell'area dell'espressione vocale delle emozioni per lo studio degli effetti della manipolazione dei segnali vocali sulla valutazione degli ascoltatori. I risultati di questi studi confermano la forza relativa di specifici parametri acustici sull'attribuzione di emozioni da parte di giudici-ascoltatori.

2.4 *Discussione*

I risultati delle ricerche riportate confermano l'ipotesi dell'autonomia semantica dei tratti paralinguistici, ovvero di una relazione tra significato emozionale e parametri acustici della voce. Come in parte già sottolineato, ciascun paradigma di ricerca descritto ha vantaggi e limiti. Sarà interessante in futuro, quando avremo a disposizione una quantità maggiore di dati, fare verifiche sistematiche sulle convergenze tra i diversi approcci (Johnstone & Scherer, 2000).

Confrontando le ricerche relative alle tre diverse aree considerate (codifica, decodifica e inferenza) è possibile riscontrare, nonostante l'eterogeneità dei metodi e dei paradigmi di ricerca adottati, una sostanziale omogeneità dei risultati ottenuti, a riprova del carattere condiviso delle regole di codifica dell'espressione delle emozioni. La maggiore coerenza tra i dati emersi riguarda i livelli di attivazione emozionale (arousal) che sembrano essere indicati in maniera attendibile da alcuni dei parametri acustici della voce presi in esame, quali la frequenza fondamentale e l'intensità. Per poter descrivere le configurazioni acustiche che caratterizzano le diverse emozioni sarà necessario considerare un numero maggiore di parametri acustici.

Sottolineare l'autonomia sintattica e semantica del codice paralinguistico dal codice verbale non significa però sostenerne l'indipendenza. Nell'atto comunicativo i due codici risultano strettamente interconnessi, innanzi tutto in quanto condividono il medesimo canale vocale-uditivo. L'interdipendenza dei due codici deriva inoltre dal fatto che i tratti paralinguistici si dispiegano "sopra" i fonemi che, isolatamente o nella loro successione, formano le parole di una lingua. Vanno infine ricordate le funzioni linguistiche, come l'accento, e pragmatiche, ad esempio la regolazione dei turni di conversazione dei tratti paraverbali.

Non sono dunque più sostenibili le posizioni che tendono a stabilire una gerarchia tra i codici. Il vocale non verbale non è secondario rispetto al verbale, né mero coloritore emozionale di esso. D'altro canto nemmeno è sostenibile la superiorità del non verbale come via privilegiata delle manifestazioni emozionali. Il senso dell'atto comunicativo nel suo contesto socio-culturale e relazionale è invece il risultato della partecipazione reciproca e complementare di tutti i codici, compresi il verbale e il paralinguistico, e dalle loro relazioni semiotiche.

Da questo punto di vista perde di significato la contrapposizione tra *informazione semantica* e *informazione affettiva*, la prima trasmessa dal contenuto verbale e la seconda dal "come" dell'enunciato attraverso i tratti paralinguistici. Abbiamo visto, infatti, che il codice paralinguistico è in grado di veicolare significati in modo stabile e condiviso, e che il "come" dell'enunciato è dotato di significato proprio.

3. *Contributo empirico*

Sulla base dei dati emersi e delle considerazioni svolte sulla comunicazione non verbale delle emozioni, abbiamo individuato le coordinate concettuali per impostare ed interpretare lo studio pilota che presentiamo.

In considerazione del fatto che alcuni tratti vocali sono stabilmente correlati all'arousal fisiologico, abbiamo esaminato la funzione e l'incidenza dell'attivazione emozionale, per come essa emerge dall'analisi acustica della voce, nel processo psicoterapeutico. Abbiamo altresì posto in relazione i parametri acustici della voce emersi con le caratteristiche stilistiche e di contenuto del linguaggio verbale e con altre misure del processo terapeutico.

La cornice teorica di riferimento ci è fornita dalla Teoria del Codice Multiplo di Wilma Bucci (1997a) e dai Modelli del Ciclo Terapeutico (Bucci, 1997a, 1997b; Karasu, 1986; Mergenthaler, 1996; Mergenthaler & Bucci, 1999).

3.1 *Materiali e metodi*

Abbiamo studiato il processo psicoterapeutico di due sedute (V e VI) di una giovane donna trattata con una psicoterapia psicodinamica.

L'analisi acustica della voce (Campanelli et al., 2006) è stata applicata alle registrazioni digitali delle sedute. I parametri acustici considerati sono quelli che dalla letteratura risultano essere i migliori indicatori di attivazione emozionale: F0 media, Intensità media, Tempo (rapporto tra parlato e silenzio).

Le altre misure adottate per lo studio del processo terapeutico sono:

- *Attività Referenziale (AR)* (Bucci, Kabasakalian-McKay, & RA Research Groups, 1992). Misura delle connessioni referenziali tra rappresentazioni verbali e non verbali. Il metodo di valutazione empirica si basa sull'ipotesi secondo cui una persona in contatto con la propria esperienza emotiva sarà in grado di comunicarla in modo tale da evocare nell'ascoltatore, o nel lettore, una corrispondente ricchezza di immagini e sensazioni.

- *DMRS* (Perry, Kardos, & Pagano, 1993). Metodo che definisce 28 meccanismi di difesa distribuiti secondo 7 livelli di maturità organizzati gerarchicamente, su una scala da 1 a 7 (da "difese di acting out" a "difese mature").

- *Scala degli interventi del terapeuta*, su un continuum che va da interventi "espressivi" a interventi "supportivi", secondo le indicazioni fornite da Gabbard (1990). Abbiamo distinto tre range di intervento: supportivi (conferma, consigli ed elogi, convalidazione empatica), intermedi (incoraggiamento ad elaborare) ed espressivi (interpretazione, confronto, chiarificazione).

- *IVAT-1*, uno strumento elaborato da Colli e Lingiardi (2001) teso ad esplorare l'alleanza terapeutica in termini di "rotture" della stessa da parte del paziente e di "riparazioni" operate da parte del terapeuta.

- *CCRT-LU*, una versione del CCRT (Luborsky & Crits-Christoph, 1990) messa a punto da Albani, et al. (2002), che consente di ottenere una descrizione schematica dell'evoluzione dei temi relazionali del paziente. Vengono codificati i desideri (W) e le risposte (R) della paziente (S) o degli altri (O) nei confronti di se stessa (S) o degli altri (O) (per esempio, la sigla WOS indica il desiderio della paziente che gli altri facciano qualcosa per lei).

- Abbiamo infine confrontato questi indici con una descrizione qualitativa del caso.

3.2 *Presentazione del caso*

Valentina è una giovane studentessa di Filosofia di 24 anni, che si rivolge presso il Centro Clinico Universitario attraverso l'invio di un'amica. Vive in città da quattro anni, i suoi genitori abitano a circa 500 Km di distanza, ha un fratello maggiore. Il motivo della richiesta riguarda la persistenza di un disturbo di attacco di panico, iniziato un anno dopo l'inizio della sua vita da fuorisede, nonostante la farmacoterapia.

I colloqui clinici analizzati attraverso il protocollo OPD, Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata (Gruppo OPD, 2002), mettono in evidenza una bassa capacità di insight psicologico rispetto ai propri stati mentali e la predominanza dei sintomi psichici e ansioso-depressivi. Le relazioni di Valentina sembrano incentrate sul suo tentativo di porsi al centro dell'attenzione, chiedendo aiuto e

accudimento e sentendosi permanentemente non capita e trascurata. Gli altri, anche il terapeuta, tendono ad osservare una orientamento costante in Valentina a criticare, svalutare e respingere gli altri (oltre che se stessa), che li porta ad allontanarsi o a concederle autonomia. I conflitti prevalenti al momento della consultazione riguardano in primo luogo l'accudimento, che Valentina richiede passivamente mentre rivendica un atteggiamento autarchico. Il secondo conflitto riguarda l'autostima: Valentina sembra oscillare tra la tendenza a svalutare se stessa e idealizzare gli altri e, al contrario, a sentirsi speciale e dotata di qualità sopra la media e circondata da persone mediocri. Il conflitto edipico risulta presente ma non in modo tale da essere valutato. Il livello di integrazione della struttura psichica è nel complesso medio. In particolare, la percezione di sé e dell'oggetto risultano integrate, la capacità comunicativa bene integrata permette al clinico di pensare all'indicazione di un trattamento psicoterapeutico ad orientamento psicodinamico. Le aree più disorganizzate riguardano le capacità di autoregolazione emotiva e le difese. I meccanismi di difesa sono nel complesso organizzati intorno ad un livello nevrotico, ma evidenziano un intenso uso delle difese narcisistiche e di diniego quando Valentina parla di sé.

La SWAP 200 (Western, Shedler, & Lingardi, 2003) rivela uno *stile istrionico* di personalità (Q-T istrionico: 63.74; Q-T alto funzionamento: 56.63; Q-T ossessivo: 56.52; Q-T disforico: 52.23).

Il protocollo della Adult Attachment Interview (Gorge, Kaplan, & Main, 1985) conferma le informazioni psicodiagnostiche illustrate. Durante la narrazione di un lutto, risalente a circa dieci anni prima, Valentina mostra una caduta dei processi metacognitivi e un'improvvisa disorganizzazione difensiva. La categoria attribuita allo stato della mente è di tipo Disorganizzato/Non Risolto. Nel complesso, la capacità di narrare fluentemente la propria storia e le esperienze relazionali durante l'infanzia consente la costruzione di un'immagine coerente e autentica del passato di Valentina. La seconda attribuzione rispetto allo stato della mente relativo all'attaccamento è di tipo Sicuro F4, da cui si desume la tendenza di Valentina ad essere introspettiva e ad immaginare gli stati mentali propri e altrui.

3.3 Risultati: seduta 5

Nella seduta 5 (Figura 2) è evidenziabile una specifica fluttuazione dell'AR, nota ai clinici e ai ricercatori, interpretabile secondo la Teoria del Codice Multiplo (Bucci, 1997a). In letteratura è stata riscontrata una corrispondenza tra sedute con alti livelli di integrazione, codificate da clinici esperti, e uno specifico andamento della variabile AR (Freedman, Lasky, & Hurvich, 2002). Per alti livelli di integrazione si intendono sedute dove si riconosce la presenza di un processo di consolidamento, un processo di sviluppo e un'attività di esplorazione relativamente stabile. Essa potrebbe riflettere un insieme di funzioni, come un transfert esplicito, una comunicazione affettiva, una funzione riflessiva ed una interpretazione recepita (Freedman, Lasky, & Hurvich, 2002). La seduta così definita potrebbe essere altrimenti descritta nei termini del concetto di "buona ora" (Kris, 1956) o di seduta di Tipo 2 (Green, 1999).

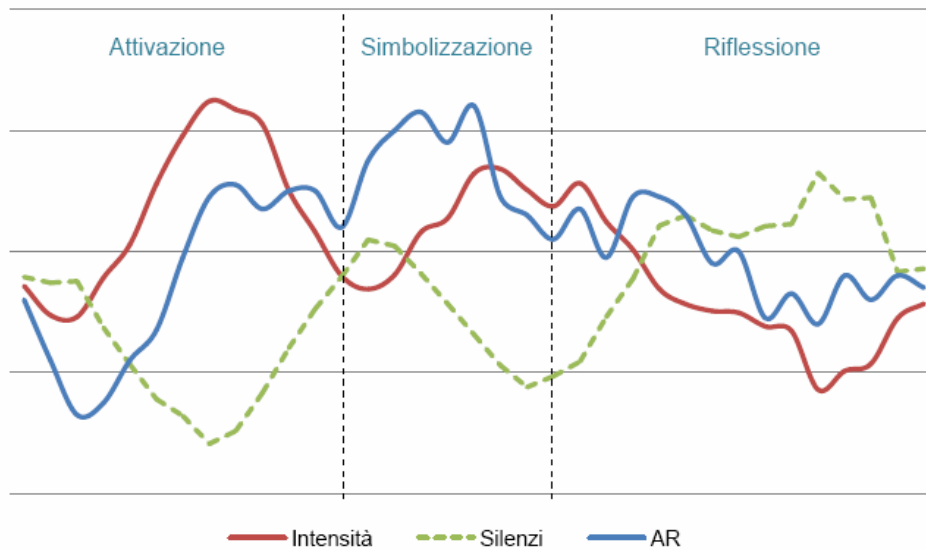


Figura 2. Seduta 5.

Bucci e Freedman (in press) hanno rilevato in queste sedute che l'AR tende ad assumere un tipico andamento a campana: valori bassi nella fase iniziale, progressivamente più alti in quella centrale e di nuovo bassi nell'ultima fase della seduta. Secondo la Teoria del Codice Multiplo questo andamento comporterebbe l'attivazione di uno schema emozionale del paziente, che viene attivato nelle fasi iniziali della seduta e che progressivamente può essere narrato e rielaborato. Secondo Bucci (1997a) lo schema emozionale è codificato attraverso i sistemi sub-simbolico, simbolico non-verbale e simbolico verbale. L'attivazione di uno schema emozionale comporta sempre un'attivazione subsimbolica, che è maggiormente connessa a trasformazioni viscerosomatiche. L'attivazione di uno schema è, quindi, in relazione ad un abbassamento dell'AR, dove la componente viscerosomatica si attiva determinandone l'arousal emozionale ancora slegato dalla narrazione diretta. Se si osserva l'andamento della AR in relazione alle informazioni che derivano dall'analisi acustica e dall'analisi delle difese, in queste primissime battute della seduta si riscontra un andamento parallelo tra l'intensità della voce e l'AR e un andamento inverso dei silenzi. Questo può indicare che la paziente in questa fase comunica in maniera discontinua alternando silenzi a parole, come effetto della presenza di difese più primitive. Contemporaneamente l'intensità della voce diminuisce, come ad indicare un dialogo più introspettivo e affettivamente connesso ai propri stati mentali che non per l'altro interlocutore. Successivamente la situazione si modifica, l'attivazione emozionale aumenta e la narrazione si sviluppa; inoltre, la presenza delle difese primitive diminuisce, consentendo una proprietà comunicativa più fluida. Dopo il picco dell'intensità si nota che, mentre l'intensità della voce diminuisce, l'AR continua a crescere indicando una fase di narrazione. Lo schema emozionale secondo il Modello del Codice Multiplo si è a questo punto attivato e legato ad un ricordo o ad una rappresentazione che viene raccontata. Il racconto, come mostra l'incremento dei silenzi, è più lento, come se il paziente mentre racconta potesse rivivere l'esperienza. Il termine della fase di simbolizzazione si configura come un riallineamento dell'AR e della curva d'intensità. Questa volta entrambi acquistano un andamento decrescente, mentre i silenzi aumentano. Ciò determina l'ingresso nella terza fase in cui i silenzi sono dominanti rispetto alle comunicazioni e dove l'intensità della voce diventa intima, indicando una comunicazione più interna. L'AR si attesta su livelli medi indicando una disattivazione dello schema emozionale e una rielaborazione dello stesso.

3.4 Risultati: seduta 6

In questa sezione presentiamo i risultati del confronto tra analisi acustica, Attività Referenziale e altre misure adottate per lo studio delle psicoterapie, relativamente alla sesta seduta di Valentina.

Come si può vedere dal grafico (Figura 3) abbiamo suddiviso la seduta in cinque tranches, che corrispondono, dal punto di vista dei già citati modelli del ciclo terapeutico, a cinque diversi momenti della seduta. A ogni tranche corrisponde uno o più “episodi relazionali”, riferiti ai criteri utilizzati nella codifica del CCRT, al fine di porre in relazione aspetti contenutistici del processo con un approccio di tipo formale.

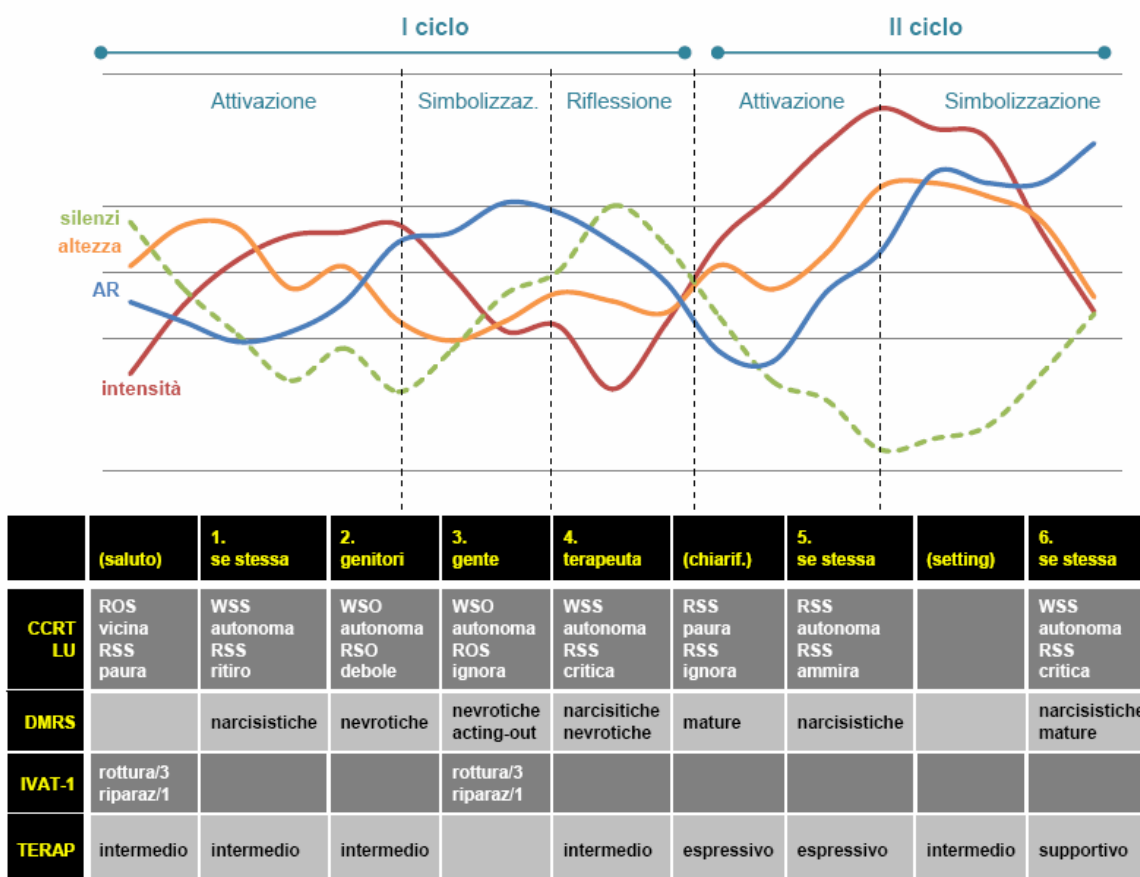


Figura 3. Seduta 6.

1) I ciclo: Fase di attivazione.
(Saluto)

In questo primo episodio, che non può essere definito come episodio relazionale vero e proprio secondo i canoni del CCRT, la paziente esordisce con un tentativo di rottura dell'alleanza terapeutica, in cui cerca di distogliere il focus dal *qui* e *ora* della seduta; il terapeuta compie prontamente un tentativo di “riparazione”, riportando il discorso sulla loro relazione presente. Anche le categorie del CCRT sottolineano la paura della paziente di “avvicinarsi troppo”. In questo primo episodio, gli interventi del terapeuta si collocano soprattutto ad un livello “intermedio”: incoraggia la paziente ad elaborare il materiale che porta in seduta.

L'AR bassa e l'attivazione emozionale in crescita, associati ad un tasso molto elevato di silenzi, confermano la difficoltà, scarsamente mentalizzata, di stare nella relazione in questo primo momento della seduta.

Episodio relazionale 1: se stessa

A partire da questo episodio relazionale, la paziente riporta una serie di problematiche riguardanti se stessa e, negli episodi successivi, i genitori e “la gente” in generale. Quando la paziente parla di se stessa, la tendenza è quella di utilizzare soprattutto difese di tipo narcisistico. Il Tema Relazionale Centrale che si evidenzia in questo episodio relazionale e in quelli successivi è il desiderio, riferito a se stessa e agli altri, di essere più “autonoma” (WSS D25) a cui si accompagna

una risposta del sé di giudizio e punizione rivolti a se stessa (RSS L23). Anche in questo episodio il terapeuta adatta i suoi interventi al livello narcisistico/nevrotico delle difese della paziente collocandosi, all'interno del continuum di Gabbard, ad un livello "intermedio".

Episodio relazionale 2: genitori

Il CCRT indica che la paziente, riferendo alcune interazioni avute recentemente con i genitori, manifesta, anche in questo caso, un desiderio di essere "più autonoma" in questo rapporto (WSO D25), accompagnato tuttavia dalla sensazione di essere "troppo debole, troppo inconsistente" (RSO G21). Nel parlare dei genitori, le difese della paziente si spostano su un livello nevrotico. Gli interventi del terapeuta si mantengono su un livello "intermedio": la spinge ad elaborare ulteriormente il materiale (per esempio, le chiede: "e va di parlare un po' di come è stata queste settimane a casa?").

Questi primi due episodi relazionali sono caratterizzati da un'elevata attivazione emozionale e da punteggi di Attività Referenziale ancora bassi, seppur in crescita. La fase di attivazione è confermata da percentuali molto basse di silenzi e da una velocità articolatoria elevata. Il contenuto verbale riguarda gli attacchi di panico (primo episodio relazionale) e il rapporto con i genitori (secondo episodio relazionale), aree dell'esperienza non ancora adeguatamente elaborate.

2) I ciclo: Fase di simbolizzazione

Episodio relazionale 3: "gente"

La fase di simbolizzazione si apre con questo episodio relazionale in cui la paziente si riferisce ad un oggetto impersonale, considerando la propria situazione in termini più generali: "Chiunque sappia di questo problema... dello stare male da un punto di vista diciamo emotivo... la soluzione la cura è la distrazione, non pensarci". L'IVAT segnala un nuovo tentativo della paziente di introdurre una rottura dell'alleanza terapeutica spostando il focus dal qui e ora della seduta, a cui fa seguito il tentativo graduale di riparazione del terapeuta (che stimolerà l'episodio successivo incentrato proprio sul rapporto tra paziente e terapeuta). Il terapeuta tenta di riparare questa rottura esplorando il significato del porre domande personali all'interno del contesto terapeutico. Il Tema Relazionale Centrale riprende e sviluppa quello emerso negli episodi precedenti ovvero: "Gli altri mi trascurano" (ROS I12), "Mi sento debole e inconsistente" (RSS G21) e "Vorrei essere più autonoma e forte" (WSS D25). Parlando degli "altri in generale", è significativo sottolineare come le difese della paziente si collochino su un livello di acting out, caratterizzato soprattutto dall'uso della difesa dell'aggressione passiva.

3) I ciclo: Fase di riflessione

Episodio relazionale 4: terapeuta

In questo episodio, caratterizzato da un basso livello di attivazione emozionale, la paziente inizia un lungo discorso sul terapeuta. Emergono difese narcisistiche e nevrotiche (svalutazione e spostamento), cui corrispondono al CCRT-LU dei temi legati soprattutto a se stessa: La paziente sente che: "Le risposte volendo le trovo pure, cioè perché poi dandomi un pochino più fiducia di quella che in genere mi do, alla fine alcune risposte me le posso pure dare". L'intervento del terapeuta prosegue sullo stesso livello "intermedio" delle tranches precedenti ovvero, sintonizzandosi anche a livello delle difese, incoraggia l'elaborazione della paziente.

4) II ciclo: Fase di attivazione

(Intervento di chiarificazione del terapeuta)

A questo punto inizia un nuovo ciclo terapeutico con una fase di attivazione, a cui seguirà una ulteriore fase di riflessione (presumibilmente per motivi di tempo, in questo ciclo è assente la fase di riflessione). Segue un episodio che, pur non essendo classificabile come episodio relazionale in senso stretto secondo le specifiche del CCRT, è caratterizzato dall'assunzione da parte del terapeuta di una modalità di intervento più espressiva. In altri termini, cerca di riformulare ciò che la paziente ha riportato nei precedenti episodi secondo un punto di vista dotato di maggiore

coerenza, cercando di dare un significato nel contesto della relazione terapeutica. Possiamo definirlo come un vero e proprio now moment della seduta (cfr. Stern, 2004). Questi momenti critici, importanti, secondo Stern, sono ricchi di esperienza affettiva e intersoggettiva. L'attivazione emozionale elevata, per come emerge dall'analisi dell'altezza e dell'intensità della voce, appare ben cogliere e confermare la lettura di questa fase della seduta. Possiamo notare che le difese della paziente si fanno più mature (autoaffermazione), anche se permane un senso di paura, relativa soprattutto alla mancanza di controllo.

Episodio relazionale 5: se stessa

In questo episodio riemergono problematiche narcisistiche che sono evidenti sia nel CCRT sia nella DMRS. Nel CCRT, la paziente si percepisce autonoma (RSS D25), e si "ammira", mostrando un'ambivalenza rispetto a quanto emerso negli episodi precedenti. Anche le difese utilizzate si collocano su questo livello (autoaffermazione). Gli interventi del terapeuta, sulla scia dell'episodio precedente, si mantengono ad un livello espressivo. L'attivazione emozionale di nuovo elevata sembra confermare la centralità delle problematiche narcisistiche emergenti.

5) Il ciclo: Fase di simbolizzazione

(Considerazioni sul setting esterno)

Dopo il picco emotivo raggiunto nell'episodio precedente, vi è una fase di simbolizzazione, cioè di connessione dei contenuti emotivi ad episodi specifici dell'esperienza. In questo episodio, che anche in questo caso non può essere considerato un episodio relazionale secondo i criteri del CCRT, l'attenzione è rivolta verso alcuni elementi del setting esterno, in particolare all'argomento "vacanze estive". Si registra ad ogni modo un ritorno da parte del terapeuta a modalità di intervento "intermedie" e meno espressive, quasi in preparazione alla chiusura della seduta.

Episodio relazionale 6: se stessa

In questo ultimo episodio si abbassano gli indici di attivazione emozionale e aumentano i silenzi, quasi ad indicare una conclusione sfumata della seduta. Gli aspetti narcisistici sono ancora preminenti, come dimostra il CCRT che riprende il tema della critica nei confronti di se stessa per non essere più indipendente e per non avere più fiducia in se stessa (WSS D25, RSS G12, RSS D26). I meccanismi di difesa si collocano ancora su un versante narcisistico ma, per la prima volta in un episodio in cui la paziente parla di se stessa, emergono anche delle difese mature. Il terapeuta termina la seduta con un intervento supportivo volto a sostenere i progressi della paziente e a darle fiducia, concludendo con un incoraggiante: "Quindi forse di tempo ce ne è".

4. Conclusioni

Nel campo della ricerca in psicoterapia, lo studio del processo terapeutico è basato quasi esclusivamente sulle sole trascrizioni delle sedute. Solo raramente sono state adottate misure del comportamento non verbale del paziente o, ancora più raramente, dello psicoterapeuta. È tuttavia ormai chiaro che lo studio della sola componente verbale, sganciata dalla ricchezza della comunicazione non verbale, restringe le nostre possibilità di una comprensione accurata della relazione terapeutica e del processo terapeutico.

Sulla base di questa lacuna abbiamo cercato di descrivere lo spazio emozionale intersoggettivo attraverso l'espressione paralinguistica, adottando gli indici acustici della voce come misura di attivazione emozionale (arousal).

Già in questa prima, limitata applicazione esplorativa l'analisi acustica della voce si è mostrata essere uno strumento particolarmente utile a valutare la rilevanza per il paziente dell'oggetto della narrazione, quindi della centralità clinica dei temi emergenti e del modo di trattarli.

L'analisi dell'espressione vocale delle emozioni può inoltre aiutarci a capire, in concerto ad altre strumenti, in che misura l'esperienza emozionale può essere tradotta a livello dell'espressione simbolica.

Il limite principale va rintracciato nel numero limitato di indici acustici della voce studiati: F0 media, intensità media e rapporto silenzi-parlato. Si tratta dei parametri che dalla letteratura emergono

essere maggiormente correlati all'attivazione emozionale. Rimane tuttavia la necessità di fare analisi acustiche più sofisticate in grado di prendere in considerazione un numero maggiore di parametri acustici. È opportuno inoltre integrare sistematicamente e collegare le misure di attivazione emozionale, per come emergono dall'analisi acustica della voce, alla valutazione del linguaggio verbale, quindi al suo stile e al suo contenuto.

Bibliografia

- Albani, C., Pokorny, D., Blaser, G., Grüniger, S., König, S., Marschke, F., et al. (2002). Reformulation of CCRT categories: The CCRT-LU Category System. *Psychotherapy Research*, 12, 319-338.
- Allen, V. L., & Atkinson M. L. (1981). Identification of spontaneous and deliberate behavior. *Journal of Nonverbal Behavior*, 5, 224-237.
- Anolli, L., & Ciceri R. (1992). *La voce delle emozioni*. Roma: FrancoAngeli.
- Bachorowski, J. A., & Owren, M. J. (1995). Vocal expression of emotion: Acoustic properties of speech are associated with emotional intensity and context. *Psychol. Sci.*, 6 (4), 219-224.
- Banse, R., & Scherer, K. R. (1996). Acoustic profiles in vocal emotion expression. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 70 (3), 614-636.
- Bezooijen, R. van (1984). *Characteristics and recognizability of vocal expression of emotion*. Dordrecht: Foris Publications.
- Breitenstein, C., Van Lancker, D., & Daum, I. (2001). The contribution of speech rate and pitch variation to the perception of vocal emotions in a German and an American sample. *Cogn. Emot.*, 15 (1), 57-79.
- Brown, B. L. (1980). The detection of emotion in vocal qualities. In H. Giles, W. P. Robinson, & P. M. Smith (Eds.), *Language: Social psychological perspectives. Selected proceedings of the first International Conference on Social Psychology and Language, held at the University of Bristol, England, July 1979* (pp. 237-245). Oxford: Pergamon.
- Bucci, W. (1997a). *Psychoanalysis and cognitive science: A multiple code theory*. New York: Guilford Press.
- Bucci, W. (1997b). Patterns of discourse in "good" and troubled hours: A multiple code interpretation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45 (1), 155-187.
- Bucci, W., & Freedman, N. (in press). The interface of empirical research and analytic thought: the vision of Robert Wallerstein. In W. Bucci, & N. Freedman (Eds.), *The integration of Clinical work and Research Perspectives in Psychoanalysis: a tribute to the work of Robert Wallerstein*. New York: International Universities Press.
- Bucci, W., Kabasakalian-McKay, R., and the RA Research Groups (1992). *Scoring Referential Activity. Instructions for use with transcripts of spoken narrative texts*. Ulm: Ulmer Textbank. Trad. it. (2000). *La valutazione dell'Attività Referenziale*. Roma: Kappa.
- Burns, K. L., Beier E. G. (1973). Significance of Vocal and Visual Channels In the Decoding of Emotional Meaning. *Journal of Communication*, 23 (1), 118-130.
- Cahn, J. (1990). The generation of affect in synthesised speech. *J. Amer. Voice I/O Soc.*, 8, 1-19.
- Campanelli, L., Ibernì, E., Mariani, R., Sarracino, D., Degni, S., & De Coro, A. (2006, Settembre). *Fonetica acustica soprasedimentale: Un'applicazione esplorativa alla ricerca sul processo in psicoterapia per lo studio delle emozioni*. Presentato al V Congresso nazionale della sezione italiana della Society for Psychotherapy Research, Reggio Calabria.
- Colli, A., & Lingiardi, V. (2001). *Manuale IVAT: Indice di Valutazione dell'Alleanza Terapeutica*. Manoscritto non pubblicato.

- Cosmides, L. (1983). Invariances in the acoustic expression of emotion during speech. *J. Exp. Psychol.: Hum. Percept. Perform.*, 9, 864-881.
- Cowie, R., & Douglas-Cowie, E. (1996). Automatic statistical analysis of the signal and prosodic signs of emotion in speech. *Proc. ICSLP 1996 (1989-1992)*, Philadelphia.
- Davitz, J. R. (1964). *The Communication of Emotional Meaning*. New York: McGraw-Hill.
- Eco, U. (1975). *Trattato di semiotica generale*. Milano: Bompiani.
- Eco, U., & Volli, U. (1970). Introduzione all'edizione italiana. In T. A. Sebeok, A. S. Hayes, & M. C. Bateson. *Paralinguistica e cinesica*. Milano: Bompiani.
- Freedman, N., Lasky, R., & Hurvich, M. (2002, September). *Two pathways toward knowing psychoanalytic process*. Paper presented at IPA conference, Frankfurt.
- Friend, M., & Farrar, M. J. (1994). A comparison of contentmasking procedures for obtaining judgments of discrete affective states. *J. Acoust. Soc. Amer.*, 96 (3), 1283-1290.
- Gabbard, G. O. (1990). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Garroni, E. (1973). *Progetto di semiotica*. Bari: Laterza.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview*, Unpublished manuscript. Berkeley: University of California.
- Green, A. (1999). The Fabric of Affect in the Psychoanalytic Discourse. *The New Library of Psychoanalysis*, 37.
- Gruppo di lavoro OPD (2002). *Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata*. Milano: Masson.
- Isserlin, M. (1925). Psychologisch-phonetische Untersuchungen. II. Mitteilung. *Z. Gesamte Neurol. Psychiatr*, 94, 437-448.
- Izard, C. E. (1971). *The Face of Emotion*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Johannes, B., Petrovitsh Salnitski, V., Gunga, H. C., & Kirsch, K. (2000). Voice stress monitoring in space: Possibilities and limits. *Aviat. Space Environ. Md.* 71, 9 (2), A58-A65.
- Johnstone, T., & Scherer, K. R. (2000). Vocal communication of emotion. In M. Lewis & J. Haviland (Eds.), *Handbook of emotion* (pp.220-235). New York: Guilford.
- Karasu, T. B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry*, 143, 687-695.
- Karlsson, I., Bänziger, T., Dankovicova, J., Johnstone, T., Lindberg, J., Melin, J., et al. (1998). Speaker verification with elicited speaking styles in the VeriVox project. *Proc. RLA2C (207-210)*, Avignon.
- Klasmeyer, G. (1999). Akustische Korrelate des stimmlich emotionalen Ausdrucks in der Lautsprache. In H.W. Wodarz, G. Heike, P. Janota, & M. Mangold (Eds.), *Forum Phonetikum* (Vol. 67). Frankfurt am Main: Hector.
- Kris, E. (1956). On Some Vicissitudes of Insight in Psycho-Analysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 445-455.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph P. (1990). *Understanding transference: The CCRT method*. New York: Basic Books (trad. it. *Capire il transfert*, Raffaello Cortina, Milano, 1992).
- Markel, N. N., Bein, M. F., & Phillis, J. A. (1973). The relationship between words and tone of voice. *Language and Speech*, 16, 15-21.

- Mergenthaler, E. (1996). Emotions-abstraction patterns in varbatim protocols: A new way of describing psychotherapeutic processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64* (6), 1306-1315.
- Mergenthaler, E., & Bucci, W. (1999). Linking Verbal and non-verbal representations: Computer analysis of Referential Activity. *British Journal of Medical Psychology, 72*, 339-354.
- Motley, M. T., & Camden, C. T. (1988). Facial expression of emotion: A comparison of posed versus spontaneous expressions in an interpersonal communication setting. *Western Journal of Speech Communication, 52*, 1-22.
- Murray, I. R., Arnott, J. L., & Rohwer, E. A. (1996). Emotional stress in synthetic speech: progress and future directions. *Speech Communication, 20* (1-2), 85-91.
- Ochai, Y., & Fukumura, T. (1967). On the fundamental qualities of speech in communication. *J. of the Acoustical Society of America, 29*, 392-393.
- Perry, J. C., Kardos, M. E., & Pagano, C. J. (1993). The study of defenses in psychotherapy using the Defense Mechanism Rating Scale (DMRS). In U. Hentschel & W. Ehlers (Eds.), *The Concept of Defense Mechanisms in Contemporary Psychology: Theoretical, Research, and Clinical Perspectives* (122-132). New York: Springer.
- Scherer, K. R. (1986). Vocal affect expression: A review and a model for future research. *Psychol. Bull., 99* (2), 143-165.
- Scherer, K. R. (1989). Vocal correlates of emotion. In H. Wagner & A. Manstead (Eds.), *Handbook of Psychophysiology: Emotion and Social Behavior* (pp.165-197). London: Wiley.
- Scherer, K. R., Banse, R., & Wallbott, H. G. (2001). Emotion inferences from vocal expression correlate across languages and cultures. *J. Cross-Cult. Psychol., 32* (1), 76-92.
- Scherer, K. R., Banse, R., Wallbott, H. G., & Goldbeck, T. (1991). Vocal cues in emotion encoding and decoding. *Motiv. Emot., 15*, 123-148.
- Scherer, K. R., Feldstein, S., Bond, R. N., & Rosenthal, R. (1985). Vocal cues to deception: A comparative channel approach. *J. Psycholinguist. Res., 14*, 409-425.
- Scherer, K. R., Koivumaki, J., & Rosenthal, R. (1972). Minimal cues in the vocal communication of affect: Judging emotions from content-masked speech. *J. Psycholinguist. Res., 1*, 269-285.
- Scherer, K. R., Ladd, D. R., & Silverman, K. E. A. (1984). Vocal cues to speaker affect: Testing two models. *J. Acoust. Soc. Amer., 76*, 1346-1356.
- Scherer, K. R., & Oshinsky, J. S. (1977). Cue utilization in emotion attribution from auditory stimuli. *Motiv. Emot., 1*, 331-346.
- Scherer, K.R., Rosenthal, R., & Koivumaki, J. (1972). Mediating interpersonal expectancies via vocal cues: Different speech intensity as a means of social influence. *Europ. J. Soc. Psychol., 2*, 163-176.
- Scripture, E. W. (1921). A study of emotions by speech transcription. *Vox, 31*, 179-183.
- Stern, D. (2004). *The Present Moment*. New York: Norton.
- Tomkins, S. S. (1962). *Affect, Imagery, Consciousness: The Positive Affects* (Vol. 1). New York: Springer.
- Westen, D., Shedler, J., & Lingardi, V. (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina.
- Williams, C. E., & Stevens, K. N. (1969). On determining the emotional state of pilots during flight: An exploratory study. *Aerospace Md., 40*, 1369-1372.
- Williams, C. E., & Stevens, K. N. (1972). Emotions and speech: Some acoustical correlates. *J. Acoust. Soc. Amer., 52*, 1238-1250.

Williams, C. E., & Stevens, K. N. (1981). Vocal correlates of emotional states. In J. K. Darby (Ed.), *Speech evaluation in psychiatry*. New York: Grune and Stratton.

Wittgenstein, L. (1922). *Tractatus Logico-Philosophicus*. London: Routledge & Kegan Paul.

Wittgenstein, L. (1953). *Philosophische Untersuchungen*. Oxford: Blackwell. Trad. It (1999). *Ricerche filosofiche*. Torino: Einaudi.