

RICERCA
IN
PSICOTERAPIA

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

VOLUME 9 - NUMERO 1
Gennaio - Giugno 2006

Ricerca in Psicoterapia

ISSN: 1592-8543

**© 2005 Edizioni Carlo Amore
www.carloamore.it**

RICERCA IN PSICOTERAPIA

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

Direttore responsabile:

Salvatore Freni

Direttore scientifico:

Emilio Fava

Comitato scientifico:

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

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

Comitato di Redazione:

Redattore capo:

Cinzia Masserini

Redazione:

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

Indirizzo per corrispondenza:

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

Citata nel database Psychinfo e embase

Chiuso in redazione il 15 Maggio 2006
Stampa: Arti Grafiche Colombo
Muggiò - MI

STRUMENTI E METODI

Un primo studio sulla valutazione italiana dell'Outcome Questionnaire (OQ-45.2).

A first study about the Italian adaptation of the Outcome Questionnaire (OQ-45.2)

G. Lo Coco, C. Prestano, S. Gullo, G. Di Stefano, M. J. Lambert 7

RICERCA CLINICA

Valutare la psicoterapia di coppia. Tradizioni di ricerca a confronto.

The evaluation of couples therapy. Comparing research traditions

D. Margola, V. Cigoli, F. Aschieri 21

RICERCA EURISTICA

Che cosa chiedono i Clinici alla Ricerca? Atteggiamenti e opinioni di Psicologi Clinici e studenti di Psicologia

What Clinicians ask to the Research? Attitudes and opinions of Clinical Psychology Students.

F. Del Corno, M. Giorgetti, M. Lang, I. Pessa, M. L. Pullini 57

PSICOTERAPIA DELLE ISTITUZIONI

Valutazione al follow up di un trattamento presso una comunità terapeutica per tossicodipendenti

Follow up evaluation of a treatment in a drug dependency therapeutic community

E. Molinari, V. Villa, A. Compare 95

NORME REDAZIONALI 111

UN PRIMO STUDIO SULLA VALIDAZIONE ITALIANA DELL'OUTCOME QUESTIONNAIRE (OQ-45.2)

*Gianluca Lo Coco**, *Claudia Prestano**, *Salvatore Gullo**,
*Giovanni Di Stefano**, *Michael J. Lambert***

Riassunto

L'Outcome Questionnaire (OQ-45.2) è stato sviluppato al fine di misurare importanti aree di funzionamento (sintomatologia, problemi interpersonali, ruolo sociale) che sono di interesse centrale nella valutazione della salute mentale. Questo studio analizza le proprietà psicometriche della versione italiana dell'OQ-45.2 con un gruppo di studenti universitari ed un gruppo clinico di pazienti. I risultati confermano la validità dello strumento. L'OQ-45.2 mostra un'elevata consistenza interna e una buona validità concorrente; inoltre sembra distinguere tra il campione di pazienti da quello di non-pazienti. La ricerca non ha però supportato il costrutto multidimensionale teorico dello strumento: gli indici di goodness-of-fit si sono rivelati non soddisfacenti per i tre modelli testati. La versione italiana dell'OQ-45.2 sembra essere una misura promettente nella valutazione della sofferenza psicologica generale, anche se ulteriori lavori sono necessari per calcolare il cutoff del questionario ed il Reliable Change Index specifici per la popolazione italiana.

Parole chiave: misura di esito, OQ-45, validità di costrutto, analisi fattoriale confermativa

Summary

The Outcome Questionnaire (OQ-45.2) was designed to measure important areas of functioning (symptoms, interpersonal problems, and social role functioning) that are of central interest in mental health. This study

* Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Palermo.

** Brigham Young University, Utah, USA.

analyses the psychometric properties of the Italian version of the OQ-45.2, assessed using undergraduate and clinical samples. The results provided evidence for the validity of the tool. The OQ-45.2 appears to have high internal consistency and concurrent validity; moreover, it seems to distinguish patient from non-patient samples. This study failed to support the multidimensional construct system of the instrument: the goodness-of-fit indexes were marginal across all of the tested models. The Italian version of the OQ-45.2 appears promising as a measure of general psychological distress, although further research is needed to calculate the OQ cutoff score and Reliable Change Index for Italian population.

Key-words: outcome measure, OQ-45, construct validity, confirmative factor analysis

1. Un primo studio sulla validazione italiana dell'Outcome Questionnaire (OQ-45.2)

Negli ultimi anni è cresciuta la consapevolezza circa la necessità di rendere spendibili i risultati sulla ricerca in psicoterapia nell'ambito della pratica clinica quotidiana, superando un gap tra ricerca e lavoro clinico non più utile e sostenibile (Lambert & Ogles, 2004). Se la ricerca sull'efficacia delle psicoterapie ha evidenziato generalmente il buon esito prodotto dagli interventi terapeutici, molti degli studi più autorevoli si basano sulla metodologia dei trial clinici randomizzati (RTC) quale *gold standard* per i protocolli di ricerca. La provata efficacia di un trattamento risulta così da studi di "laboratorio", con trattamenti brevi e manualizzati, selezione dei pazienti, esclusione della comorbilità, dei disturbi dell'Asse II del DSM-IV, ecc. (Chambless, Hollon, 1998). I limiti ed il riduttivismo di questa metodologia, così come la difficile generalizzabilità alla pratica clinica quotidiana di questi risultati, sono stati più volte sottolineati (Barlow, 1996; Westen, 2005).

Accanto ai tradizionali disegni di ricerca basati sull'analisi *pre-post* dell'esito terapeutico, centrati sulla risposta media di un gruppo di soggetti, si è iniziato ad utilizzare un modello di ricerca che studia l'andamento del paziente nel corso della terapia, attraverso un monitoraggio costante dei cambiamenti (Lambert et al., 2001; Lo Coco, Prestano, Lambert, 2003). Lo sforzo che si sta compiendo è quindi quello di fornire ai clinici dei dati che possano

essere utili nel trattamento dei pazienti incontrati nella prassi quotidiana, e di fronteggiare le difficoltà nella gestione dei progetti terapeutici e i *drop-out*.

Il monitoraggio frequente dell'andamento dei pazienti in un setting clinico richiede però l'utilizzo di strumenti di *outcome* molto attendibili, validi e di rapida somministrazione. Nonostante in letteratura siano ormai disponibili centinaia di strumenti di esito (Froyd, Lambert e Froyd, 1996), pochi mostrano le qualità di brevità, adattabilità a diversi disturbi e sensibilità al cambiamento in brevi intervalli di tempo. Nell'ultima edizione dell'*Handbook of Psychotherapy & Behaviour Change* (2004), Hill e Lambert sottolineano come "la ricerca sull'esito in psicoterapia sia in uno stato di caos, con poco accordo tra i ricercatori circa le misure specifiche da utilizzare...Noi riteniamo che la maggior parte delle misure necessarie da includere in tali batterie (*minimal core outcome*) già esista" (Hill & Lambert, 2004). Viene cioè messa in evidenza la necessità di utilizzare negli studi sull'esito della psicoterapia una batteria di strumenti ben validati e di ampio utilizzo per rendere confrontabili e generalizzabili i risultati delle ricerche, sempre più numerosi, ma al contempo, sempre più dispersivi.

L'*Outcome Questionnaire* (OQ-45.2) è divenuto uno degli strumenti di esito più utilizzati nella ricerca psicoterapeutica, non solo negli USA, ma in diversi paesi europei, sud-americani ed asiatici (Lambert et al., 1996a).

L'OQ-45 è composto da 45 items e richiede mediamente cinque minuti per essere compilato. È composto da tre sottoscale che valutano 3 aspetti della vita del paziente: a) sintomi patologici b) relazioni interpersonali e c) funzionamento nei ruoli sociali. La risposta ad ogni item è effettuata su una scala a 5 punti ed i punteggi variano in un range teorico da 0 a 180, in cui i valori più alti indicano un funzionamento più grave e disturbato. L'OQ-45 fornisce un punteggio totale e tre punteggi nelle sottoscale. In genere viene utilizzato il punteggio complessivo che valuta il funzionamento globale del paziente. Lambert et al., (1996b) hanno riportato adeguati valori di consistenza interna ($r = 0.93$), e una soddisfacente attendibilità test-retest a tre settimane ($r = 0.84$). La validità concorrente, valutata con altri strumenti (SCL-90, BDI, STAI, IIP) è stata per tutti significativa al livello 0,01. L'OQ-45 si è mostrato inoltre sensibile al cambiamento su pazienti in un breve periodo di tempo (Vermeersch, Lambert, Burlingame, 2000). La standardizzazione dello strumento ha permesso di stabilire un punteggio *cut-off* per calcolare il

Reliable Change Index (RCI), in base al modello di Jacobson e Truax (1991). I pazienti che mostrano una variazione di almeno 14 punti nell'OQ-45, in una direzione positiva o negativa, ottengono un cambiamento significativo ed attendibile in seguito alla terapia (Lambert et al., 1996a). Il punteggio *cut-off* che demarca il passaggio da una popolazione disfunzionale ad una funzionale è stimato in 64. I punteggi inferiori a 64 indicano che il funzionamento del paziente è più simile a quello della popolazione dei non pazienti.

2. Obiettivi

Questo studio rappresenta un primo contributo volto all'adattamento italiano dell'OQ-45.2. Obiettivi specifici del lavoro sono:

- esplorazione delle caratteristiche psicometriche dello strumento (analisi della coerenza interna e della struttura fattoriale);
- analisi della validità concorrente in rapporto ad alcune scale sintomatologiche.

3. Metodo

Partecipanti

In questo studio sono stati inclusi due gruppi di soggetti. Il primo è rappresentato da 462 studenti universitari (età media: 23.10, SD: 3.34; sesso: 67% femmine e 33% maschi) frequentanti diverse Facoltà dell'Università degli Studi di Palermo. Il secondo è costituito da 41 soggetti afferenti in due ambulatori psichiatrici della AUSL di Palermo (età media: 29,7, SD: 13,8; sesso: 66% femmine e 34% maschi). Il questionario è stato loro somministrato in fase di accoglienza, prima che iniziassero un trattamento psicoterapeutico. La diagnosi prevalente è di disturbo dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi del comportamento alimentare.

4. Strumenti

Outcome Questionnaire 45.2 (OQ 45.2)

Il questionario self report, composto da 45 items, è volto alla valutazione del cambiamento del paziente in seguito ad un trattamento psicote-

rapeutico. Fornisce sia un punteggio complessivo (range da 0 a 180) che su tre aree specifiche ritenute importanti (Lambert, Hill, 1994) nell'analisi del miglioramento del paziente:

1. area sintomatica (Symptomatic Distress, SD)
2. area delle relazioni interpersonali (Interpersonal Relations, IR)
3. area del ruolo sociale (Social Role, SR).

Le risposte sono fornite su una scala likert a 5 punti (range: da mai a sempre).

Beck Depression Inventory (BDI)

Inventario self report composto da 21 items su scala Likert a 4 punti., volto all'indagine della sintomatologia depressiva (Beck et al., 1961, 1988). Il BDI ha mostrato di possedere ottime proprietà psicometriche, con valori di coerenza interna (alpha di Cronbach) tra .73 e .92.

3) State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y)

Scala self-report volta all'indagine dell'ansia di stato (forma Y-1) e di tratto (forma Y-2), composta da 40 items, su scala Likert a 4 punti (Speilberger, 1983). La coerenza interna di entrambe le scale varia da .83 a .92.

5. Procedura di analisi

Le sottoscale dell'OQ-45 sono state sottoposte ad analisi degli items e a valutazione della coerenza interna tramite il calcolo dell'indice alpha di Cronbach.

La dimensionalità del questionario è stata testata tramite l'uso di analisi fattoriali confermativa con l'utilizzo del software Lisrel 8.2 (Jöreskog & Sörbom, 1996), analizzando la matrice di varianza-covarianza e calcolando le stime dei parametri con il metodo maximum likelihood (ML). Sono state messe a confronto tre soluzioni derivate dalle precedenti ricerche fattoriali sullo strumento (Lambert et al., 1996): la prima corrisponde al modello originario del test che prevede tre dimensioni correlate (SD, IR, SR); la seconda, a due fattori, considera la sottoscala di IR e di SR come un'unica dimensione relativa alla valutazione delle proprie relazioni sociali e alla propria capacità di adattamento; la terza, infine, considera l'OQ-45 come espressione di un unico tratto latente di sofferenza psicologica generale (Mueller, Lambert, Bur-

lingame, 1998).

La validità concorrente è stata valutata attraverso il calcolo del coefficiente di correlazione r di Pearson tra le sottoscale dell'OQ-45 e le scale sintomatologiche.

6. Risultati

Coerenza interna.

La tabella 1 mostra media, deviazione standard e valori di alpha delle sottoscale e del punteggio totale dell'OQ-45 nel presente studio: a titolo esemplificativo riportiamo anche i risultati ottenuti da Lambert et al. (1996) in un campione simile al nostro (157 studenti americani, età media pari a 21.13, SD = 3.66). Il punteggio totale del test presenta un elevato valore di coerenza interna (.92), così come la sottoscala sintomatica (.90). Soltanto il valore di alpha ottenuto per la scala SR non risulta particolarmente soddisfacente (.62).

Tabella 1. Media, deviazioni standard e valori di alpha dell'OQ. 45 nel gruppo di studenti italiano (N=462) e statunitense (N=157)

	SD		IR		SR		OQ-45	
	M (SD)		M (SD)		M (SD)		M (SD)	
ITALIA	30.97 (12.62)	.90	12.87 (6.12)	.77	11.24 (3.91)	.62	55.07 (20.23)	.92
USA	27.51 (14.55)	.92	12.42 (7.20)	.74	11.41 (4.73)	.70	51.34 (24.45)	.93

SD: Symptomatic Distress;
 IR: Interpersonal Relationships;
 SR: Social Role Functioning.

L'analisi degli item mostra come sia possibile qualche affinamento delle sottoscale. Infatti, l'item 8 della scala SD ("Quando bevo troppo, la mattina dopo devo bermi un bicchiere solo per mettermi in moto"), l'item 8 della scala IR ("Sono stufo della gente che mi critica perché bevo- o prendo droghe") e gli items 3 ("Lavoro o studio troppo"), 6 ("Sono finito nei guai a scuola o sul lavoro perché bevo – o prendo droghe-") e 9 ("Sono così furioso a scuola/sul lavoro da commettere atti irreparabili") della scala SR presentano una correlazione item-totale molto bassa (inferiore a .10).

Validità discriminante

Abbiamo confrontato i punteggi medi dell'OQ-45 ottenuti dai due gruppi di soggetti, assumendo che l'OQ-45 fosse in grado di discriminare un soggetto con disturbo psichiatrico da un soggetto normale.

Nella tabella 2 sono riportati i punteggi medi dei due gruppi che, come atteso, si differenziano significativamente (t-test = - 5.93 df = 43.84; Levene test F = 14.37, p < .000); il gruppo dei pazienti ottiene, infatti, un punteggio OQ-45 maggiore del gruppo di studenti.

Tabella 2. Medie e deviazioni standard dell'OQ-45 in un gruppo normativo (N=462) ed in un gruppo clinico (N=41)

	N	MEDIA	SD
STUDENTI	462	55.30	20.27
PAZIENTI	41	81.74	27.89

Validità concorrente

Per quanto riguarda la validità concorrente, abbiamo trovato che sia le sottoscale dell'OQ-45 che il punteggio complessivo risultano significativamente correlati con le scale sintomatologiche utilizzate come criterio (BDI e STAI-Y): i valori di r ottenuti variano da .42 a .81 (vedi Tabella 3).

Tabella 3. Correlazione tra le sottoscale e il totale dell'OQ-45, BDI e STAI-Y

	BDI	STAI-Y1	STAI-Y2
SD	.78	.69	.79
IR	.54	.57	.66
SR	.49	.42	.56
TOTALE OQ-45	.75	.69	.81

Tutte le correlazioni sono significative per $p < .001$.

Validità di costrutto

Abbiamo analizzato la validità di costrutto dello strumento tramite analisi fattoriale confermativa: la bontà di adattamento dei tre modelli fattoriali ipotizzati (tre fattori, due fattori, un fattore) è stata testata prendendo in considerazione, seguendo Hu e Bentler (1999), i seguenti indici di *fit*:

- il rapporto tra il valore del chi-quadro e i gradi di libertà, indice di un'adeguata parametrizzazione, considerato accettabile se compreso tra 1 e 3;
- la versione standardizzata della radice quadrata della media dei residui al quadrato (SRMR), considerata soddisfacente se pari o inferiore a .08;
- il RMSEA, considerato soddisfacente se pari o inferiore a .08;
- il population gamma index o population GFI di Steiger (1989)¹, considerato accettabile se assume valori uguali o superiori a .90.

Come mostra la tabella 4, nessuno dei modelli testati supera tutti i criteri prefissati. Tuttavia, va considerato che la stima dei parametri con ML è sensibile alla distorsione tra la curva di distribuzione delle risposte, assunta normale, e quella osservata nel nostro campione (che non supera il test di normalità multivariato: chi-quadro = 4964.62, $p < .000$).

Nondimeno, il modello a tre fattori presenta gli indici più soddisfacenti; in particolare, gli indici di non centralità (quelli cioè meno sensibili alla funzione di distribuzione delle risposte) si avvicinano alla soglia dell'accettabilità:

¹ È stato utilizzato l'indice di Steiger (1989) invece del più comune GFI di Jöreskog & Sörbom (1996) in quanto è stato dimostrato che, quando i gradi di libertà sono maggiori del numero dei soggetti, quest'ultimo risulta sottostimato.

RMSEA è infatti pari a .076, il po. GFI è .85. Del resto sono presenti, come abbiamo visto, degli item misfitting che, se eliminati, migliorerebbero il fit complessivo del modello; sono stati mantenuti solo perché, come si diceva, il presente lavoro mirava ad esplorare la funzionalità della scala originaria nel contesto italiano.

Tabella 4. Struttura fattoriale della versione italiana dell'OQ-45.2: indici di fit dei tre modelli.

	CHI-QUADRO	DF	CHI-QUADRO/DF	RMSEA	SRMR	Pop. GFI
1) TRE FATTORI	3462.35	942	3.68	.076	.070	.85
2) DUE FATTORI	3828.56	944	4.06	.081	.068	.83
3) UN FATTORE	3965.91	945	4.20	.083	.061	.82

Per quanto concerne il confronto tra le differenti ipotesi sulla dimensionalità della scala, le differenze tra i valori del chi-quadro ci permettono di considerare migliore il modello a tre fattori, in quanto l'aumento dei gradi di libertà comportato dalle restrizioni imposte dagli altri modelli porta ad incrementi significativi nel chi-quadro: differenza tra il modello 1 e il modello 2, chi-quadro = 366.21, $df = 2$, $p < .000$; differenza tra il modello 1 e il modello 3, chi-quadro = 503.56, $df = 3$, $p < .000$; differenza tra il modello 2 e il modello 3, chi-quadro = 137.35, $df = 1$, $p < .000$. Accettiamo per ora con cautela, dunque, la soluzione a tre fattori come quella che si adatta meglio ai dati.

7. Discussione

Per garantire una maggiore confrontabilità dei risultati ottenuti in studi differenti si ritiene ormai importante utilizzare una core battery capace di valutare in modo valido l'outcome della psicoterapia, più che ricorrere a strumenti di esito auto-costruiti o di scarso utilizzo. In tale direzione è importante compiere lavori di adattamento italiano di strumenti nati in altri contesti, per valutarne le proprietà psicometriche e la conseguente utilizzabilità transnazionale. L'OQ-45 è sicuramente uno degli strumenti di outcome più utilizzato nella ricerca in psicoterapia, ma ancora non esistono studi che

lo abbiano adattato al contesto italiano. Il presente contributo si pone come un primo lavoro di adattamento italiano dell'OQ-45.2, attraverso l'analisi delle sue caratteristiche psicometriche. I risultati di questo lavoro iniziale possono considerarsi soddisfacenti e promettenti: l'OQ-45 ha mostrato di avere un'alta coerenza interna, una buona validità concorrente e discriminante. Lo strumento rappresenta quindi una buona misura relativa alla valutazione della sintomatologia psichiatrica dei pazienti che ottengono valori significativamente maggiori del gruppo di studenti incluso in questo lavoro. Tuttavia, si è riscontrato come alcuni items del questionario sembrano essere poco coerenti con la scala complessiva, in particolare quelli relativi all'abuso di alcool o di sostanze e quelli attinenti al comportamento scolastico/lavorativo. Questi items sembrano essere fortemente legati ad una concezione culturale (statunitense) del disagio psicologico, il cui riscontro nel nostro contesto va sempre valutato attentamente.

Relativamente alla validità del costrutto che ha guidato la costruzione originale dello strumento, il nostro lavoro non ha fornito risultati univoci e soddisfacenti. In letteratura sono state finora proposte tre differenti strutture fattoriali del questionario: la prima, come si è detto, prevede tre dimensioni correlate (le sottoscale SD, IR, SR); la seconda, a due fattori, considera la sottoscala di IR e di SR come un'unica dimensione relativa alla valutazione delle proprie relazioni sociali e alla propria capacità di adattamento; la terza, infine, considera l'OQ-45 come espressione di un unico tratto latente di sofferenza psicologica generale. I risultati ottenuti dall'analisi fattoriale confermativa mostrano tuttavia come nessuno dei tre modelli rispetti nel nostro campione tutti i criteri di fit prefissati, anche se il modello trifattoriale ottiene dei valori più soddisfacenti degli altri due. Va rilevato come gli stessi studi fattoriali condotti negli U.S.A. sul questionario non hanno finora fornito risultati univoci (Lambert et al., 1996; Mueller, Lambert, Burlingame, 1998). La grande maggioranza delle ricerche che utilizza l'OQ-45 come misura di esito fa riferimento al solo punteggio complessivo della scala. Se il questionario sia anche un buon indicatore delle relazioni interpersonali e del funzionamento sociale del soggetto è ancora da definire.

A livello metodologico, inoltre, il presente lavoro mostra una limitazione nel calcolo dell'analisi fattoriale: la stima dei parametri utilizzata, ML sulla matrice di varianza-covarianza, è sensibile alla curva di distribuzione assunta

dalle risposte e questa, nel nostro campione, non supera il test di normalità multivariato².

Questa ricerca rappresenta soltanto il primo step di uno studio che sta proseguendo in questi anni, volto alla definizione dei criteri di utilizzo del questionario nel contesto italiano. Per una diffusione dell'OQ-45 nelle ricerche italiane, oltre all'analisi delle caratteristiche psicometriche dello strumento, è importante stabilire il valore in base al quale si determina un cambiamento clinicamente significativo (clinical significant change) in un paziente in seguito alla terapia (Jacobson & Truax, 1991). In base a questo metodo, il cambiamento è considerato significativo quando il punteggio del questionario del paziente passa da un range disfunzionale ad uno funzionale e con un'ampiezza tale che tale cambiamento non sia legato al caso (Reliable Change Index, RCI) (Beckstead et al., 2003). Grazie ad una collaborazione multicentrica nazionale, stiamo raccogliendo un ampio campione di pazienti che possa permetterci di calcolare il cutoff tra campione funzionale e disfunzionale ed il relativo RCI per l'utilizzo dello strumento nel contesto clinico italiano.

Relativamente ai risultati trovati in questo primo lavoro, la conferma delle proprietà psicometriche dell'OQ-45 anche nella realtà italiana, come già avvenuto in numerosi altri Paesi, rende il questionario un ulteriore ed importante strumento nella valutazione dell'outcome nella ricerca in psicoterapia.

² Come suggeriscono Jöreskog e Sörbom (1996), in queste circostanze è più corretto utilizzare un metodo di stima più robusto (ad es. il metodo dei minimi quadrati ponderati – WLS – o una sua derivazione – DWLS –) con la matrice di covarianza asintotica; tale metodo tuttavia non è applicabile al nostro campione in quanto la matrice di covarianza asintotica per essere calcolata richiede una numerosità campionaria che sia almeno pari a $1.5k(k+1)$, dove k è il numero dei parametri del modello da stimare.

Bibliografia

- BARLOW D.H. (1996), *The effectiveness of psychotherapy: Science and policy*, in «Clinical Psychology: Science and Practice», 3, 236-240.
- BECK A. T., STEER R.A., GARBIN M.G. (1988), *Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years later*, in «Clinical Psychology Review», 8, 77-100.
- BECK A.T., WARD C.H., MENDELSON M., MOCK J., ERBAUGH J. (1961), *An inventory for measuring depression*, in «Archives of General Psychiatry», 4, 561-571.
- BECK A.T., EPSTEIN N., BROWN G., STEER R.A. (1988), *An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 56, 893-897.
- BECKSTEAD D.J., HATCH A.L., LAMBERT M.J., EGGETT D.L., GOATES M.K., VERMEERSCH D.A. (2003), *Clinical significance of the Outcome Questionnaire (OQ-45.2)*, in «The Behavior Analyst Today», 4: 79-90.
- CHAMBLESS D.L., HOLLON S.D. (1998), *Defining empirically supported therapies*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 66, 7- 18.
- FROYD J.E., LAMBERT M.J., FROYD, J.D. (1996), *A review of practices of psychotherapy outcome measurement*, in *Journal of Mental Health*, 5, 11-15.
- HILL C.E. & LAMBERT M.J. (2004), *Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes*, in M.J. LAMBERT (Eds.), *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, (5th ed.), Wiley, New York, pp. 84-135.
- HU L., BENTLER P. M. (1999), *Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives*, in «Structural Equation Modeling», 6, 1-55.
- JACOBSON N.S., TRUAX P. (1991), *Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 59, 12-19.
- JÖRESKOG K., SÖRBOM D. (1996), *LISREL 8: User's reference guide*, Scientific Software International, Chicago.
- LAMBERT M.J. (1983), *Introduction to assessment of psychotherapy outcome: Historical perspective and current issues*, in M.J. LAMBERT, E.R. CHRISTENSEN, S.S. DEJULIO (Eds.), *The assessment of psychotherapy outcome*, Wiley, New York, pp. 3 - 32.

- LAMBERT M.J., HILL C. (1994), *Assessing psychotherapy outcomes and processes*, in A.E. BERGIN & S. GARFIELD (Eds.), *The Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, (4th ed.), Wiley, New York, pp. 72-113.
- LAMBERT M.J., HANSEN N.B., UMPHRESS V., LUNNEN K., OKIISHI J., BURLINGAME G., HUEFNER J.C., REISINGER C.W. (1996a), *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ 45.2)*, American Professional Credentialing Services, Wilmington, DL.
- LAMBERT, M. J., BURLINGAME, G. M., UMPHRESS, V. J., HANSEN, N. B., VERMEERSCH, D., CLOUSE, G., & YANCHAR, S. (1996b), *The reliability and validity of the Outcome Questionnaire*, in «Clinical Psychology and Psychotherapy», 3, 106–116.
- LAMBERT M.J., HANSEN N.B., FINCH A.E. (2001), *Client-focused research: Using client outcome data to enhance treatment effects*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 69, 159-172.
- LAMBERT M.J., OGLES B.M. (2004), *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*, in «M.J. LAMBERT, E.R. CHRISTENSEN, S.S. DEJULIO (Eds.), *The assessment of psychotherapy outcome*, Wiley, New York, pp. 139 – 193.
- LO COCO G., PRESTANO C., LAMBERT M.J. (2003), *La ricerca focalizzata sul paziente. Un modello di supporto clinico per il terapeuta*, in «Ricerca in Psicoterapia», 6 (3), 135-149.
- MUELLER R., LAMBERT M.J., BURLINGAME G.M. (1998), *The Outcome Questionnaire: A confirmatory factor analysis*, in «Journal of Personality Assessment», 70, 248-262.
- SPIELBERGER C.D., GORSUCH R.L., LUSHENE R., VAGG P.R., JACOBS G.A. (1983), *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
- VERMEERSCH D.A., LAMBERT M.J., BURLINGAME G.M. (2000), *Outcome Questionnaire: Item sensitivity to change*, in «Journal of Personality Assessment», 74, 242-261.
- WESTEN D (2005), *Lo statuto empirico delle psicoterapie validate empiricamente: assunti, risultati e pubblicazione delle ricerche*, in «Psicoterapia e Scienze Umane», XXXIX, 1, 7-10.

VALUTARE LA PSICOTERAPIA DI COPPIA. TRADIZIONI DI RICERCA A CONFRONTO

Davide Margola, Vittorio Cigoli, Filippo Aschieri

Riassunto

Il contributo propone uno schema di classificazione della ricerca sui trattamenti di coppia a partire da quattro principali tradizioni di indagine, rispettivamente orientate allo studio dell'*efficacia-inefficacia* (ricerca sugli esiti); degli *abbandoni precoci* (ricerca sui dropout); delle *indicazioni* (ricerca sui trattamenti manualizzati); dell'*efficienza* (ricerca sul processo). Le domande a cui ricondurre ciascuna di queste tradizioni sono nell'ordine così formulabili: la terapia di coppia funziona? Cosa anticipa il suo abbandono prematuro? Per chi e per quali disturbi funziona? Più in generale, come funziona la terapia di coppia?

Di ciascuna tradizione vengono mostrati gli scopi sottesi e le principali risultanze ad oggi conseguite, ma anche i limiti, nonché le sfide a cui le varie tradizioni sono sottoposte. Vengono inoltre segnalate le sovrapposizioni della classificazione proposta con altre tassonomie, sia su base empirico-metodologica, sia su base storica.

Chiude la rassegna una panoramica di quelli che attualmente possono essere considerati gli ambiti più promettenti nella valutazione di questo particolare genere di cura. Si tratta di quelle tradizioni rivolte allo studio dei microprocessi in grado di svelare ciò che in letteratura viene alternativamente chiamato *effetto prossimale*, *evento di cambiamento*, *mediatore del cambiamento* oppure, più tradizionalmente, *fattore comune* e, più recentemente, *empirically supported therapy relationship*. Ciò serve a introdurre la metodologia di lavoro del nostro fare ricerca sul tema della relazione di coppia che sarà oggetto di un prossimo contributo.

* Facoltà di Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano.

Gli autori ringraziano Alessandra Martignoni che ha raccolto e schedato molto del materiale bibliografico presente nel contributo.

Parole chiave: psicoterapia di coppia, ricerca sugli esiti, ricerca sui dropout, ricerca sui trattamenti manualizzati, ricerca sul processo.

Summary

The aim of this work is to outline a taxonomy for couples therapy research. The proposed scheme is based on four main empirical traditions, focusing on *efficacy-inefficacy* (outcome research), *early termination* (dropout research), *guidelines* (empirically supported treatments research), and *effectiveness* (process research). Respectively, the questions arising from each tradition are: Does couples therapy work? What is associated with premature termination? For whom and which disorders does it work? More generally, how does couples therapy work?

In this presentation, each of the four traditions is summarized in terms of its essential aims and major empirical evidence to date, as well as the limits and challenges for future research. In addition, potential overlaps of the proposed taxonomy with some other empirically- and historically-based classifications will be presented.

A final overview of promising emerging approaches in evaluating couples therapy will be given, focusing on the study of micro-processes. In this respect, we emphasize the analysis of *proximal effects*, *change events*, *mediators of change* or *common factors* and, more recently, *empirically supported therapy relationships*. This overview offers a framework for our approach to evaluating couples' relationships in the clinical context, an approach on which we will elaborate in a forthcoming article.

Key words: couples therapy, outcome research, dropout research, empirically supported treatments research, process research

1. Introduzione

Negli ultimi vent'anni la ricerca sui *trattamenti di coppia* ha mostrato un significativo incremento malgrado la letteratura scientifica le abbia riservato e le riservi una posizione marginale. Diciamo "marginale" confrontando la ricerca destinata a questo specifico genere di cura con la mole di letteratura dedicata alla *psicoterapia individuale* e a quella *familiare*. In quest'ultimo caso

il divario è evidente persino nei suoi riferimenti più classici (cfr., ad esempio, Gurman e Kniskern, 1981-1991).

Da parte nostra proporremo uno schema di classificazione della ricerca *per aree e per scopi*, consapevoli che non mancano le sovrapposizioni tra le aree individuate e che vi sono alternative a tale tassonomia. Potremmo ad esempio riferirci ad uno schema parallelo, quello della ricerca sui trattamenti individuali, e distinguere tra ricerca sugli esiti (*outcome research*), ricerca sul processo (*process research*) e ricerca sui *microprocessi* (Migone, 1996, 1998). Semplificando, nel primo caso dovremmo rivolgere l'interesse a verificare *se* la psicoterapia di coppia funzioni; nel secondo a stabilire *come* essa agisca sulla base del collegamento tra processo (in itinere) ed esito (finale); nel terzo, infine, a rilevare la presenza di *momenti caratteristici* del trattamento.

Un'alternativa al nostro schema di classificazione è quella che fa riferimento ai metodi empirici impiegati. Da questa angolazione, e coscienti del divario che troppo spesso confina pratica e ricerca in due ambiti separati e asfittici (Bertrando, 1995), avremmo rispettivamente gli studi sperimentali, correlazionali e clinici.¹ Gli *studi sperimentali*, più comunemente noti come *randomized controlled trials* e tipici della ricerca sugli esiti, prevedono il confronto tra gruppo sperimentale (sottoposto a trattamento) e gruppo di controllo (in lista d'attesa, sottoposto a placebo, o sottoposto a trattamento *bona fide*),² così come la possibilità di scomporre le variabili in *dipendenti* e *indipendenti* e di considerare una fase iniziale di non-trattamento (*base-line*).

Dal canto loro gli *studi correlazionali*, tipici della ricerca epidemiologica, si basano sul paradigma statistico-inferenziale e si qualificano nella migliore delle ipotesi come longitudinali *pre/post-test*. A questo livello di ricerca po-

¹ Le strategie di ricerca qui richiamate coincidono di fatto con le metodologie d'indagine proprie della psicologia clinica, nonché della ricerca sociale genericamente intesa. Per un confronto si rimanda alla tassonomia a cinque *taxa* proposta da Ricolfi (1998) (ricerca con matrice dei dati, ricerca logica, computazionale, testuale, etnografica) e alla tassonomia a tre *taxa* proposta da Cardano (2003) (esperimento, simulazione, osservazione).

² Per trattamento "bona fide" si intende un trattamento largamente utilizzato in ambito clinico, con riconosciuta struttura teorica e fondatezza empirica (Wampold, 2001). La sua efficacia rappresenta il termine di paragone per il trattamento sottoposto a sperimentazione che dovrà almeno uguagliare tale efficacia o, meglio ancora, superarla.

tremmo anche includere gli studi meta-analitici dal momento che il calcolo della misura dipendente che esprimono (l'*effect size*) e la ponderazione metrico-campionaria che praticano, riguardano di fatto procedure quantitative.³

Gli *studi clinici*, infine, cercano di porre rimedio ad alcuni dei problemi posti sia dai disegni sperimentali che correlazionali, cercando di coniugare unicità e regolarità dei fenomeni. È quello che la ricerca sul processo terapeutico e buona parte della ricerca sui microprocessi ha tentato di fare. Rientrano negli studi clinici, ad esempio, la *ricerca naturalistico-qualitativa* (Lang, 1993); la *replicazione sistematica di più casi* (Di Nuovo, 1995b); la *ricerca-intervento* (Di Nuovo, 1997); la *ricerca grounded theory* (Burr e Wampler, 1997); la *ricerca relazionale* (Muran, 2002; Cigoli et al., 2003, 2005a, 2005b).

Tale tipo di tripartizione su base empirico-metodologica si scontra col fatto che al metodo sperimentale vengono contestati non pochi problemi di ordine pratico ed etico (Gurman e Kniskern, 1981-1991) e a quello correlazionale, specie se trasversale, problemi di interpretazione dei risultati (Di Nuovo, 1995b). Dal canto suo il metodo clinico è andato invece perfezionandosi nel tentativo di legittimare la sua epistemologia. Per esempio, la ricerca con disegno a caso singolo, alternativamente definita *case study* o *single case research* a seconda che l'approccio sia idiografico o nomotetico, ha sviluppato negli anni metodologie di raccolta ed analisi dei dati rigorose ad oggi comunemente praticate (Kazdin, 1992; Elliott, 2002).

Una classificazione alternativa a quest'ultima può essere quella che considera le specifiche vicende della ricerca sui trattamenti di coppia da un punto di vista storico. A questo livello si è soliti distinguere tre fasi essenziali (Gurman e Fraenkel, 2002). Nella prima di esse (1930-1974) lo scenario è a dir poco improduttivo; gli studi disponibili sono per lo più resoconti descrittivi

³ Com'è noto la procedura meta-analitica accumula studi diversi su uno stesso argomento generando un campione che è fatto di ricerche e non di soggetti. Gli studi che contempla sono in sostanza quelli sperimentali, essendo il calcolo dell'effetto principale il risultato del confronto tra misure sperimentali e misure di controllo. Per un resoconto accurato di questa procedura e dei correttivi metodologici di cui essa dispone, cfr. Cooper e Hedges (1994) e Di Nuovo (1995a). Relativamente ai problemi di attendibilità nella valutazione per misure ripetute pre/post-test, si rinvia invece a Di Nuovo (1998).

(Olson, 1970) e solo pochissimi articoli trattano di processo o di risultati (Gurman, 1973a, 1973b).

La svolta arriva con la seconda fase (1975-1992) che attraverso una serie di rassegne critiche fa luce su alcuni aspetti importanti della psicoterapia di coppia (Gurman e Kniskern, 1978a, 1978b, 1981-1991; Gurman *et al.*, 1986). Viene ad esempio dimostrato che nel caso di difficoltà coniugali la terapia congiunta risulta più efficace del trattamento individuale; che questi risultati si ottengono in tempi relativamente brevi (12-20 sedute); che gli effetti positivi del trattamento superano quelli prodotti dal non-trattamento; che questo tipo di terapia è utile anche nel caso di disturbi attribuibili ad uno solo dei partner (come nel caso della depressione o dell'alcolismo); che i rischi iatrogeni della cura, al pari dei trattamenti individuali, riguardano il 10% circa dei casi.

Infine, la terza fase (dal 1993 ad oggi) consolida i risultati sull'efficacia clinica della terapia di coppia a sostegno di tre principali modelli di intervento: quello cognitivo-comportamentale (*Cognitive-Behavioral Marital Therapy*, C.B.M.T.); quello orientato all'insight (*Insight-Oriented Marital Therapy*, I.O.M.T.); quello focalizzato sulle emozioni (*Emotionally Focused Couples Therapy*, E.F.T.).⁴

Alla luce di queste considerazioni potremmo riarticolare la ricerca in questo settore di studio sulla base dell'incrocio tra le variabili di metodo e le coordinate storiche fin qui discusse. In particolare, sovrapponendo le tassonomie illustrate (esito-processo-microprocessi; studi sperimentali-correlazionali-clinici) con le fasi storiche sopra presentate, otterremmo quattro principali aree, ciascuna caratterizzata dalla necessità di rispondere a domande diverse, ossia indirizzata a scopi specifici.

⁴ Per un'introduzione puntuale a questi modelli di trattamento, cfr. rispettivamente Baucom e Epstein (1990); Snyder *et al.* (1991); Johnson (2003). Tali modelli si impongono a fronte di un panorama dell'intervento clinico di coppia ben più variegato. Per esempio, nel recente volume di Dattilio e Bevilacqua (2000), oltre ai modelli segnalati vengono messi a confronto il modello boweniano, strutturale, strategico, delle relazioni oggettuali, adleriano, dell'imgo, comportamentale integrato, integrato, intersistemico, della risoluzione del conflitto, del potenziamento della relazione, diretto dal cliente e informato sui risultati, a orientamento femminista e narrativo.

Più propriamente potremmo parlare di quattro *tradizioni* di ricerca,⁵ sebbene esse non risultino univoche rispetto ai metodi impiegati (ora sperimentali, ora quantitativi, ora qualitativo-comprensivi) e ai focus di analisi perseguiti (ora il terapeuta, ora la coppia, talvolta la relazione tra coppia e terapeuta). Così, nell'ordine, avremo rispettivamente la tradizione orientata allo studio dell'*efficacia-inefficacia* (esiti), degli *abbandoni precoci* (dropout), delle *indicazioni* (trattamenti manualizzati), dell'*efficienza* (macro e micro-processi).

Come abbiamo sostenuto, ciascuna tradizione risponde a scopi diversi e non sempre univoci. Consideriamole allora una alla volta, mostrandone le caratteristiche principali, le domande sottese e i risultati più significativi ad oggi conseguiti.

2. La ricerca sull'efficacia-inefficacia

Il primo settore di studio, volto essenzialmente alla verifica dei risultati, è quello che più di altri mostra "saturazione" nelle conclusioni a cui giunge e nei problemi che determina. Tra i problemi va innanzitutto ricordata la questione legata alla significatività statistica (*significance*) che ben poco ci dice dell'efficacia dell'intervento e della sua natura (Jacobson *et al.*, 1984). Infatti, il tasso di miglioramento in assenza di trattamento è in genere talmente basso che anche un piccolo cambiamento indotto dall'intervento finisce per risultare significativo (Jacobson e Addis, 1993; Wesley e Waring, 1996). D'altro canto, anche la significatività clinica (*meaningfulness*), se basata esclusivamente sul principio della sintomatologia, rischia di essere decisamente riduttiva (Kazdin, 1999; Beutler, 2000). Altrettanto si può dire per il tentativo di mettere a confronto e gerarchizzare tra loro gli interventi, così come per la pratica

⁵ Diciamo "tradizioni" nel senso epistemologico del termine, richiamando la distinzione tra posizioni *fondazionaliste* sulla scienza (come nel caso popperiano) e posizioni *coerentiste*. Relativamente a queste ultime si è soliti distinguere tra "evoluzione di paradigmi" (Kuhn), "procedimento controinduttivo" (Feyerabend), "elaborazione di programmi empirici" (Lakatos) e, per l'appunto, "sviluppo di tradizioni di ricerca" (Laudan).

di identificare il successo terapeutico con l'aumento della sola soddisfazione coniugale (Gollan e Jacobson, 2002), o con la mera variazione di dimensioni elementari quali le misure comportamentali (Bertrando, 1995).

Limiti a parte, non sono poche le questioni a cui questa prima tradizione di studio ha cercato di dare risposta. Vediamole.

La terapia di coppia funziona? Si tratta in questo caso di stabilire se la terapia di coppia è più utile del non-trattamento. Le evidenze empiriche a favore di questa prima domanda sono ormai numerose e il consenso della comunità scientifica praticamente assoluto (Gollan e Jacobson, 2002; Shadish e Baldwin, 2002; Johnson, 2003; Sprenkle, 2003). Gli studi meta-analitici a disposizione riguardano sia il confronto con trattamenti manualizzati (Shadish *et al.*, 1993, 1995; Pincus e Wynne, 1995), sia il confronto con trattamenti "eclettici" non legati a protocolli di intervento specifici (Shadish *et al.*, 2000).

Quanto è potente il suo effetto? La risposta in questo caso cambia a seconda della prospettiva d'indagine impiegata. Se per esempio la prospettiva è quella meta-analitica, i miglioramenti decretati si attestano intorno al 60-75% dei casi con punteggi medi di *effect size* pari a .80 circa.

Se invece la prospettiva si basa sul considerare quali e quante coppie al termine del trattamento mostrino caratteristiche simili a quelle delle coppie "funzionali", i risultati si fanno più modesti coinvolgendo (solo) il 35-40% dei casi (Jacobson e Addis, 1993; Shadish *et al.*, 1995).

Se infine la prospettiva è quella di verificare la stabilità dei cambiamenti nel tempo, tale stabilità risulta indipendente dagli orientamenti teorici qualora la verifica di follow-up avvenga a 6-9 mesi dalla conclusione del trattamento (Hahlweg e Markman, 1988; Jacobson e Addis, 1993; Shadish *et al.*, 1993). Se valutati a più lunga scadenza (1-4 anni), i differenti approcci mostrano livelli differenziati. In particolare, la stabilità dei cambiamenti indotti dal trattamento risulta maggiore nel caso della terapia orientata all'insight (Snyder *et al.*, 1991) e nel caso della terapia focalizzata sulle emozioni (Johnson *et al.*, 1999; Cloutier *et al.*, 2002). Diverso, e meno incoraggiante, il caso della terapia comportamentale e cognitivo-comportamentale (Dunn e Schwebel, 1995).

Qual è l'efficacia dei vari modelli di intervento destinati alla coppia?
Ad oggi, tutti i principali modelli di intervento (cognitivo-comportamentale,

orientato all'insight, focalizzato sulle emozioni, strategico) hanno dato prova della loro efficacia attraverso numerosi riscontri empirici raccolti in un'ampia letteratura (Alexander *et al.*, 1994; Dunn e Schwebel, 1995; Pincus e Wynne, 1995; Wesley e Waring, 1996; Davidson e Horvath, 1997; Gollan e Jacobson, 2002; Gurman e Fraenkel, 2002; Johnson, 2003), tanto da poter estendere anche alla terapia di coppia il famoso "verdetto di Dodo" formulato da Luborsky e colleghi nel 1975.⁶ In altre parole, così come risultava evidente per i trattamenti individuali, anche per quelli di coppia è oggi possibile affermare una efficacia equivalente tra i diversi modelli di intervento.

Complessivamente risulta però difficile pronunciarsi in via definitiva rispetto all'efficacia dell'uno o dell'altro dei modelli, e questo per ragioni di ordine ideologico e metodologico, oltre che statistico (Jacobson e Addis, 1993).

Dal punto di vista ideologico, la supremazia di un modello è in parte legata all'orientamento teorico, o più propriamente alla cosiddetta *allegiance*, vale a dire la correttezza, di chi fa ricerca: le differenze, infatti, sembrano favorire di frequente il modello sostenuto dagli autori della ricerca medesima.

Dal punto di vista metodologico, oltre a problemi di generalizzabilità dei risultati, appare evidente come le ricerche tendano a misurare gli effetti

⁶ In particolare, nel caso della *terapia comportamentale di coppia*, recenti integrazioni in senso cognitivo-emotivo hanno mostrato una maggiore efficacia rispetto ai modelli di intervento behaviorista tradizionali (Christensen *et al.*, 1995; Jacobson e Christensen, 1996; Dattilio e Bevilacqua, 2000; Jacobson *et al.*, 2000; Christensen *et al.*, 2004).

Anche la *terapia orientata all'insight* ha fornito numerose prove di efficacia. A partire dallo studio classico di Snyder e Wills (1989), la sua superiorità al follow-up rispetto all'intervento comportamentale ha determinato tassi di divorzio decisamente inferiori (3% contro il 38%) (Snyder *et al.*, 1991, 1993).

In riferimento alla *terapia di coppia focalizzata sulle emozioni*, i riscontri meta-analitici evidenziano sia la stabilità dei suoi effetti sul miglioramento della condotta coniugale e della qualità relazionale (Dunn e Schwebel, 1995), sia una maggiore efficacia complessiva rispetto alla terapia comportamentale classica (Johnson *et al.*, 1999).

Infine, ulteriori evidenze, sebbene meno numerose, si hanno nel caso della *terapia strategica di coppia* dimostratasi capace di produrre miglioramenti clinicamente significativi a livello dell'adattamento interpersonale, dei problemi evidenziati e delle abilità di risoluzione del conflitto (Davidson e Horvath, 1997; Keim, 2000).

principali di un trattamento in termini di variabili e costrutti a carico delle coppie coinvolte. Appare però difficile pensare che le complesse influenze di un'esperienza terapeutica possano essere misurate a livello di costrutti singoli, sebbene importanti, come l'adattamento coniugale, o le capacità di *problem-solving* (Cigoli *et al.*, 2005a, 2005b). È infatti possibile che un intervento specifico non influenzi la relazione coniugale in modo altrettanto specifico, ma vada piuttosto a sviluppare delle complesse interazioni tra aspetti affettivi, cognitivi e comportamentali che sfuggono agli strumenti di misura utilizzati (Wesley e Waring, 1996).

Infine, dal punto di vista statistico, la numerosità dei campioni risulta spesso inadeguata e non funzionale ad altri requisiti quali il criterio per la significatività statistica, il livello di potenza e l'effetto dimensione (Kazdin e Bass, 1989; Kazdin, 1992). Lo stesso discorso vale per i campioni cosiddetti "qualitativi"; svincolarsi dal rigore della significatività e del controllo quantitativi non legittima infatti la mancata esplicitazione delle decisioni che hanno determinato il campionamento, dovendone piuttosto mostrare la natura ragionata e progressiva, nonché l'appropriatezza in relazione alla domanda di ricerca e ai risultati conseguiti (Silverman, 2000; Cardano, 2003).

Cosa predice la risposta al trattamento? La ricerca relativa a questo ambito di studio indaga i fattori che facilitano, o ostacolano la buona riuscita di una terapia di coppia. Lo fa esplorando le caratteristiche sociostrutturali, di personalità e di atteggiamento dei clienti e del terapeuta, così come alcune caratteristiche generali del trattamento.

Per esempio, la terapia comportamentale risulta particolarmente efficace con coppie giovani e senza figli (Baucom, 1984; Hahlweg *et al.*, 1984; Bennun, 1985; Hampson *et al.*, 1999), in cui non vi siano livelli di insoddisfazione e disagio particolarmente elevati (Baucom e Mehlman, 1984; Baucom e Hoffman, 1986; Beach e O'Leary, 1992; Snyder *et al.*, 1993). Al contrario, condizionamenti provenienti dagli stereotipi di genere e livelli elevati di dominanza femminile, sembrano influire negativamente sulla positività degli esiti (Baucom e Aiken, 1984), così come sembra essere un ostacolo la presenza di una grave psicopatologia (Sher *et al.*, 1990; Snyder *et al.*, 1993).

Le caratteristiche delle coppie che sembrano influire negativamente sulla terapia comportamentale non mostrano invece effetto alcuno sugli esiti della terapia focalizzata in senso emozionale (Whisman e Jacobson, 1990; Jacobson

e Addis, 1993; Johnson e Talitman, 1997). Tale tipo di intervento risulta efficace anche con coppie a basso reddito e bassa scolarità (Denton *et al.*, 2000; Johnson e Denton, 2002).

Nella terapia orientata all'insight le condizioni per il cambiamento sono praticamente le stesse di quelle identificate nel caso della terapia comportamentale: coppie giovani, grado di disagio non elevato, esistenza di un coinvolgimento emotivo tra i partner (Snyder *et al.*, 1991).

Esistono però delle differenze più favorevoli sul lungo periodo nel caso della terapia orientata all'insight: essa, infatti, mostra tassi di divorzio decisamente inferiori (cfr. nota 6).

Più in generale risultano predittori positivi del cambiamento, o correlano positivamente con esso, variabili quali: la percezione da parte dei clienti che l'approccio terapeutico sia a loro congruente (Hampson *et al.*, 1999); il numero di sedute (Shadish *et al.*, 2000); le qualità manifestate dal terapeuta in termini di comprensione e sensibilità (Kuehl *et al.*, 1990; Sells *et al.*, 1996; Hampson *et al.*, 1999). Sono invece a maggior rischio le situazioni di violenza domestica (Bograd e Mederos, 1999) e quelle inter-razziali (Falicov, 1995; Sluzki, 1998; Zane *et al.*, 2004).

La terapia di coppia è utile per problemi "individuali" attribuibili ad uno solo dei partner? A questo livello gli studi si sono concentrati soprattutto su depressione e disturbi dell'umore, disturbi sessuali, dipendenza da alcol e da sostanze, nonché malattie fisiche croniche.

Va detto che tali studi hanno generato alcune delle forme più note di trattamento manualizzato nel caso della terapia di coppia. Rimandando al successivo paragrafo 3 per puntuali approfondimenti su tali trattamenti, qui diremo soltanto che la presenza in terapia del partner non sintomatico sembra favorire l'adesione del soggetto sintomatico ai compiti assegnati (Barlow *et al.*, 1984; Cobb *et al.*, 1984); la regressione dei comportamenti auto ed eterolesivi (come nel caso dell'alcolismo, cfr. Wakefield *et al.*, 1996; O'Farrell *et al.*, 2004); la riduzione degli abbandoni precoci (Leff *et al.*, 2000); il trattamento dei disturbi da uso di sostanze nel caso specifico delle donne (Lewis *et al.*, 1996; Winters *et al.*, 2002) e più in generale, i costi sociali degli interventi (Fals-Stewart *et al.*, 1997).

3. La ricerca sugli abbandoni precoci

Obiettivo di questo ambito di ricerca è studiare la frequenza, la natura e

le variabili associate al fenomeno dei dropout, con lo scopo di poterli potenzialmente prevenire. In questo caso, il dato che colpisce è relativo al tasso di abbandono tra la prima e la seconda seduta, attestato intorno al 40-55% dei casi. La terapia di coppia avrebbe cioè un primato in negativo se confrontata con quella individuale e familiare.

In generale, il limite principale di questi studi risiede nella definizione operativa stessa di “dropout”,⁷ così come nella mancata verifica di quale sia il punto di vista del cliente sulla questione. Va fatto anche notare che l’attenzione assegnata a questo fenomeno nella produzione scientifica è generalmente scarsa.

Cosa predice il dropout nella terapia di coppia? Il fenomeno dell’interruzione prematura del trattamento è stato affrontato prendendo in considerazione tre ordini di fattori: i fattori legati alle caratteristiche dei clienti (soprattutto nei termini delle caratteristiche sociostrutturali); i fattori legati alla figura del terapeuta (età, genere, razza-etnia, esperienza clinica); i fattori legati al processo terapeutico (come nel caso della concordanza, tra coppia e terapeuta, sulla natura e sulla gravità dei problemi presentati) (Bischoff e

⁷ Nella letteratura sul tema i modi di concepire il dropout sono diversi tra loro. Per esempio: 1) si stabilisce una soglia arbitraria entro la quale far rientrare i casi di abbandono, in genere fissata tra la terza e la decima seduta; 2) è il terapeuta a stabilire se il cliente ha raggiunto gli obiettivi concordati e, in caso negativo, si decreta il dropout; 3) si combinano i primi due criteri, l’uno relativo alla numerosità delle sedute, l’altro alla valutazione da parte del terapeuta; 4) indipendentemente dal numero di sedute effettuate si definisce dropout la situazione in cui il cliente manca ad una seduta concordata. In particolare, il quarto ed ultimo criterio andrebbe applicato alle sole situazioni in cui la presa in carico è avvenuta e ad essa ha fatto seguito un primo colloquio. Così facendo, si discriminano i casi di dropout da quelli più opportunamente qualificabili come “no show”, ossia le situazioni in cui le sedute vengono disertate già dopo il primo colloquio di consultazione (Garfield, 1994).

Le differenti concezioni operative di dropout spiegano non solo le discrepanze tra i risultati di ricerca, ma anche le molte terminologie utilizzate in letteratura per riferirsi a questa particolare forma di esito: *early* o *premature termination*, *attrition*, *retention*, *withdrawing*, *break-offs* sono solo alcuni degli esempi possibili. Peraltro, il quadro si complicherebbe qualora tenessimo conto degli insuccessi cosiddetti “funzionali” nel senso che anche un solo incontro può essere utilizzato dai clienti in modo costruttivo nonostante la scelta di abbandonare il contesto di cura (Piccini e Bavestrello, 1996).

Sprenkle, 1993).

Prendendo in considerazione il primo gruppo di elementi, svariate ricerche hanno messo in evidenza che una certa omogeneità culturale, socioeconomica ed etnica tra coppia e terapeuta tende a ridurre il numero di dropout (Beck e Jones, 1973; Slipp *et al.*, 1974; Slipp e Kressel, 1978; Bischoff e Sprenkle, 1993). Altrettanto si può dire nel caso in cui tra i partner ci sia accordo sulla necessità di intraprendere un percorso di cura, così come nei casi in cui ci siano state precedenti esperienze di trattamento (Slipp *et al.*, 1974; Slipp e Kressel, 1978; Allgood e Crane, 1991). Sono invece dubbi i riscontri che correlano il fenomeno dell'interruzione prematura al numero dei figli (Lefave, 1980; Allgood e Crane, 1991).

Un'ulteriore variabile in grado di incidere sull'investimento nella terapia è rappresentata dalla capacità dei partner di riconoscere la natura relazionale del problema (Slipp e Kressel, 1978; Allgood e Crane, 1991), nonché dalla qualità della vita familiare antecedente al trattamento. Più specificatamente, quest'ultima dimensione ha effetti differenziati su mariti e mogli: essa, infatti, è positivamente correlata alla permanenza dei mariti, mentre lo è negativamente nel caso delle mogli (Kressel e Slipp, 1975; Anderson *et al.*, 1985).

Considerando ora la questione dal punto di vista del terapeuta, sembra che il numero di abbandoni precoci, già dopo la prima seduta, aumenti quando il terapeuta è di sesso maschile (Allgood e Crane, 1991). Da più parti, però, tale riscontro viene minimizzato in funzione dell'effettiva esperienza del clinico, aldilà del fatto che questo sia maschio o femmina (cfr., per esempio, Davis e Dhillon, 1989).

Azioni specifiche del terapeuta in grado di ridurre l'incidenza di interruzioni premature concernono quegli interventi che stimolano l'interazione tra i partner, che si basano su prassi di tipo supportivo, che mirano a ristrutturare i confini del sistema coniugale, che assegnano compiti tra le sedute, che rilevano abilità di fiducia personale e direttività da parte del clinico (Postner *et al.*, 1971; Anderson *et al.*, 1985). Al contrario, commenti riflessivo-interpretativi troppo precoci risultano correlati ad un numero maggiore di abbandoni (Hollis, 1968).

Infine, dal punto di vista processuale, risulta che i dropout sono per lo più connessi a due ordini di fattori, legati rispettivamente all'incongruenza tra le aspettative della coppia e le risposte del terapeuta e, in secondo luogo, al disaccordo tra coppia e terapeuta sulla natura e sulla gravità del problema

presentato.

Relativamente alle aspettative dei clienti va detto che una loro chiara esplicitazione nelle prime fasi della presa in carico è di fondamentale importanza per evitare, ad esempio, di offrire interventi lunghi a coppie che richiedono interventi brevi e centrati sul problema (Pekarik, 1985) o, più in generale, interventi non conformi alle esigenze specifiche dei clienti (Horenstein e Houston, 1976; Crane *et al.*, 1986).

L'accordo relativo alla natura del problema è in parte connesso alla questione precedente, nel senso che l'incapacità del terapeuta di cogliere adeguatamente la visione del cliente sulla situazione depone a favore di un drastico aumento delle probabilità di abbandono prematuro (Slipp *et al.*, 1974; Epperson *et al.*, 1983; Kuehl *et al.*, 1990; Johnson e Talitman, 1997). Lo stesso discorso vale nei casi in cui ad inviare la coppia sia un soggetto istituzionale e, più in generale, nei casi in cui le caratteristiche dell'invio risultino complesse e lontane dalla semplice motivazione alla cura (Pekarik, 1985; Pekarik e Stephenson, 1988).

4. La ricerca sulle indicazioni

L'obiettivo in questo caso è stabilire quali trattamenti siano efficaci per quali disturbi e per quali pazienti. Il metodo per rispondere a tale obiettivo è soprattutto quello sperimentale che però, come già sottolineato in questo contributo, presenta più di un problema ed ovvie ripercussioni sulla validità esterna delle logiche empiriche impiegate.⁸ Tali studi, infatti, hanno ben poco in comune con il mondo reale della pratica clinica e ignorano sistematicamente alcuni aspetti cruciali, tra cui la variabilità-soggettività del terapeuta e tutte quelle situazioni, di fatto la stragrande maggioranza, che non sono

⁸ Com'è noto, validità interna e validità esterna sono tra loro inversamente proporzionali. Aumentando l'una, diminuisce l'altra. In altre parole, più rigoroso è il controllo e la scomposizione delle variabili, minore è la possibilità di generalizzare i risultati della ricerca alla pratica clinica reale. Ulteriore incertezza è rappresentata dalla presunta equivalenza tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo, sia che tale equivalenza venga garantita per assegnazione casuale dei soggetti, oppure per "puntuale" appaiamento (Gurman e Kniskern, 1981-1991; Di Nuovo, 1998).

“mono-sintomatiche” (Sprenkle, 2003).⁹ Eppure la ricerca in questo settore è stata a lungo dominante nel panorama scientifico. Vediamo allora a quale domanda tali studi cercano di dare risposta e quali sono le risultanze ad oggi conseguite.

Per chi e per quali disturbi la terapia di coppia funziona? Ossia, quale trattamento di coppia per quale disturbo di coppia? Il riferimento in questo caso è al movimento di ricerca sui cosiddetti *Empirically Supported Treatments* (E.S.T.) (Aa. Vv., 1998; Chambless e Hollon, 1998; Chambless e Ollendick, 2001). Ricordiamo che perché un trattamento sia considerato empiricamente valido o, per meglio dire, supportato da evidenze empiriche, è necessario che due studi indipendenti randomizzati e controllati ne abbiano dimostrato l'*efficacia*. Se è uno solo lo studio a decretarne la validità, allora il trattamento verrà considerato *possibilmente efficace*. Qualora il confronto sperimentale avvenga con trattamenti alternativi, più che con gruppi in lista d'attesa o sottoposti a placebo, all'etichetta di efficacia si aggiunge quella di *specificità* (due studi) o *possibile specificità* (uno studio).

In tale direzione, risulta efficace e specifica la terapia comportamentale di coppia (Shadish *et al.*, 1993; Dunn e Schwebel, 1995); efficace e di possibile specificità quella focalizzata sulle emozioni (Johnson *et al.*, 1999); infine, solo possibilmente efficace la terapia orientata all'insight (Snyder e Wills, 1989).

È evidente, quindi, che a distinguersi su tutta la linea sono soprattutto le forme di trattamento behavioriste, o comunque quelle rivolte al *problem-solving* e all'apprendimento di strategie di comunicazione. Ciò non stupisce se pensiamo che le terapie comportamentali fanno tutt'uno col credo sperimentale, quasi non risentissero minimamente del clima culturale in merito alle riflessioni epistemologiche, più o meno recenti, sulla *complessità* (seguendo Morin) e sull'*indeterminatezza* (seguendo Heisenberg).

Limiti epistemologici a parte, nel caso della terapia di coppia i disturbi psichici di cui tale filone di ricerca si è occupato riguardano essenzialmente lo

⁹ Ulteriori inconvenienti degli studi sperimentalmente validati (e dei relativi trattamenti) riguardano la confusione logica tra disturbo e sintomo; la contrazione del tempo di cura secondo interessi non clinici, ma piuttosto economico-assistenziali; la convergenza verso pratiche di trattamento univoche; la costrizione per il terapeuta ad abbandonare stili e modelli di riferimento personali (Beutler, 2000; Duncan e Miller, 2000).

stress e il dissidio coniugale (cfr., per esempio, Dimidjian *et al.*, 2002; Shadish e Baldwin, 2002; più dettagliatamente, il sito A.P.A. dedicato agli E.S.T.).¹⁰

A questo riguardo va fatta una precisazione. Perché un trattamento sia considerato a pieno titolo “empirically supported”, gli studi che ne attestano la piena o parziale efficacia e/o specificità devono poterne controllare anche la relativa variabilità d’intervento. In genere, tale condizione è garantita da forme di intervento standardizzate (o manualizzate che dir si voglia) e da popolazioni di soggetti chiaramente delineati dal punto di vista sociostrutturale e sintomatico. Così rigorosamente intesi, sono considerati “empirically supported” solo quei trattamenti destinati alla cura del generico “distress coniugale”.

Altra cosa, invece, è dimostrare l’efficacia di un intervento a prescindere dal fatto che sia manualizzato. A questo livello, gli interventi considerati efficaci sono decisamente più numerosi. E decisamente più numerose del mero “distress coniugale” sono le situazioni cliniche prese in considerazione.¹¹ In questo caso, anziché la dicitura E.S.T., dovremmo utilizzare più opportunamente la dicitura M.A.S.T. (*Meta-Analytically Supported Treatments*), basandosi questi studi su procedure essenzialmente meta-analitiche (cfr. l’Introduzione e il precedente paragrafo 1).

Qui, a titolo di esempio, ricorderemo solo il caso della depressione, condizione psichica per la quale è stata dimostrata la superiorità del trattamento coniugale su quello individuale e farmacologico, nel breve e nel lungo periodo, da più di uno studio supportato, per l’appunto, metanaliticamente (Leff *et al.*, 2000; Beach, 2001; Dessaulles *et al.*, 2003). Viceversa, al momento, non esistono studi E.S.T. che attestino la medesima efficacia.

5. La ricerca sull’efficienza

Come funziona la terapia di coppia? Quest’ultimo quesito può essere efficacemente declinato in funzione del modello di Lambert (1992) sui fattori comuni facendone derivare tre principali focus di indagine: il terapeuta e i

¹⁰ http://www.apa.org/divisions/div12/rev_est/marital.html (consultato il 31/01/2006).

¹¹ Per una rassegna accurata anche dal punto di vista della terapia familiare e non solo coniugale, cfr. Sprenkle (2002).

suoi interventi; la coppia e il suo funzionamento (i clienti); l'interazione tra coppia e terapeuta (Cigoli *et al.*, 2005a).

Focus di indagine a parte, l'obiettivo comune di questa tradizione è la relazione esistente tra esito finale (*distale*) e percorso di cura (*moment-by-moment*) con i suoi esiti prossimali e i suoi momenti cruciali, o acme che dir si voglia. Basti qui ricordare le fasi cliniche di formulazione del problema e degli obiettivi terapeutici; il superamento delle situazioni di crisi dell'alleanza; la gestione della chiusura dell'incontro clinico conclusivo, ma anche seduta per seduta (Cigoli, 2001; Cigoli *et al.*, 2005a).

Per quanto riguarda l'azione del *terapeuta*, è soprattutto la terapia di coppia focalizzata sulle emozioni ad aver generato proficui studi di processo. Bradley e Furrow (2004), ad esempio, hanno individuato quegli interventi del clinico che facilitano la ridefinizione della relazione dei partner. Tra questi indicano l'intensificazione delle risposte emozionali; la ristrutturazione cognitiva, specie in riferimento alle paure e ai bisogni di attaccamento; l'utilizzo di metafore in grado di approfondire l'esperienza emotiva.

Nell'ambito della terapia narrativa di coppia l'attenzione si è invece maggiormente focalizzata sul confronto di due modelli di intervento: *couple-responsible* e *therapist-responsible* (Butler e Wampler, 1999). L'approccio *couple-responsible* si avvicina al metodo educativo-socratico, con l'accomodamento agli stili di interazione e comunicazione dei partner e con una particolare attenzione ai cosiddetti "enactments" (Brimhall *et al.*, 2003; Butler e Gardner, 2003), ossia i momenti di maggiore impegno e coinvolgimento nella relazione tra i partner medesimi. L'approccio *therapist-responsible*, invece, viene a coincidere con l'utilizzo esclusivo del metodo prescrittivo e interpretativo da parte del clinico.

Le ricerche mostrano un relativo accordo sull'importanza e l'efficacia di rendere la coppia protagonista del cambiamento che la riguarda (Patterson e Chamberlain, 1988). Favorendo l'assunzione dell'impegno da parte dei partner (Brimhall *et al.*, 2003), il terapeuta riesce più facilmente ad identificare e a lavorare con le "narrative" problematiche presentate dalla coppia, ottenendo peraltro una diminuzione delle resistenze al trattamento e una diminuzione degli episodi conflittuali (Woolley *et al.*, 2000).

Dal punto di vista della *coppia* e del suo funzionamento le ricerche risultano nel complesso numericamente ridotte, e organizzate attorno ad un'idea di cambiamento inteso ora in senso "continuo", ora "a gradino" (Hoffman,

1981). Tra i fattori che le coppie ritengono utili a fine trattamento, figurano: l'assunzione di nuovi punti di vista (Wark, 1994; Sells *et al.*, 1996); l'acquisizione di nuovi modi di sentire e di esprimersi (Christensen *et al.*, 1998; Bowman e Fine, 2000); la rassicurazione circa la continuità del lavoro attraverso il richiamo a sedute precedenti e ad obiettivi futuri (Wark, 1994; Bowman e Fine, 2000; Helmeke e Sprenkle, 2000); l'assegnazione di compiti a casa (Bischoff e McBride, 1996; Sells *et al.*, 1996).

Le coppie riportano invece come fattori ostacolanti: un terapeuta percepito come sbilanciato, a favore cioè di uno dei due partner (Bowman e Fine, 2000); il mancato riferimento a materiale emotivamente significativo emerso in precedenza (Helmeke e Sprenkle, 2000); una scarsa empatia e attenzione da parte del terapeuta (Johnson *et al.*, 1999).

Le due prospettive fin qui richiamate (il processo di cambiamento secondo il terapeuta e il processo di cambiamento secondo la coppia) trovano una convergenza nello studio della *relazione terapeutica*. A tale riguardo il numero di studi si fa ancor più esiguo, sebbene da lungo tempo e da più parti sembri ormai assunto che è proprio tale dimensione ad influenzare l'esito favorevole o meno della terapia.¹² Quello che è emerso dalle ricerche in questo settore di studi ha permesso di evidenziare quanto segue:

- la qualità dell'alleanza terapeutica incide sia sul risultato rilevato al termine del percorso di cura, sia sulla sua stabilità al follow-up (Pinsof e Catherall, 1986; Johnson e Talitman, 1997);¹³
- l'alleanza si evolve secondo modalità differenti e in tempi differenti del percorso terapeutico in funzione di tipologie specifiche di pazienti (Johnson e Talitman, 1997);

¹² Gurman e Kniskern affermavano già nel 1978 che "stabilire una relazione positiva [...] è quel fattore della terapia familiare e di coppia che ha ricevuto maggiori conferme come un'importante variabile associata ai risultati" (Gurman e Kniskern, 1978b).

¹³ In particolare, Johnson e Talitman (1997) riscontrano che nella rappresentazione dei clienti l'alleanza ha un peso pari al 22% a trattamento ultimato e del 29% al follow-up. Tuttavia, è difficile indicare la direzione della relazione tra alleanza ed esito della terapia: da un lato, la prima potrebbe incidere sul secondo, dall'altro potrebbe essere la percezione di un esito positivo del trattamento a far incrementare i livelli di alleanza percepiti.

- l'alleanza risente di differenze di genere essendo la qualità dei risultati soprattutto associata all'alleanza percepita dalla moglie e alla misura in cui quest'ultima percepisce alleati il terapeuta e il proprio partner (Quinn *et al.*, 1997);
- l'alleanza è supportata dall'impiego di strumenti relazionalmente orientati (Braverman, 1997), in particolare quando essi sono utilizzati in modo diretto e autonomo dalla coppia medesima (Coupland e Serovich, 1999).

6. Conclusioni

Il panorama fin qui tracciato permette di cogliere le linee più promettenti della ricerca sulla psicoterapia di coppia. Ci riferiamo in particolare a quelle tradizioni di studio che pur con nomi diversi, e non necessariamente in seno a questa forma di trattamento, condividono l'impegno congiunto della cura psichica e della verifica empirica relativa al fare terapeutico, svincolandosi dalla mera logica dell'esito-efficacia, della sperimentazione impersonale e dell'aggiustamento statistico.

In questa direzione richiamiamo innanzitutto le prospettive di studio focalizzate sui *fattori comuni*, tornati alla ribalta anche nel caso della terapia di coppia viste le minime differenze di efficacia osservate tra i diversi modelli di intervento (Shadish *et al.*, 1995; Blow e Sprenkle, 2001; Shadish e Baldwin, 2002).¹⁴ Lo dicono anche Sprenkle e Blow (2004), due importanti esponenti della ricerca in ambito familiare, titolando un loro recente lavoro "*Common factors and our sacred models*".

Tra i fattori comuni maggiormente studiati nel caso della terapia di

¹⁴ Ricordiamo che nel caso della terapia individuale, Wampold ha recentemente stimato il peso dei fattori specifici, cioè dei *fattori non comuni*, attribuendogli soltanto l'8% della varianza complessiva (Wampold, 2001). Lambert e Barley (2001) gliene attribuiscono poco di più, cioè il 12-15% circa. Il peso dei *fattori comuni*, viceversa, è decisamente più ingente e trova molteplici conferme, anche indirette. È il caso, ad esempio, delle indagini sugli "early responders", ossia le situazioni cliniche che rispondono precocemente al trattamento prima che qualsiasi sua componente specifica, o per meglio dire *non comune*, venga effettivamente impiegata (Haas *et al.*, 2002).

coppia, segnaliamo:

- le strategie di intervento relazionalmente orientate (per esempio, tradurre i problemi presentati in termini relazionali);
- l'alleanza cosiddetta "multipla" (ossia, con ciascun partner e con la coppia nel suo insieme);
- la pluri-determinazione (vale a dire la possibilità di coinvolgere nel trattamento tutti i principali attori implicati) (Pinsof, 1995; Wampler, 1997; Sprenkle *et al.*, 1999).

Il limite di questa tradizione va fatto risalire ad una concezione del cambiamento *tout court*, incapace cioè di articolare adeguatamente effetti (e/o obiettivi) "prossimali" e "distali", nonché la natura multidimensionale dell'esperienza clinica (Shadish e Baldwin, 2002). In altri termini, viene ignorata la prospettiva delle "piccole porzioni" o, per dirla con Pinsof, della "ricerca progressiva" (Pinsof, 1988; Pinsof e Wynne, 2000). In effetti, i fattori comuni sono più spesso l'esito di articolati processi interpersonali, *progressivi e continui*, e non meccanismi, *stabili e univoci*, del cambiamento (Sexton *et al.*, 2004).

Desideriamo qui evidenziare la presenza di due strategie di ricerca originali, rispettivamente connesse a ciò che in letteratura viene designato come "change events" (Woolley *et al.*, 2000) e "mediators of change" (Beutler, 2000; Beutler *et al.*, 2000), strategie metodologicamente e clinicamente più avanzate, utilizzabili a scopo sia esplorativo, sia confirmatorio.

Nel primo caso, la metodologia in questione sviluppa e articola quella che Greenberg ha riservato alla terapia individuale e all'indagine del paziente (Greenberg, 1984, 1986, 1991). Passando da una prospettiva del cambiamento "intra-client" ad una prospettiva "inter-client", la *Change Events Analysis* contempla sette fasi di lavoro essenziali:

- viene identificato un evento di cambiamento ricorrente, in terapie condotte con successo da clinici esperti (per esempio, i momenti di "enactment", cfr. paragrafo 4);
- viene sviluppata una microteoria del cambiamento in grado di caratterizzare l'evento stesso (per esempio, attraverso il confronto di enactment riusciti ed enactment falliti);

- viene selezionato un sistema di codifica in grado di esplorare il processo implicato per quel che riguarda il funzionamento di coppia e l'azione del terapeuta (ad esempio, nel caso della coppia, il sistema R.C.I.S.S. sviluppato da Gottman [1994] e, nel caso del terapeuta, il sistema F.T.C.S. ideato da Pinsof [1980]);¹⁵
- viene raccolto un congruo campione di eventi a partire da una base-dati ragionata (nel linguaggio della ricerca qualitativa diremmo un *campionamento teorico*, in cui non si campionano soggetti, ma piuttosto comportamenti, esperienze, unità di rilevazione, categorie, sequenze) (Mucchielli, 1996; Seale *et al.*, 2004);
- viene codificato il suddetto campione, tenendo conto di alcuni parametri di verifica (soprattutto nel senso dell'attendibilità intra-giudice e inter-giudici);
- vengono testate le ipotesi di ricerca (siano esse quantitative o qualitative);
- viene ridefinita la teoria di partenza relativamente al cambiamento e alle sue componenti processuali.

A fronte di un lavoro di ricerca piuttosto dispendioso, il merito di questa procedura consiste nella possibilità di ottenere informazioni sequenziali dettagliate, di operare analisi quantitative rigorose, di sostenere replicabilità e ricostruttività dei percorsi di analisi, nonché di favorire un approccio alla valutazione in psicoterapia che sia "grounded theory".

Vantaggi, questi, che sono rintracciabili anche nella seconda alternativa menzionata, quella che fa riferimento ai *mediatori*, o *moderatori*, del cambiamento. Così chiamati usando un'espressione desunta dalla ricerca quantitativa, tali principi si caratterizzano:

- per essere indipendenti dalla teoria, dal modello d'intervento e dai qua-

¹⁵ R.C.I.S.S. e F.T.C.S. sono gli acronimi di *Rapid Couples Interaction Scoring System* e *Family Therapist Coding System*. Non è infrequente che i sistemi di codifica, anziché tratti dalla letteratura, vengano costruiti *ad hoc*. In questo caso, i requisiti minimi di validità dovranno riguardare le seguenti condizioni: massima saturazione del fenomeno con la più bassa numerosità di categorie; loro reciproca distinzione (e mutua esclusione); bassa inferenza; determinazione univoca; trasformabilità in senso parametrico; fondatezza teorica.

dri di riferimento diagnostici (non sono cioè orientati in senso “manual driven” o “diagnosis driven”);

- per prestarsi a svariate condizioni senza che il terapeuta debba abbandonare il proprio stile di lavoro, o il proprio orientamento di paradigma; l’obiettivo infatti è quello di rendere il clinico “flessibile”.

Beutler e colleghi (2000), a partire da un importante studio sulla depressione, ne identificano diciotto, sostenendo che la possibilità di miglioramento e la riduzione del rischio in terapia sono funzioni positive di alcune specifiche condizioni.

Tra i mediatori identificati figurano, ad esempio, la costruzione di nuove abilità in grado di contrastare da subito la distruttività dei sintomi; l’uso della direttività in funzione del grado di resistenza del paziente; un’indagine costante su pulsioni e intenti suicidari; il ricorso a procedure orientate alla relazione e all’insight nel caso dei disturbi di interiorizzazione e a tecniche dirette alla costruzione di abilità e alla riduzione dei sintomi nel caso dei disturbi di esteriorizzazione; l’esplicitazione della probabile durata (ed efficacia) del trattamento; una chiara comprensione da parte del paziente in merito al proprio ruolo; un’attenta documentazione e supervisione del caso. Va sottolineato che per gli autori le tecniche hanno sì un peso nel processo terapeutico, ma a condizione che queste ultime siano in grado di accrescere la capacità di cura della relazione.

A questo punto intendiamo fare riferimento ad un recente modello di ricerca, destinato a diventare tradizione, che si occupa specificatamente di *relazione* e della possibilità di studiarne la natura e la funzione. Ci riferiamo a quell’ambito di studio che va sotto il nome di *Empirically Supported Therapy Relationships* (E.S.T.R.).¹⁶

¹⁶ Se il movimento di ricerca sugli *Empirically Supported Treatments* va fatto risalire alla *Division 12 (Society of Clinical Psychology)* dell’*American Psychological Association* nella persona di Dianne L. Chambless, la task force sugli *Empirically Supported Therapy Relationships* è da attribuire alla *Division 29 (Psychotherapy)* nella persona di John C. Norcross. Aderisco alla medesima task force, tra gli altri, Lorna S. Benjamin, Larry E. Beutler, Michael J. Lambert e David Orlinsky. Per una rassegna puntuale sul tema, cfr. Norcross (2001, 2002); Wampold *et al.* (2002); Shirk e Karver (2003); Mahrer (2005); Norcross *et al.* (2005).

In sintesi; le aree di interesse sviluppate da questa tradizione convergono in tre ambiti di ricerca fondamentali:

- lo studio dei fattori di dimostrata efficacia nella relazione terapeutica (alleanza, empatia, consenso sugli obiettivi, coesione nel caso specifico della terapia di gruppo), o di efficacia probabile e promettente (qualità delle interpretazioni, auto-svelamento, capacità di ricomporre positivamente le crisi dell'alleanza, congruenza, genuinità ecc.);
- lo studio dei fattori in grado di far corrispondere gli interventi del terapeuta alle specifiche caratteristiche dei pazienti così da favorire l'esito del trattamento. È il caso, ad esempio, della direttività confrontata al livello di resistenza manifestato, o della lunghezza/intensità dell'intervento in funzione del grado di danneggiamento funzionale. Incerti, o insufficienti, sono invece i risultati che fanno corrispondere l'esito del trattamento agli stili di coping e di attaccamento, ai disturbi di personalità, alla razza, alla religione, al genere dei clienti;
- una serie di raccomandazioni per il ricercatore, tra cui l'uso di metodologie in grado di esaminare le complesse associazioni/combinazioni tra *interventi discreti e prossimali, caratteristiche non diagnostiche dei clienti ed esiti terapeutici* attraverso metodi qualitativi rigorosi, o disegni correlazionali statisticamente controllati.

Vogliamo qui concludere sostenendo che è proprio da questa linea di ricerca che gli studi sui trattamenti di coppia potranno trarre beneficio. In particolare, il beneficio che ne viene a livello della *metodologia* proviene dalla "change events analysis", mentre il beneficio che ne viene a livello di *atteggiamento* a cui ispirarsi nel fare ricerca proviene dall'indagine sui fattori comuni e sui mediatori del cambiamento.

Crediamo che per quanto riguarda gli ambiti di studio che raccolgono le sfide più importanti, l'analisi dei *processi e microprocessi* nei casi di interruzione prematura o, al contrario, di risposta precoce al trattamento, costituiscano settori di indagine strategici.

Per quanto ci riguarda da tempo abbiamo operato una scelta in favore di una metodologia di lavoro che, attraverso procedure qualitative e quantitative, sonda il *processo terapeutico*, ne individua i momenti caratteristici e

ne studia la precipua connessione con gli esiti finali. Tale connessione, come metterà in luce il nostro prossimo contributo sul tema, è operata in senso sia descrittivo, sia predittivo attraverso la valorizzazione di ciò che rende specifico l'incontro clinico tra coppia e terapeuta.

In questa cornice di lavoro e guidati dall'uso ragionato di griglie di analisi appositamente predisposte, ci proponiamo di rilevare *come, quando e a carico di quali elementi* associare il *cambiamento relazionale* aldilà delle tecniche e della congruenza tra queste ultime e il trattamento di coppia impiegato. Ciò nell'idea di fondo che le diverse forme di intervento e di valutazione possano (e debbano) "dialogare" tra loro. Utilmente.

Bibliografia

- AA.VV. (a cura di) (1998), *Empirically supported psychological therapies*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», special section, 66, pp. 3-167.
- ALEXANDER J.F., HOLTZWORTH-MUNROE A., JAMESON P. (1994), *The process and outcome of marital and family therapy: Research review and evaluation*, in A.E. Bergin, S.L. Garfield (a cura di), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*, 4a ed., Wiley, New York, pp. 595-630.
- ALLGOOD S.M., CRANE D.R. (1991), *Predicting marital therapy dropouts*, in «Journal of Marital and Family Therapy», 17, pp. 73-79.
- ANDERSON S.A., ATILANO R.B., BERGEN L.P., RUSSELL C.S., JURICH A.P. (1985), *Dropping out of marriage and family therapy: Intervention strategies and spouses' perceptions*, in «The American Journal of Family Therapy», 13, pp. 39-54.
- BARLOW D.H., O'BRIEN G.T., LAST C.G. (1984), *Couples treatment of agoraphobia*, in «Behavior Therapy», 15, pp. 51-58.
- BAUCOM D.H. (1984), *The active ingredients of behavioral marital therapy: The effectiveness of problem-solving/communication training, contingency contracting, and their communication*, in K. Hahlweg, N.S. Jacobson (a cura di), *Marital interaction: Analysis and modification*, Guilford Press, New York, pp. 73-88.
- BAUCOM D.H., AIKEN P.A. (1984), *Sex role identity, marital satisfaction, and response to behavioral marital therapy*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 52, pp. 100-107.

- cal Psychology», 52, pp. 438-444.
- BAUCOM D.H., MEHLMAN S.K. (1984), *Predicting marital status following behavioral marital therapy: A comparison of models of marital relationships*, in K. Hahlweg, N.S. Jacobson (a cura di), *Marital interactions: Analysis and modification*, Guilford Press, New York, pp. 89-104.
- BAUCOM D.H., HOFFMAN J.A. (1986), *The effectiveness of marital therapy: Current status and application to the clinical setting*, in N.S. Jacobson, A.S. Gurman (a cura di), *Clinical handbook of marital therapy*, Guilford Press, New York, pp. 597-620.
- BAUCOM D.H., EPSTEIN N. (1990), *Cognitive behavioral marital therapy*, Brunner/Mazel, New York.
- BEACH S.R.H. (2001), *Marital and family process in depression: A scientific foundation for clinical practice*, American Psychological Association Press, Washington DC.
- BEACH S.R.H., O'LEARY K.D. (1992), *Treating depression in the context of marital discord: Outcome and predictors of response of marital therapy vs. cognitive therapy*, in «Behavior Therapy», 23, pp. 507-528.
- BECK D.F., JONES M.A. (1973), *Progress on family problems: A nationwide study of clients' and counselors' view on family agency services*, Family Service Association of America Press, New York.
- BENNUN I. (1985), *Prediction and responsiveness in behavioral marital therapy*, in «Behavioral Psychotherapy», 13, pp. 186-201.
- BERTRANDO P. (1995). *La ricerca in terapia della famiglia: un aggiornamento*, in A.S. Gurman, D.P. Kniskern (a cura di), *Manuale di terapia della famiglia*, Bollati Boringhieri, Torino, pp. 682-706 (ed. or. 1981-1991).
- BEUTLER L.E. (2000), *David and Goliath. When empirical and clinical standards of practice meet*, in «American Psychologist», 55, pp. 997-1007.
- BEUTLER L.E., Clarkin J.F., Bongar B. (2000), *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*, Oxford University Press, New York.
- BISCHOFF R.J., SPRENKLE D.H. (1993), *Dropping out of marriage and family therapy: A critical review of research*, in «Family Process», 32, pp. 353-375.
- BISCHOFF R.J., MCBRIDE A. (1996), *Client perceptions of couples and family therapy*, in «The American Journal of Family Therapy», 24, pp. 117-128.

- BLOW A.J., SPRENKLE D.H. (2001), *Common factors across theories of marriage and family therapy: A modified Delphi study*, in «Journal of Marital and Family Therapy», 27, pp. 385-402.
- BOGRAD M., MEDEROS F. (1999), *Battering and couples therapy: Universal screening and selection of treatment modality*, in «Journal of Marital and Family Therapy», 25, pp. 291-312.
- BOWMAN L., FINE M. (2000), *Client perceptions of couples therapy: Helpful and unhelpful aspects*, in «The American Journal of Family Therapy», 28, pp. 295-310.
- BRADLEY B., FURROW J. L. (2004), *Toward a mini-theory of the blamer softening event: Tracking the moment-by-moment process*, in «Journal of Marital and Family Therapy», 30, pp. 233-246.
- BRAVERMAN S. (1997), *The use of genograms in supervision*, in T.C. Todd, C.L. Stanton (a cura di), *The complete systemic supervisor: Context, philosophy, and pragmatics*, Allyn and Bacon, Boston, pp. 349-362.
- BRIMHALL A.S., GARDNER B.C., HENLINE B.H. (2003), *Enhancing narrative couple therapy process with an enactment scaffolding*, in «Contemporary Family Therapy», 25, pp. 391-414.
- BURR R.G., WAMPLER K.S. (1997), *Emotional processes of marital attachment: A grounded theory*, manoscritto non pubblicato, Texas Tech University Press, Lubbock.
- BUTLER M.H., WAMPLER K.S. (1999), *Couple-responsible therapy process: Positive proximal outcomes*, in «Family Process», 38, pp. 27-54.
- BUTLER M.H., GARDNER B.C. (2003), *Adapting enactments to couple reactivity: Five developmental stages*, in «Journal of Marital and Family Therapy», 29, pp. 311-327.
- CARDANO M. (2003), *Tecniche di ricerca qualitativa. Percorsi di ricerca nelle scienze sociali*, Carocci, Roma.
- CHAMBLESS D.L., HOLLON S.D. (1998), *Defining empirically supported therapies*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 66, pp. 7-18.
- CHAMBLESS D.L., OLLENDICK T.H. (2001), *Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence*, in «Annual Review of Psychology», 52, pp. 685-716.
- CHRISTENSEN A., JACOBSON N.S., BABCOCK J.C. (1995), *Integrative behavioral couple therapy*, in N.S. Jacobson, A.S. Gurman (a cura di), *Clinical*

- handbook of couples therapy*, Guilford Press, New York, pp. 31-64.
- CHRISTENSEN A., RUSSEL C.S., MILLER R.B., PETERSON C.M. (1998), *The process of change in couples therapy: A qualitative investigation*, in «Journal of Marital and Family Therapy», 24, pp. 177-188.
- CHRISTENSEN A., ATKINS D.C., BERNS S., WHEELER J., BAUCOM D., SIMPSON L. (2004), *Traditional vs. integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 72, pp. 176-191.
- CIGOLI V. (2001), *Incontro alla coppia. Lo sguardo tenero e la partecipazione drammatica*, in F.M. Dattilio, L.J. Bevilacqua (a cura di), *Psicoterapia di coppia. Modelli a confronto*, McGraw-Hill, Milano, pp. 23-39 (ed. or. 2000).
- CIGOLI V., GENNARI M., GOZZOLI C., MARGOLA D. (2003), *Curare la relazione di coppia. L'incontro tra pratica clinica e ricerca empirica*, in «Rivista di Psicoterapia Relazionale», 17, pp. 5-30.
- CIGOLI V., GENNARI M., MARGOLA D., MOLGORA S. (2005a), *Terapia di coppia*, in S. Di Nuovo, G. Lo Verso (a cura di), *Come funzionano le psicoterapie*, Franco Angeli, Milano, pp. 141-180.
- CIGOLI V., GENNARI M., GOZZOLI C., MARGOLA D. (2005b), *L'incontro clinico con la coppia. Tra studio di risultanze e analisi del percorso di cura*, in «Interezioni», 23, pp. 53-72.
- CLOUTIER P.F., MANION I.L., WALKER J.G., JOHNSON S.M. (2002), *Emotionally focused interventions for couples with chronically ill children: A two year follow-up*, in «Journal of Marital and Family Therapy», 28, pp. 391-398.
- COBB J., MATHEWS A. M., CHILDS-CLARKE A., BLOWERS C.M. (1984), *The spouse as co-therapist in the treatment of agoraphobia*, in «British Journal of Psychiatry», 144, pp. 282-287.
- COOPER H., HEDGES L.V. (a cura di) (1994), *The handbook of research synthesis*, Russell Sage Foundation, New York.
- COUPLAND S.K., SEROVICH J. M. (1999), *Effects of couples' perceptions of genogram construction on therapeutic alliance and session impact: A growth curve analysis*, in «Contemporary Family Therapy», 21, pp. 551-572.
- CRANE D. R., GRIFFIN W., HILL R. D. (1986), *The influence of therapist skills on client perception of marriage and family therapy outcome: Implications*

- for supervision*, in «Journal of Marital and Family Therapy», 12, pp. 91-96.
- DATTILIO F. M., BEVILACQUA L. J. (a cura di) (2000), *Comparative treatments for relationship dysfunction*, Free Association Books, London; trad. it. (2001), *Psicoterapia di coppia. Modelli a confronto*, McGraw-Hill, Milano.
- DAVIDSON G. N. S., HORVATH A. O. (1997), *Three sessions of brief couples therapy: A clinical trial*, in «Journal of Family Psychology», 11, pp. 422-435.
- DAVIS H., DHILLON A. (1989), *Prediction of early attrition from couple therapy*, in «Psychological Reports», 65, pp. 899-902.
- DENTON W. H., BURLESON B. R., CLARK T. E., RODRIGUEZ C. P., HOBBS B. V. (2000), *A randomized trial of emotion-focused therapy for couples in a training clinic*, in «Journal of Marital and Family Therapy», 26, pp. 65-78.
- DESSAULLES A., JOHNSON S. M., DENTON W. H. (2003), *Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study*, in «The American Journal of Family Therapy», 31, pp. 345-353.
- DI NUOVO S. (1995a), *La meta-analisi*, Borla, Roma.
- DI NUOVO S. (1995b), *I metodi della ricerca in psicologia clinica*, in L. D'Odorico (a cura di), *Sperimentazione e alternative di ricerca. Orientamenti metodologici in psicologia dello sviluppo, sociale e clinica*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 153-210.
- DI NUOVO S. (1997), *Il metodo sperimentale nelle applicazioni psicologiche*, in P. Moderato, F. Rovetto (a cura di), *Psicologo: verso la professione. Dall'esame di Stato al mondo del lavoro*, McGraw-Hill, Milano, pp. 103-118.
- DI NUOVO S. (1998), *La valutazione della psicoterapia: ripensare i metodi*, in S. Di Nuovo, G. Lo Verso, M. Di Blasi, F. Giannone (a cura di), *Valutare le psicoterapie. La ricerca italiana*, Franco Angeli, Milano, pp. 93-104.
- DIMIDJIAN S., MARTELL C., CHRISTENSEN A. (2002), *Integrative behavioral couple therapy*, in A.S. Gurman, N.S. Jacobson (a cura di), *Clinical handbook of couple therapy*, 3a ed., Guilford Press, New York, pp. 251-277.
- DUNCAN B. L., MILLER S. D. (2000), *The heroic client: Doing client directed, outcome-informed therapy*, Jossey-Bass, San Francisco.
- DUNN R. L., SCHWEBEL A. (1995), *Meta-analytic review of marital therapy out-*

- come research, in «Journal of Family Psychology», 9, pp. 58-68.
- ELLIOTT R. (2002), *Hermeneutic single case efficacy design*, in «Psychotherapy Research», 12, pp. 1-22.
- EPPERSON D.L., BUSHWAY D. J., WARMAN R. E. (1983), *Client self-terminations after one counseling session: Effects of problem recognition, counselor gender, and counselor experience*, in «Journal of Counseling Psychology», 30, pp. 307-315.
- FALICOV C. J. (1995), *Cross-cultural marriages*, in N.S. Jacobson, A.S. Gurman (a cura di), *Clinical handbook of couple therapy*, Guilford Press, New York, pp. 231-246.
- FALS-STEWART W., O'FARRELL T. J., BIRCHLER G. R. (1997), *Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: A cost outcomes analysis*, in «Psychological Bulletin», 65, pp. 789-802.
- GARFIELD S. L. (1994), *Research on client variables in psychotherapy*, in A.E. Bergin, S.L. Garfield (a cura di), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*, 4a ed., Wiley, New York, pp. 190-228.
- GOLLAN J. K., JACOBSON N. S. (2002), *Developments in couple therapy research*, in H.A. Liddle, D. Santisteban, R. Levant, J. Bray (a cura di), *Family psychology: Science-based interventions*, American Psychological Association Press, Washington DC, pp. 105-122.
- GOTTMAN J. M. (1994), *What predicts divorce? The relationship between marital processes and outcomes*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale.
- GREENBERG L. S. (1984), *A task analysis of intrapersonal conflict resolution*, in L.N. Rice, L.S. Greenberg (a cura di), *Patterns of change*, Guilford Press, New York, pp. 67-123.
- GREENBERG L. S. (1986), *Change process research*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 54, pp. 4-9.
- GREENBERG L. S. (1991), *Research on the process of change*, in «Psychotherapy Research», 1, pp. 3-16.
- GURMAN A. S. (1973a), *Marital therapy: Emerging trends in research and practice*, in «Family Process», 12, pp. 45-54.
- GURMAN A. S. (1973b), *The effects and effectiveness of marital therapy: A review of outcome research*, in «Family Process», 12, pp. 145-170.
- GURMAN A. S., Kniskern D.P. (1978a), *Deterioration in marital and family therapy: Empirical, clinical and conceptual issues*, in «Family Process», 17,

pp. 3-20.

- GURMAN A. S., KNISKERN D. P. (1978b), *Research on marital and family therapy: Progress, perspective, and prospect*, in A.E. Bergin, S.L. Garfield (a cura di), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*, 2a ed., Wiley, New York, pp. 817-901.
- GURMAN A. S., KNISKERN D. P. (a cura di) (1981-1991), *Handbook of family therapy; Handbook of family therapy vol. II*, Brunner/Mazel, New York; trad. it. (1995), *Manuale di terapia della famiglia*, Bollati Boringhieri, Torino.
- GURMAN A. S., FRAENKEL P. (2002), *The history of couple therapy: A millennial review*, in «Family Process», 41, pp. 195-259.
- GURMAN A. S., KNISKERN D. P., PINSOF W. M. (1986), *Process and outcome research in family and marital therapy*, in A.E. Bergin, S.L. Garfield (a cura di), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*, 3a ed., Wiley, New York, pp. 565-624.
- HAAS E., HILL R., LAMBERT M. J., MORRELL B. (2002), *Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains?*, in «Journal of Clinical Psychology», 58, pp. 1157-1172.
- HAHLWEG K., MARKMAN H. J. (1988), *Effectiveness of behavioral marital therapy: Empirical status of behavioral techniques in preventing and alleviating marital distress*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 56, pp. 440-477.
- HAHLWEG K., SCHINDLER L., REVENSTORF D., BRENGELMANN J. C. (1984), *The Munich marital therapy study*, in K. Hahlweg, N.S. Jacobson (a cura di), *Marital interaction: Analysis and modification*, Guilford Press, New York, pp. 3-26.
- HAMPSON R. B., PRINCE C. C., BEAVERS W. R. (1999), *Marital therapy: Qualities of couples who fare better or worse in treatment*, in «Journal of Marital and Family Therapy», 25, pp. 411-424.
- HELMEKE K. B., SPRENKLE D. H. (2000), *Clients' perceptions of pivotal moments in couples therapy: A qualitative study of change in therapy*, in «Journal of Marital and Family Therapy», 26, pp. 469-484.
- HOFFMAN L. (1981), *Foundations of family therapy: A conceptual framework for system change*, Basic Books, New York.
- HOLLIS F. (1968), *Continuance and discontinuance in marital counseling and*

- some observations on joint interviews*, in «Social Casework», 49, pp. 167-174.
- HORENSTEIN D., HOUSTON B.K. (1976), *The expectation-reality discrepancy and premature termination from psychotherapy*, in «Journal of Clinical Psychology», 32, pp. 373-378.
- JACOBSON N. S., ADDIS M. E. (1993), *Research on couples and couple therapy: What do we know? Where are we going?*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 61, pp. 85-93.
- JACOBSON N. S., CHRISTENSEN A. (1996), *Acceptance and change in couple therapy: A therapist's guide to transforming relationships*, Norton, New York.
- JACOBSON N. S., FOLLETTE W. C., REVENSTORF D. (1984), *Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance*, in «Behavior Therapy», 15, pp. 336-352.
- JACOBSON N. S., CHRISTENSEN A., PRINCE S. E., CORDOVA J., ELDRIDGE K. (2000), *Integrative behavioral couple therapy: An acceptance-based, promising new treatment for couple discord*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 68, pp. 351-355.
- JOHNSON S. M. (2003), *The revolution in couple therapy: A practitioner-scientist perspective*, in «Journal of Marital and Family Therapy», 29, pp. 365-384.
- JOHNSON S. M., TALITMAN E. (1997), *Predictors of outcome in emotionally focused marital therapy*, in «Journal of Marital and Family Therapy», 23, pp. 135-152.
- JOHNSON S. M., DENTON W. (2002), *Emotionally focused couple therapy: Creating secure connections*, in A.S. Gurman, N.S. Jacobson (a cura di), *Clinical handbook of couple therapy*, 3a ed., Guilford Press, New York, pp. 221-250.
- JOHNSON S. M., HUNSELY J., GREENBERG L. S., SCHINDLER D. (1999), *Emotionally focused couple therapy: Status and challenges*, in «Clinical Psychology: Science and Practice», 6, pp. 67-79.
- KAZDIN A. E. (1992), *Research design in clinical psychology*, Allyn and Bacon, Boston; trad. it. (1996), *Metodi di ricerca in psicologia clinica*, Il Mulino, Bologna.
- KAZDIN A. E. (1999), *The meanings and measurement of clinical significance*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 67, pp. 332-339.

- KAZDIN A. E., BASS D. (1989), *Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 57, pp. 138-147.
- KEIM J. (2000), *Strategic therapy*, in F.M. Dattilio, L.J. Bevilacqua (a cura di), *Comparative treatments for relationship dysfunction*, Free Association Books, London, pp. 58-78.
- KRESSEL K., SLIPP S. (1975), *Perception of marriage related to engagement in conjoint therapy*, in «Journal of Marriage and Family Counseling», 1, pp. 367-377.
- KUEHL B. P., NEWFIELD N. A., JOANNING H. (1990), *A client-based description of family therapy*, in «Journal of Family Psychology», 3, pp. 310-321.
- LAMBERT M. J. (1992), *Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists*, in J.C. Norcross, M.R. Goldfried (a cura di), *Handbook of psychotherapy integration*, Basic Books, New York, pp. 94-129.
- LAMBERT M. J., BARLEY D. E. (2001), *Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome*, in «Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training», 38, pp. 357-361.
- LANG M. (1993), *Il progetto di ricerca sulla psicoterapia della Menninger Foundation*, in R.S. Wallerstein (a cura di), *Psicoanalisi e psicoterapia*, Franco Angeli, Milano, pp. 201-232 (ed. or. 1986).
- LEFAVE M. K. (1980), *Correlates of engagement in family therapy*, in «Journal of Marital and Family Therapy», 6, pp. 75-81.
- LEFF J., VEARNALS S., BREWIN C. R., WOLFF G., ALEXANDER B., ASEN E., DAYSON D., JONES E., CHISHOLM D., EVERITT B. (2000), *The London depression intervention trial: Randomised controlled trial of antidepressants vs. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner. Clinical outcome and costs*, in «British Journal of Psychiatry», 177, pp. 95-100.
- LEWIS R. A., HALLER D. L., BRANCH D., INGERSOLL K. S. (1996), *Retention issues involving drug-abusing women in treatment research*, in E.R. Rahdert (a cura di), *Treatment for drug-exposed women and children: Advances in research methodology*, N.I.D.A. Research Monograph 165, National Institute on Drug Abuse, Rockville, pp. 110-122.
- LUBORSKY L., SINGER B., LUBORSKY L. (1975), *Comparative studies of psychothe-*

- rapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"?*, in «Archives of General Psychiatry», 32, pp. 995-1008.
- MAHRER A. R. (2005), *Empirically supported therapies and therapy relationships: What are the serious problems and plausible alternatives?*, in «Journal of Contemporary Psychotherapy», 35, pp. 3-25.
- MIGONE P. (1996), *La ricerca in psicoterapia: storia, principali gruppi di lavoro, stato attuale degli studi sul risultato e sul processo*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», CXX, pp. 182-238.
- MIGONE P. (1998), *I gruppi di lavoro per la ricerca in psicoterapia*, in S. Di Nuovo, G. Lo Verso, M. Di Blasi, F. Giannone (a cura di), *Valutare le psicoterapie. La ricerca italiana*, Franco Angeli, Milano, pp. 52-92.
- MUCCHIELLI A. (a cura di) (1996), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Armand Colin/Masson, Paris; trad. it. (1999), *Dizionario dei metodi qualitativi nelle scienze umane e sociali*, Borla, Roma.
- MURAN J. C. (2002), *A relational approach to understanding change: Plurality and contextualism in a psychotherapy research program*, in «Psychotherapy Research», 12, pp. 113-138.
- NORCROSS J. C. (a cura di) (2001), *Empirically supported therapy relationships: Summary report of the Division 29 Task Force*, in «Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training», special issue, 38, pp. 3-497.
- NORCROSS J. C. (a cura di) (2002), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*, Oxford University Press, New York.
- NORCROSS J. C., BEUTLER L. E., LEVANT R. F. (a cura di) (2005), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*, American Psychological Association Press, Washington DC.
- O'FARRELL T. J., MURPHY C. M., HOOVER S., FALS-STEWART W., MURPHY M. (2004), *Partner violence before and after couples-based alcoholism treatment for male alcoholic patients: The role of treatment involvement and abstinence*, in «Professional Psychology: Research and Practice», 72, pp. 202-217.
- OLSON D.H. (1970), *Marital and family therapy: Integrative review and critique*, in «Journal of Marriage and the Family», 32, pp. 501-538.
- PATTERSON G.R., CHAMBERLAIN P. (1988), *Treatment process: A problem at three*

- levels*, in L.C. Wynne (a cura di), *The state of the art in family therapy research. Controversies and recommendations*, Family Process Press, New York, pp. 189-223.
- PEKARIK G. (1985), *Coping with dropouts*, in «Professional Psychology: Research and Practice», 16, pp. 114-123.
- PEKARIK G., STEPHENSON L. A. (1988), *Adult and child client differences in therapy dropout research*, in «Journal of Clinical Child Psychology», 17, pp. 316-321.
- PICCINI F., BAVESTRELLO D. (a cura di) (1996), *Insuccessi in psicoterapia. Dall'insuccesso nella clinica alla clinica dell'insuccesso. Terapeuti a confronto*, Franco Angeli, Milano.
- PINSOF W. M. (1980), *The Family Therapist Coding System (F.T.C.S.)*, The Family Institute of Chicago Press, Chicago.
- PINSOF W. M. (1988), *Strategies for the study of family therapy process*, in L.C. Wynne (a cura di), *The state of the art in family therapy research. Controversies and recommendations*, Family Process Press, New York, pp. 159-174.
- PINSOF W. M. (1995), *Integrative problem-centered therapy*, Basic Books, New York.
- PINSOF W. M., CATHERALL D. R. (1986), *The integrative psychotherapy alliance: Family, couple, and individual therapy scales*, in «Journal of Marital and Family Therapy», 12, pp. 137-151.
- PINSOF W. M., WYNNE L. C. (1995), *The efficacy of marital and family therapy: An empirical overview, conclusion, and recommendations*, in «Journal of Marital and Family Therapy», 21, pp. 585-613.
- PINSOF W. M., WYNNE L. C. (2000), *Toward progress research: Closing the gap between family therapy practice and research*, in «Journal of Marital and Family Therapy», 26, pp. 1-8.
- POSTNER R. S., GUTTMAN H. A., SIGAL J. J., EPSTEIN N. B., RAKOFF V. M. (1971), *Process and outcome in conjoint family therapy*, in «Family Process», 10, pp. 451-473.
- QUINN W. H., DOTSON D., JORDAN K. (1997), *Dimensions of therapeutic alliance and their associations with outcome in family therapy*, in «Psychotherapy Research», 7, pp. 429-438.
- RICOLFI L. (a cura di) (1998), *La ricerca qualitativa*, Carocci, Roma.

- SEALE C., GOBO G., GUBRIUM J. F., SILVERMAN D. (a cura di) (2004), *Qualitative research practice*, Sage, London.
- SELLS S. P., SMITH T. E., MOON S. (1996), *An ethnographic study of client and therapist perceptions of therapy effectiveness in a university-based training clinic*, in «Journal of Marital and Family Therapy», 22, pp. 321-342.
- SEXTON T. L., RIDLEY C. R., KLEINER A. J. (2004), *Beyond common factors: Multilevel-process models of therapeutic change in marriage and family therapy*, in «Journal of Marital and Family Therapy», 30, pp. 131-149.
- SHADISH W. R., BALDWIN S. A. (2002), *Meta-analysis of MFT interventions*, in D.H. Sprenkle (a cura di), *Effectiveness research in marriage and family therapy*, American Association for Marriage and Family Therapy Press, Alexandria, pp. 339-370.
- SHADISH W. R., RAGSDALE K., GLASER R., MONTGOMERY L. (1995), *The efficacy and effectiveness of marital and family therapy: Perspective from meta-analysis*, in «Journal of Marital and Family Therapy», 21, pp. 345-360.
- SHADISH, W. R., MATT G. E., NAVARRO A. M., PHILLIPS G. (2000), *The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis*, in «Psychological Bulletin», 126, pp. 512-529.
- SHADISH W. R., MONTGOMERY L. M., WILSON P., WILSON M. R., BRIGHT I., OKWUMABUA T. (1993), *Effects of family and marital psychotherapies: A meta-analysis*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 61, pp. 992-1002.
- SHER T. G., BAUCOM D.H., LARUS J. M. (1990), *Communication patterns and response to treatment among depressed and nondepressed maritally distressed couples*, in «Journal of Family Psychology», 4, pp. 63-79.
- SHIRK S. R., KARVER M. (2003), *Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 71, pp. 452-464.
- SILVERMAN D. (2000), *Doing qualitative research. A practical guide*, Sage, London; trad. it. (2002), *Come fare ricerca qualitativa. Una guida pratica*, Carocci, Roma.
- SLIPP S., KRESSEL K. (1978), *Difficulties in family therapy evaluation: I. A comparison of insight vs. problem-solving approaches; II. Design critique and recommendations*, in «Family Process», 17, pp. 409-422.
- SLIPP S., ELLIS S., KRESSEL K. (1974), *Factors associated with engagement in*

- family therapy*, in «Family Process», 13, pp. 413-427.
- SLUZKI C. E. (1998), *Migration and disruption of the social network*, in M. McGoldrick (a cura di), *Revisioning family therapy: Race, culture and gender in clinical practice*, Guilford Press, New York, pp. 295-308.
- SNYDER D. K., WILLS R. M. (1989), *Behavioral vs. insight-oriented marital therapy: Effects on individual and interspousal functioning*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 57, pp. 39-46.
- SNYDER D. K., WILLS R. M., GRADY-FLETCHER A. (1991), *Long-term effectiveness of behavioral vs. insight-oriented marital therapy: A 4-year follow-up study*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 59, pp. 138-141.
- SNYDER D. K., MANGRUM L. F., WILLS R. M. (1993), *Predicting couples' response to marital therapy: A comparison of short- and long-term predictors*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 61, pp. 61-69.
- SPRENKLE D. H. (a cura di). (2002), *Effectiveness research in marriage and family therapy*, American Association for Marriage and Family Therapy Press, Alexandria.
- SPRENKLE D. H. (2003), *Effectiveness research in marriage and family therapy: Introduction*, in «Journal of Marital and Family Therapy», 29, pp. 85-96.
- SPRENKLE D. H., BLOW A. J. (2004), *Common factors and our sacred models*, in «Journal of Marital and Family Therapy», 30, pp. 113-130.
- SPRENKLE D. H., BLOW A. J., MITCHELL H.D. (1999), *Common factors and other non technique variables in marriage and family therapy*, in M.A. Hubble, B.L. Duncan, S.D. Miller (a cura di), *The heart and soul of change: What works in therapy*, American Psychological Association Press, Washington DC, pp. 329-359.
- WAKEFIELD P. J., WILLIAMS R. E., YOST E. B., PATTERSON K. M. (1996), *Couple therapy for alcoholism. A cognitive-behavioral treatment manual*, Guilford Press, New York.
- WAMPLER K. S. (1997), *Systems theory and outpatient mental health treatment: Twelve priorities for MFT research*, relazione presentata alla conferenza inaugurale dell'American Association for Marriage and Family Therapy Research, Santa Fe.
- WAMPOLD B. E. (2001), *The great psychotherapy debate: Models, methods, and*

- findings*, Erlbaum Associates, Hillsdale.
- WAMPOLD B. E., LICHTENBERG J. W., WAEHLER C. A. (2002), *Principles of empirically supported interventions in counseling psychology*, in «Counseling Psychologist», 30, pp. 197-217.
- WARK L. (1994), *Client voice: A study of client couples' and their therapists' perspectives on therapeutic change*, in «Journal of Feminist Family Therapy», 6, pp. 21-39.
- WESLEY S., WARING E. M. (1996), *A critical review of marital therapy outcome research*, in «Canadian Journal of Psychiatry», 41, pp. 421-428.
- WHISMAN M.A., JACOBSON N. S. (1990), *Power, marital satisfaction, and response to marital therapy*, in «Journal of Family Psychology», 4, pp. 202-212.
- WINTERS J., FALS-STEWART W., O'FARRELL T. J., BIRCHLER G. R., KELLEY M. L. (2002), *Behavioral couples therapy for female substance-abusing patients: Effects on substance use and relationship adjustment*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 70, pp. 344-355.
- WOOLLEY S. R., BUTLER M. H., WAMPLER K. S. (2000), *Unraveling change in therapy: Three different process research methodologies*, in «The American Journal of Family Therapy», 28, pp. 311-327.
- ZANE N., NAGAYAMA HALL G. C., SUE S., YOUNG K., NUNEZ J. (2004), *Research on psychotherapy with culturally diverse populations*, in M.J. Lambert (a cura di), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5a ed., Wiley, New York, pp. 767-804.

CHE COSA CHIEDONO I CLINICI ALLA RICERCA? ATTEGGIAMENTI E OPINIONI DI PSICOLOGI CLINICI E STUDENTI DI PSICOLOGIA¹

*Franco Del Corno**, *Marisa Giorgetti***,
*Margherita Lang, Isabella Pessa, M. Letizia Pullini****

Riassunto

Obiettivo: è stato costruito un questionario per indagare atteggiamenti e opinioni che psicologi clinici e studenti di psicologia hanno nei confronti della ricerca in psicologia clinica.

Metodi: il campione è di 694 psicologi clinici e 253 studenti di psicologia, frequentanti l'ultimo anno della laurea quinquennale. Il questionario somministrato verte su tre aree della ricerca in psicologia clinica: l'atteggiamento verso la ricerca, il giudizio/valutazione su vari ambiti di ricerca, le opinioni su enunciati relativi alla ricerca clinica. L'analisi statistica, per entrambi i campioni, riguarda le frequenze di risposta e le rispettive percentuali per ciascun item relativo alle prime due aree indagate. Alle risposte alla terza area di indagine è stata applicata l'analisi fattoriale per componenti principali al fine di individuare i fattori sottesi alle valutazioni espresse.

Risultati: Sia nei professionisti che negli studenti emerge una dicotomia tra scienza e pratica: entrambi preferiscono utilizzare i risultati della ricerca piuttosto che svolgerla in prima persona. Emerge una certa difficoltà nei confronti delle elaborazioni statistiche.

Vengono fornite indicazioni sulle aree di ricerca clinica di maggiore interesse per i professionisti, ma vengono anche rilevati ambiti di ricerca sui quali sia gli studenti che i clinici dimostrano scarsa conoscenza.

¹ La ricerca è stata resa possibile anche grazie al contributo dell'ARP (Associazione per la Ricerca in Psicologia clinica)

* Università della Val d'Aosta

** Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano

*** Università degli studi Milano Bicocca

Conclusioni: Dall'analisi dei risultati sembra che la dicotomia tra ricerca e clinica potrebbe essere superata: entrambi i campioni ritengono che l'integrazione tra attività di ricerca e attività clinica possa avvenire sul piano della formazione, soprattutto negli anni della preparazione universitaria.

Parole chiave:

1. Ricerca clinica
2. Relazione professionista-ricercatore
3. Studenti di psicologia
4. Atteggiamento verso la ricerca
5. Analisi statistica

Abstract

Target: a questionnaire was prepared to investigate attitudes and opinions which clinical psychologists and psychology students have towards clinical psychology research.

Methods: the sample consists of 694 clinical psychologists and 253 psychology students, attending the last year of the 5-year degree. The questionnaire deals with three areas of clinical psychology research – attitude towards research, judgment/evaluation on the various fields of research, opinions on statements concerning clinical research. For both samples the statistical analysis covers the frequency of reply and the relevant percentages for each item of the first two investigated areas. To the answers to the third investigation area the factorial analysis by main components was applied so as to detect the implied factors of the evaluations expressed.

Results: Both with professionals and with students a dichotomy between science and practice comes out: both groups prefer to use the results of research rather than making it personally. A certain difficulty towards statistical processing appears.

Indications on the areas of clinical research of primary interest for professionals are given, but at the same time fields of research are detected, of which both students and psychologists seem to have a scarce knowledge.

Conclusions: From an analysis of the results it appears that the dichotomy between research and clinical science could be overcome: both sam-

ples believe that an integration between research activity and clinical science may be performed at educational level, most during university years.

Keywords:

1. Clinical research
2. Scientist-practitioner relationship
3. Psychology students
4. Attitude towards research
5. Statistic analysis

1. Introduzione

Il presente contributo si propone di descrivere un questionario costruito per indagare gli atteggiamenti e le opinioni che un campione di psicologi clinici e un campione di studenti hanno nei confronti della ricerca in psicologia clinica. Lo strumento e i risultati ottenuti dalla sua somministrazione, al solo campione dei clinici, sono stati presentati al congresso S.P.R. “*La ricerca fa bene alla clinica*” (Milano, 20-23 Novembre 2003), all’interno dell’intervento di F. Del Corno e M. Lang: “*Che cosa chiedono i clinici alla ricerca? Primi risultati di un’indagine fra professionisti pubblici e privati*”.

2. Studi precedenti

Finora, in letteratura, l’atteggiamento dei clinici verso la ricerca è stato poco indagato. Tra gli studi che si sono occupati dell’argomento, è possibile distinguere tre aree: (1) studi generali, (2) strumenti, (3) riflessioni sui metodi più efficaci per diffondere l’interesse per la ricerca.

- 1) Nell’area degli *studi generali*, la visione prevalente è quella secondo cui la professione dello psicologo clinico dovrebbe basarsi sul modello *scientist-practitioner*. Il termine, secondo Barlow (Barlow *et al.* 1984, p.XI), si riferisce a quei clinici o professionisti “che non solo aiutano le persone a risolvere i loro problemi, grazie alle conoscenze sviluppate nell’ambito della loro professione, ma contribuiscono anche ad accrescere il loro patrimonio di conoscenze collettivo, perfezionando in questo modo la

loro pratica”. Nell’ambito di questo modello, sono stati condotti alcuni studi, tra i quali è interessante citare quello di Pfeiffer *et al.* (1992), che si proponeva di indagare gli atteggiamenti di psicologi, psichiatri e assistenti sociali verso la ricerca in psicologia clinica; i risultati dimostrano che, secondo il parere dei soggetti esaminati, non è possibile svolgere contemporaneamente il lavoro di clinico e di ricercatore. Inoltre, nello svolgimento della loro attività lavorativa, questi professionisti non mettono in pratica le loro abilità per fare ricerca, al contrario di quanto proposto dal modello *scientist-practitioner*. Altri studi si sono proposti di esaminare l’interesse degli psicologi per la ricerca in psicologia clinica. Tackett (1998), ad esempio, ha preso in considerazione un campione costituito da membri dell’*American Psychological Association* che operavano sia in agenzie pubbliche, sia in regime di *managed care*. I risultati hanno rilevato che entrambi i gruppi manifestavano uno scarso interesse per la ricerca clinica e valutavano insufficiente la comunicazione tra ricercatori e clinici.

- 2) Nell’ambito degli *strumenti* presenti in letteratura sugli atteggiamenti dei clinici verso la ricerca negli anni ’90, in ambito statunitense sono stati costruiti alcuni questionari. Tra questi ne abbiamo selezionati alcuni, in funzione delle aree e delle dimensioni maggiormente pertinenti con i nostri intenti conoscitivi e da essi abbiamo mutuato alcuni items del nostro questionario.

Il *Research Instruction Outcomes Tool (RIOT)* (Szymanski *et al.*, 1998) è uno strumento costituito da 13 items (scala likert a 5 passi da 1=disaccordo, a 5=accordo), organizzati in 3 dimensioni: *ansia per la ricerca*, *utilità della ricerca* e *fiducia nella capacità di fare ricerca*. Si propone di verificare l’effetto che i corsi di perfezionamento in metodologia della ricerca producono nelle tre dimensioni indicate.

Il *Research Training Environment Scale – Revised Short Form (RTES-R-S)* (Kahn, Miller, 2000) è una versione breve dello strumento costruito da Gelso *et al.* (1991), denominato *Research Training Environment Scale (RTES)* e successivamente revisionato da Gelso *et al.* (1996; *The Revised Research Training Environment Scale - RTES-R*). La versione originale della *Research Training Environment Scale (RTES)* di Gelso (Gelso *et al.*

1991) è stata ideata dagli autori con lo scopo di valutare la percezione che gli studenti hanno del *Research Training Environment*². La versione breve di Kahn e Miller (2000) è costituita da 18 items (scala likert a 5 passi da 1=disaccordo, a 5=accordo), organizzati in 9 dimensioni che vertono sia sulla percezione personale, quando si è coinvolti in un percorso formativo di ricerca, sia su tematiche di più ampio respiro quali, ad esempio, *la scienza come un'esperienza sociale, differenti stili di ricerca, attualità della statistica*.

Il *The Scientist-Practitioner Inventory for Psychologist (SPI)* (Leong, Zachar, 1991) si propone di rilevare gli interessi e l'orientamento professionale degli studenti di psicologia e, in particolare, in quale misura ciascun soggetto sia interessato alle attività pratiche legate al ruolo dello *scientist*, piuttosto che ad attività pratiche legate al ruolo del *practitioner*. Costituito da 42 items (scala Likert a 5 passi da 1=poco interessato, a 5= molto interessato), organizzati in 2 fattori (*scientist* e *practitioner*) e 7 dimensioni complessive. Per il primo fattore, le dimensioni considerate sono: *l'attività di ricerca, la statistica e i progetti, l'insegnare/guidare/curare le pubblicazioni e il formulare e scrivere teorie sui processi psicologici*. Il secondo fattore – *practitioner* – è costituito, invece, da dimensioni relative a tre declinazioni del lavoro clinico, quali *l'attività di terapeuta, di clinico/consulente, e infine di diagnosta e testista*.

- 3) La *terza area* riguarda le riflessioni sui metodi più efficaci per diffondere l'interesse per la ricerca. Fra le indicazioni più rilevanti presenti in letteratura ricordiamo il già citato concetto di *Research Training Environment* (Gelso, 1993). Gli studi condotti su un campione di studenti frequentanti dottorati di ricerca in psicologia clinica, scolastica e counseling (Gelso, 1979, 1993) hanno evidenziato che la percezione che gli studenti hanno del *Research Training Environment* è correlata positivamente sia con

² Gelso (1993), definisce il *Research Training Environment (RTE)* come: “Tutti quegli sforzi, nell'ambito dei programmi di formazione per laureati (...), che riflettono le attitudini verso la ricerca e la scienza”.

l'atteggiamento verso la ricerca, che con l'autoefficacia nelle attività di ricerca, mentre non è significativamente correlata con l'interesse a svolgere attività clinica, l'autostima e la personalità. Studi successivi (Royalty, Reising, 1986; Phillips, Russell, 1994; Szymanski *et al.*, 1994, 1998; Schaller, Parker, 1997) hanno ampiamente confermato questi risultati e sottolineato che l'appartenenza a un ambiente di studio e di formazione orientato alla ricerca produce nei futuri professionisti una maggiore disponibilità (e minori paure e resistenze) ad assumere il ruolo di *scientist*, accanto a quello di *practitioner*. Più recentemente, e sempre negli Stati Uniti, il tema dell'insufficiente motivazione dei clinici a svolgere anche attività di ricerca (con perniciose ricadute non solo sullo sviluppo della conoscenza scientifica ma anche sulla qualità delle cure) è stato trattato ripetutamente a proposito degli psichiatri. Hudziak (2005), ad esempio, in un intervento al meeting dell'*American Psychopathological Association* del 2003, ha segnalato il fenomeno e ha indicato la necessità che un training specificamente dedicato alla ricerca venga incluso obbligatoriamente nei programmi di formazione di tutti gli psichiatri.

3. La ricerca

Metodo

Il contributo di ricerca qui presentato ha coinvolto, a livello nazionale, un campione di 694 psicologi clinici e un campione di 253 studenti di psicologia, frequentanti l'ultimo anno del corso di laurea quinquennale. Ad entrambi i campioni è stato somministrato il questionario presentato nell'appendice di questo articolo. Nella versione somministrata agli studenti sono state ovviamente omesse le domande relative alla pratica professionale, alle quali non avrebbero potuto rispondere in quanto non ancora inseriti in un qualsivoglia ambito lavorativo.

Nell'esporre i risultati si terranno distinti i risultati acquisiti, dal momento che i campioni appartengono a popolazioni con caratteristiche diverse.

Strumento

Come abbiamo già detto, il questionario è stato realizzato a partire dagli studi e dagli strumenti descritti sopra.

In particolare, sono state scelte tre aree di interesse, per ciascuna delle quali sono stati individuati degli item. Le aree considerate sono:

- 1) Atteggiamento verso l'attività di ricerca;
- 2) Giudizio/valutazione su vari ambiti di ricerca;
- 3) Opinioni su enunciati relativi alla ricerca clinica.

La **prima area**, relativa all'**atteggiamento** dei clinici **verso l'attività di ricerca**, è composta da 10 item, che si propongono di analizzare:

- Interesse, disponibilità e aspettative dei clinici per l'attività di ricerca (item 1, a scelta multipla; item 2 e item 9, rilevati su una scala likert a 4 passi);
- Rilevanza dei dati di ricerca per l'attività clinica (item 3, 4, 5, 6, 7, 8, scala likert a 4 passi);
- Forme e contenuti delle comunicazioni scientifiche che favoriscono oppure ostacolano l'interesse dei clinici (item 10, a scelta multipla).

Relativamente a questa area, la versione per il campione degli studenti non prevede l'item 1 –posizione assunta dai soggetti alla richiesta di partecipare a un progetto di ricerca – e l'item 4, relativo alla rilevanza della ricerca nella pratica clinica.

La **seconda area** si propone di indagare il **giudizio** che i clinici hanno su 10 diversi **ambiti di ricerca** (item 11). Tali ambiti sono stati scelti sulla base delle frequenze dei lavori citati in PsycINFO, Medline, Medscape negli ultimi quattro anni. Più precisamente, per ciascun ambito di ricerca sono state previste cinque possibilità di risposta, graduate rispetto alla frequenza e alla significatività attribuita ai risultati di ricerca per quello specifico ambito.

La **terza area**, infine, esamina le **opinioni** dei clinici su 12 **enunciati relativi alla ricerca** (scala likert a 4 passi, da 1=massimo disaccordo, a 4=massimo accordo). Più precisamente, questa area si prefigge di indagare quali siano le idee sul *fare ricerca* in ambito clinico presenti ed attive nella mente dei soggetti dei due diversi campioni. Gli enunciati sono stati formulati considerando il concetto di *ricerca* come l'insieme delle credenze che definiscono l'oggetto del conoscere e le modalità attraverso le quali attivare un processo di conoscenza in ambito clinico. In particolare, sono state considerate come

dimensioni rilevanti l'approccio quantitativo *vs.* qualitativo, la finalità di spiegare *vs.* comprendere, e infine il ruolo dei modelli interpretativi teorici *vs.* empirici. I 12 item sono la sintesi di un'alta numerosità di enunciati iniziale, che è stata via via testata e verificata in gruppi di discussione con psicologi clinici e studenti.

Lo strumento così composto è accompagnato da una scheda preliminare, relativa ai **dati anagrafici** e al percorso formativo dei soggetti. Attraverso tale scheda sono raccolte, per il solo campione dei clinici, informazioni relative:

- All'attività professionale svolta;
- All'approccio teorico di riferimento;
- All'essere dipendente di un servizio pubblico o essere professionista privato;
- Alle attività di insegnamento e di ricerca.

Al fine di verificare la comprensibilità e la leggibilità degli item, una volta ultimata la costruzione del questionario, è stata eseguita una somministrazione di prova a un gruppo di 50 clinici che svolgono la loro attività professionale prevalentemente nel Nord Italia. In base ai risultati pervenuti, sono stati riformulati gli item dubbi e sono state introdotte alcune precisazioni per rendere meno ambigua la compilazione. È stata quindi messa a punto la versione definitiva del questionario utilizzato per gli scopi della presente ricerca.

Caratteristiche del campione

Psicologi clinici - Nella tabella 1 sono indicate le caratteristiche socio-anagrafiche relative ai 694 psicologi clinici. Come si può osservare, il campione è costituito da professionisti di entrambi i sessi con una forte prevalenza per il genere femminile (N=507 pari al 73%), residenti nel Nord (71%), Centro (20%) e Sud Italia (9%), prevalentemente di età compresa tra i 31-45 anni (40%). Il 65% (N=444) dei soggetti ha acquisito una laurea in psicologia e il 58% (N=394) ha conseguito una specializzazione in psicoterapia. Il 72% dei professionisti svolge attività di psicoterapia, prevalentemente presso uno studio professionale privato (43%), con un approccio teorico di tipo psicoanalitico (48%) individuale (61%), a un'utenza di adulti (44%) o di adulti e adolescenti (34%).

Tabella 1. Caratteristiche del campione degli psicologi clinici

Caratteristiche		Frequenza	%
Genere	Femmine	507	73.2
	Maschi	186	26.8
Età	25-30 Anni	186	27.5
	31-45 Anni	269	39.7
	46-60 Anni	181	26.7
	Oltre 61	41	6.1
Area geografica	Nord	491	71.2
	Centro	137	19.9
	Sud	62	9.0
Laurea	Psicologi	444	65.1
	Medicina	167	24.5
	Lettere/filosofia	61	8.9
	Altra	10	1.5
Specializzazione	Psichiatria	123	18.1
	Psicologia clinica	57	8.4
	Psicoterapia	394	58.1
	Psichiatria psicoterapia	35	5.2
	Nessuna	69	10.2
Svolge attività di psicoterapia	Sì	524	76.2
	No	164	23.8
Di che tipo	Individuale	304	58.5
	Individuale/coppia	102	19.6
	Individuale/gruppo	71	13.7
	Coppia e famiglia	8	1.5
	Gruppo	3	0.6
	Altro	32	6.2
A chi è rivolta	Adulti	219	42.9
	Adolescenti	9	1.8
	Adulti/adolescenti	173	33.9
	Bambini	20	3.9
	Adulti/bambini	18	3.5
	Bambini/adolescenti	18	3.5
	Altro	54	10.6
Approccio teorico di riferimento	Psicoterapie psicoanalitiche	316	48.5
	Psicoterapie comportamentali e Cognitivo/comportamentali	126	19.3
	Psicoterapie strategiche e sistemiche	114	17.5
	Psicoterapie umanistico/esistenziali	42	6.4
	Altro	54	8.3
Svolge la propria attività professionale presso	Studio professionale privato	278	43.4
	Servizio pubblico	211	32.9
	Struttura privata accreditata	89	13.9
	Struttura pubblica e privata	63	9.8
Svolge attività di ricerca	Sì	246	35.7
	No	443	64.3
Frequenza con la quale si Svolge attività di ricerca	Regolare	152	61.3
	Sporadica	96	38.7
Attività di ricerca svolta Presso un'istituzione	Pubblica	131	53.9
	Privata	99	40.7
	Pubblica e privata	13	5.3

Solamente il 36% (N=246) dei professionisti svolge, al momento dell'indagine, attività di ricerca: tra questi, la maggior parte presso un ente pubblico (54%) con una frequenza regolare (61%).

Studenti - L'indagine ha coinvolto complessivamente 253 studenti frequentanti il corso di laurea di psicologia, 173 dei quali (pari al 70%) iscritti al quinto anno - solamente 73 soggetti (pari al rimanente 30%) risultano fuori corso - di età compresa tra i 21 e 30 anni (età media=24 anni; d.s.=1.9). Il campione è prevalentemente di genere femminile (219 in valore assoluto, pari all'87%); dai dati disponibili le femmine (197 in valore assoluto) hanno un'età media di 24 anni (d.s.=1.7), di poco inferiore all'età media dei maschi (26 anni; d.s.=2.5), che risultano essere in valore assoluto solamente 33 soggetti (vedi Tab. 2 e 3).

Tabella 2. Caratteristiche del campione degli studenti

Età	Numerosità	Min.	Max.	Media	D.S.
Maschi	33	22	30	26	2.5
Femmine	197	21	30	24	1.7

Tabella 3. Caratteristiche del campione degli studenti

Caratteristiche		Frequenza	%
Genere	Femmine	219	87
	Maschi	34	13
Area geografica	Nord	151	60
	Centro	54	21
	Sud	46	18

Il 60% degli studenti è residente nel Nord, il 21% nel Centro e il 18% nel Sud Italia. La distribuzione congiunta tra genere e area di provenienza non ha fatto riscontrare differenze significative.

4. Analisi dei dati

Partendo dai dati ottenuti dalla somministrazione del questionario, sono state esaminate, per entrambi i campioni, le frequenze di risposta e le rispettive percentuali per ciascun item relativo alle prime due aree indagate: l'atteggiamento verso l'attività di ricerca e il giudizio sugli ambiti di ricerca. Alle risposte fornite alla terza area d'indagine è stata applicata l'analisi fattoriale per componenti principali per individuare i fattori sottesi alle valutazioni espresse.

1) Atteggiamento verso l'attività di ricerca

Psicologi clinici - Dai risultati relativi alla prima area di indagine – interesse, disponibilità e aspettative dei clinici per l'attività di ricerca: item 1, 2 e 9 – emerge che, tendenzialmente, i clinici non *rifutano immediatamente* di partecipare a un progetto di ricerca: infatti, la percentuale per questa modalità di risposta è estremamente esigua e pari al 6% (41 soggetti in valore assoluto). A fronte di un 17% (118 soggetti) che esprime un interesse esplicito per un progetto di ricerca su un tema coerente con la propria professione, il 77% (pari a 533) dei professionisti, invece, *chiede tempo per decidere* se accettare o meno (vedi Tab.4). Tale decisione viene presa principalmente in base all'importanza e alla serietà del progetto di ricerca (66%, pari a una numerosità di 354 soggetti); motivazione, questa, che pare associarsi all'affidabilità dei colleghi che partecipano al progetto (55%; 296 in valore assoluto). In particolare, proprio per questa motivazione, il sottocampione si distribuisce in modo di poco superiore alla mediana, mostrando un'attenzione specifica proprio a chi propone e prende parte al progetto, più ancora che dare credito, per esempio, al parere dei colleghi (34%; 179 in valore assoluto). Percentuali minime si riscontrano per la scelta di consultare la letteratura su temi affini al progetto di ricerca (28%) o/e il consultare amici e conoscenti (4%).

Tabella 4. Frequenze e percentuali delle risposte fornite all'item 1

Se le viene chiesto di partecipare a un progetto di ricerca su un tema coerente con la sua professione, di solito:	Frequenza	%
Accetta immediatamente	118	17.1
Rifiuta immediatamente	41	5.9
Chiede tempo per decidere	533	77.0

Ai soggetti che si sono dichiarati decisamente a favore o contrari alla partecipazione a un progetto di ricerca è stato fornito un ventaglio di risposte possibili da scegliere per motivare la propria posizione in un senso o nell'altro. I dati ottenuti mostrano che, per il sottogruppo dei partecipanti, le motivazioni maggiori sono da attribuirsi a un reale interesse per il lavoro di ricerca (96%, pari a 113 soggetti); motivazione, questa, scelta singolarmente o associata a motivi di prestigio/carriera (23%, pari a 27 soggetti) o/e per ritorni economici (14%, a pari a 16 soggetti). Per l'esiguo numero dei soggetti (41 in valore assoluto) che esprime un immediato rifiuto, la motivazione principale è esclusivamente lo scarso interesse per questo tipo di attività.

Complessivamente, alla richiesta di esprimere il grado di interesse verso una serie di condotte variamente associate all'informarsi e all'aggiornarsi attraverso gli esiti e gli sviluppi della ricerca o del fare ricerca (item 9), i soggetti del campione si esprimono in modo coeso (unanime) nel ritenersi abbastanza e molto interessati (87.3%, pari a 598 in valore assoluto) a *Leggere una pubblicazione su progetti di ricerca innovativi*, ma per nulla o poco propensi (74.6%, pari a 508 soggetti) ad *Apprendere nuove procedure statistiche di elaborazione dei dati*, così come sono per nulla o poco motivati a *Presentare i risultati di una ricerca in un convegno o seminario* (52%, in valore assoluto 359). L'81% mostra tuttavia un medio/alto interesse a *Essere aiutato dai colleghi a comprendere i risultati ottenuti da una ricerca*; posizione, questa, che trova, nella percentuale di risposta fornita al sub-item *Aiutare i colleghi a comprendere i risultati ottenuti da una ricerca*, la posizione speculare: chi ritiene di essere per nulla o poco interessato risulta essere il 48%. L'atteggiamento degli psicologi clinici nei confronti di *Scrivere un articolo sui risultati di una ricerca* è maggiormente distribuito su tutta la gamma delle risposte possibili, non assumendo una dichiarata propensione in senso positivo o negativo (44% per nulla o poco interessato). L'andamento delle risposte dei soggetti all'item 9 è stato osservato anche attraverso il calcolo del rispettivo valore medio come indice di tendenza centrale (vedi Tab.5).

La posizione che il campione assume rispetto al proprio percorso di auto-aggiornamento (sub-item 9.2) rispecchia in parte alcune posizioni evidenziate precedentemente: una preferenza a tenersi informato attraverso la lettura di testi, articoli e riviste (il 63% abbastanza interessato, 441 in valore assoluto e il 28% molto interessato, pari a 196 soggetti) relativi alla propria

professione più che partecipare in modo attivo a meeting, convegni e seminari (234 soggetti, pari al 34%, poco interessati; 356 soggetti, pari al 52%, abbastanza interessati).

Tabella 5. Medie e deviazioni standard delle risposte fornite all'item 9

ITEM 9 e sub-item	N	MEDIA	D.S.
9.1 - Leggere una pubblicazione su progetti di ricerca innovativi	685	3.12	0.68
9.4 - Essere aiutato dai colleghi a comprendere i risultati ottenuti da una ricerca	688	3.01	0.72
9.6 - Scrivere un articolo sui risultati di una ricerca	684	2.61	0.98
9.3 - Aiutare i colleghi a comprendere i risultati ottenuti da una ricerca	681	2.45	0.92
9.5 - Presentare i risultati di una ricerca in un convegno o seminario	686	2.44	0.90
9.2 - Apprendere nuove procedure statistiche di elaborazione dei dati	681	1.92	0.92

La prima area del questionario, inoltre, chiede ai soggetti di esprimere la propria opinione in merito alla rilevanza che i dati di ricerca possono assumere per l'attività clinica (item 3, 4, 5, 6, 7, 8). Nella tabella 6 sono riportati i valori medi ottenuti per ciascuno degli enunciati previsti per l'item 3. Dai dati così rilevati, si evince che gli psicologi clinici sono concordi nell'attribuire alla ricerca un ruolo di rilievo sia per accrescere il patrimonio delle conoscenze teoriche (media=3.46) sia per l'attività specifica del clinico (media=3.29). In altri termini, coloro che ritengono *per nulla* o *poco* rilevante il lavoro di ricerca per la propria attività clinica sono solamente l'8% (pari a 54 soggetti), mentre sono il 15% (pari a 97 soggetti) a sostenere che la ricerca non fornisce strumenti utili alla pratica professionale. La maggior parte dei clinici ritiene che l'attività di ricerca richiede tempi troppo lunghi (53% abbastanza d'accordo;

28% molto d'accordo) e sono dichiaratamente unanimi nel considerare inadeguato e svantaggioso il rapporto costi e benefici della ricerca.

Tabella 6. Medie e deviazioni standard delle risposte fornite all'item 3

Item 3 e sub-item	N	Media	D.S.
3.1 - Contribuisce ad accrescere il patrimonio di conoscenza teorica della disciplina	690	3.46	0.56
3.3 - È un'attività importante anche per il clinico	682	3.29	0.61
3.2 - Fornisce strumenti utili alla pratica professionale	684	3.16	0.66
3.5 - Richiede tempi troppo lunghi	648	3.04	0.78
3.4 - Richiede un dispendio economico eccessivo rispetto ai benefici che offre	635	2.74	0.89

Infine - nella prima area dello strumento, dall'item 4 all'item 8 - si richiede ai soggetti di esprimere la propria opinione in merito allo scambio o all'interdipendenza tra attività di ricerca e attività clinica. Un dato interessante è relativo a un'unanime atteggiamento favorevole a integrare la ricerca con la pratica clinica a partire dal percorso formativo proposto agli psicologi (in termini percentuali, il 55% dei soggetti è molto d'accordo). Così come pare auspicabile e possibile una collaborazione tra le due professionalità in gioco (il 63% è abbastanza d'accordo e il 25% molto d'accordo). Invece, i dati ottenuti agli item 6 e 7 mostrano che se il livello di propensione a considerare gli articoli scientifici utili nella pratica professionale clinica è medio-alto (complessivamente l'84% dei soggetti si dichiara abbastanza, molto d'accordo), tuttavia i risultati ottenuti dalla ricerca influenzano limitatamente i clinici nel prendere decisioni (il 42% ritiene che influenzino per nulla o poco). In altri termini, sembra che sul processo decisionale intervenga un ampio ventaglio di fattori, di cui i dati di ricerca ricoprono solo una minima parte (vedi Tab. 7).

Tabella 7. Medie e deviazioni standard delle risposte fornite agli item da 4 a 8

Item da 4 a 8	N	Media	D.S.
7 - Dedicarsi alla ricerca durante gli anni di formazione può favorire l'integrazione tra ricerca e pratica clinica	669	3.49	0.62
5 - La lettura degli articoli scientifici le è utile nella sua pratica professionale	686	3.14	0.68
6 - La collaborazione tra clinici e ricercatori è possibile	679	3.13	0.60
4 - I risultati ottenuti dalla ricerca e pubblicati in letteratura la influenzano nel prendere decisioni cliniche	671	2.63	0.65
8 - L'attività di ricerca può contribuire ad aumentare la credibilità degli interventi clinici presso i pazienti e i loro familiari	659	2.61	1.06

Le risposte dei professionisti all'item 8 mostrano, infine, una posizione non univoca. Per questo item, infatti, le risposte sono quasi equidistribuite su tutti i punti della scala e complessivamente una percentuale pari al 57% (32% abbastanza d'accordo; 24% molto d'accordo) sostiene che la ricerca aumenta la credibilità degli interventi clinici presso i pazienti e i loro familiari.

Riguardo alle forme e ai contenuti delle comunicazioni scientifiche che favoriscono oppure ostacolano l'interesse dei clinici (item 10), la maggior parte dei professionisti ritiene che un più cospicuo riferimento a problemi dell'attività clinica possa favorire tale interesse (74%).

Dai dati ottenuti sembra che non sia tanto la quantità delle elaborazioni statistiche che può ostacolare la lettura di un articolo di ricerca, quanto piuttosto la comprensibilità delle elaborazioni stesse e la terminologia utilizzata. Più precisamente, molti professionisti indicano la presenza di elaborazioni statistiche più facilmente comprensibili (47%) e l'utilizzo di una maggior semplicità terminologica (42%) come fattori che faciliterebbero la lettura, mentre il 24% dei clinici ritiene che quest'ultima sarebbe facilitata da una minor quantità di elaborazioni statistiche (vedi Tab. 8).

Tabella 8. Frequenze e percentuali delle risposte fornite all'item 10

Che cosa, a suo parere, può facilitare la lettura dei lavori che riportano i risultati di una ricerca clinica?	Frequenza	%
Un più cospicuo riferimento a problemi dell'attività clinica	513	74.0
Elaborazioni statistiche più facilmente comprensibili	325	46.9
Una maggior semplicità terminologica	289	41.7
Una minor quantità di elaborazioni statistiche	166	24.0
Una maggior concisione dell'articolo	110	15.9
Spiegazioni più lunghe ed esaurienti	104	15

Studenti: Per la medesima area d'indagine, le risposte fornite dagli studenti, limitatamente alle sole sezioni di pertinenza per il campione considerato, mostrano, da una parte un livello di informazione/aggiornamento acquisito prevalentemente attraverso la lettura di testi o articoli (il 52% dei soggetti legge abbastanza), mentre relativamente limitata è la partecipazione a seminari e convegni (l'81% partecipa poco o per nulla) (item 1 della versione per studenti).

Dall'altro, gli studenti sono concordi nel ritenersi interessati a leggere articoli e pubblicazioni su progetti di ricerca innovativi, così come sono propensi a scrivere/pubblicare i risultati di una ricerca, ma ciò non pare essere vincolato o associato ad avere o acquisire una competenza in nuove procedure di elaborazioni dei dati (media=2.20 valore inferiore) Infine, sono poco interessati a presentare i risultati di una ricerca a convegni o ad aiutare i colleghi a comprendere i risultati ottenuti da una ricerca (item 7, vedi Tab. 9).

Anche agli studenti è stata fatta richiesta di esprimere la propria opinione in merito alla rilevanza che i dati di ricerca possono assumere per l'attività clinica. Il parere degli studenti in merito al contributo fornito dalla ricerca (item 2 e sue declinazioni) fa osservare un pieno accordo nel ritenere molto rilevante (152 soggetti, pari al 60%) il contributo che la ricerca fornisce alla conoscenza teorica, così come nel ritenere la ricerca sia funzionale a fornire strumenti utili alla pratica professionale (48% abbastanza rilevante; 48% molto rilevante). Nella tabella 10 sono riportati i punteggi medi ottenuti per ciascun sub-item dell'item 2.

Tabella 9. Medie e deviazioni standard delle risposte fornite all'item 7 - versione studenti

ITEM 7 e sub-item	N	MEDIA	D.S.
7.1 - Leggere una pubblicazione su progetti di ricerca innovativi	252	3,14	0,67
7.5 - Scrivere un articolo sui risultati di una ricerca	252	2,89	0,83
7.4 - Presentare i risultati di una ricerca in un convegno o seminario	253	2,77	0,83
7.3 - Aiutare i colleghi a comprendere i risultati ottenuti da una ricerca	251	2,73	0,86
7.2 - Apprendere nuove procedure statistiche di elaborazione dei dati	252	2,20	0,84

Tabella 10. Medie e deviazioni standard delle risposte fornite all'item 2 - versione studenti

ITEM 2 e sub-item	N	MEDIA	D.S.
2.1 - Contribuisce ad accrescere il patrimonio di conoscenza teorica della disciplina	253	3,58	0,54
2.2 - Fornisce strumenti utili alla pratica professionale	252	3,44	0,57
2.3 - È un'attività importante anche per il clinico	250	3,35	0,62
2.5 - Richiede tempi troppo lunghi	238	2,87	0,75
2.4 - Richiede un dispendio economico eccessivo rispetto ai benefici che offre	223	2,38	0,98

La ricerca è ritenuta, complessivamente, importante anche per il clinico (50% abbastanza e 42% molto rilevante). L'andamento delle risposte ai sub-item 2.3 e 2.4 evidenzia una divergenza delle opinioni (punteggi distribuiti su tutti i valori, con media inferiore e ampia deviazione standard); tuttavia, il 59% dei soggetti ritiene che la ricerca non richieda un particolare dispendio economico rispetto ai benefici che offre. Infine, la dimensione temporale della ricerca è una variabile che si pone come maggiormente problematica (il 49%, pari a 117 soggetti, la ritiene abbastanza rilevante).

Le risposte fornite agli item dal 3 al 6, riferiti all'interdipendenza tra

attività di ricerca ed attività clinica, mostrano come, per il 97% dei soggetti, leggere articoli scientifici è rilevante, così come è ritenuto importante potersi dedicare alla ricerca negli anni della formazione (60% abbastanza; 35% molto); la possibilità di una collaborazione tra clinici e ricercatori è ritenuta per il 65% abbastanza percorribile e per il 29% molto, mostrando una predisposizione all'integrazione delle due professionalità.

Infine, il parere degli studenti non è uniforme per l'item 6, che ottiene il punteggio medio inferiore, anche se, complessivamente, per il 79% dei soggetti l'attività di ricerca può aumentare *abbastanza* o *molto* la credibilità degli interventi clinici presso i pazienti e i loro familiari.

Tabella 11. Medie e deviazioni standard delle risposte fornite agli item da 3 a 6

Item da 3 a 6	N	Media	D.S.
3 - La lettura degli articoli scientifici le è utile nella sua formazione	252	3,31	0,60
5 - Dedicarsi alla ricerca durante gli anni di formazione può favorire l'integrazione tra ricerca e pratica clinica	239	3,30	0,56
4 - La collaborazione tra clinici e ricercatori è possibile	243	3,23	0,55
6 - L'attività di ricerca può contribuire ad aumentare la credibilità degli interventi clinici presso i pazienti e i loro familiari	244	3,12	0,84

Anche agli studenti è stato chiesto che cosa può facilitare la lettura dei lavori che riportano i risultati di una ricerca clinica (item 8). I soggetti non ritengono che *la concisione dell'articolo* (85%), *le spiegazioni più lunghe ed esaurienti* (79%) e *una minore quantità di elaborazioni statistiche* (73%) siano i fattori che possono facilitare la lettura.

Il fattore determinante, a questo proposito, è concordemente considerato *elaborazioni statistiche più facilmente comprensibili* (75%). Le risposte hanno una distribuzione maggiormente paritaria, anche se con una tendenza positiva a richiedere *una maggior semplicità terminologica* (52%) e *un più cospicuo riferimento a problemi dell'attività clinica* (54%).

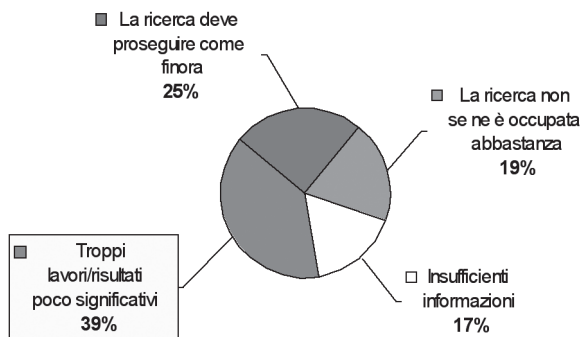
2) Giudizio sui vari ambiti di ricerca

Psicologi clinici - Vengono illustrati qui di seguito i risultati della seconda area indagata dal questionario, relativa al giudizio che i clinici hanno su 10 diversi ambiti di ricerca.

In merito al primo ambito - *efficacia della psicoterapia* - il 39% dei clinici ritiene che vi siano troppi lavori su questo argomento e/o che i risultati ottenuti siano poco significativi. Il 25% ritiene che la ricerca in tale ambito debba proseguire come ha fatto finora, mentre il 19% pensa che la ricerca non si sia occupata abbastanza di questo argomento. Il 17% risponde di non possedere informazioni sufficienti per poter esprimere un giudizio (vedi grafico 1).

Per l'ambito di ricerca *esiti negativi delle psicoterapie*, il 35% dei clinici ritiene che vi siano troppi lavori in tale ambito e/o che i risultati ottenuti siano poco significativi. Il 25% pensa che la ricerca non si sia occupata abbastanza di questo argomento, mentre il 14% afferma che la ricerca deve proseguire come ha fatto finora. Il 26% dei clinici ammette di non possedere informazioni sufficienti per poter esprimere un giudizio (vedi grafico 2).

Grafico 1. *Efficacia della psicoterapia*



Relativamente agli *studi sul processo psicoterapeutico*, accanto a un 31% di clinici che ritiene vi siano troppi lavori su questo argomento e/o che i risultati ottenuti siano poco significativi, complessivamente il 50% dei professionisti ritiene che la ricerca in tale ambito debba proseguire come ha fatto finora

(31% in valore relativo) e che la ricerca non si sia occupata abbastanza dell'argomento (19% del campione), mentre il 19% afferma di avere informazioni insufficienti per poter rispondere (vedi grafico 3).

Grafico 2. Esiti negativi delle psicoterapie

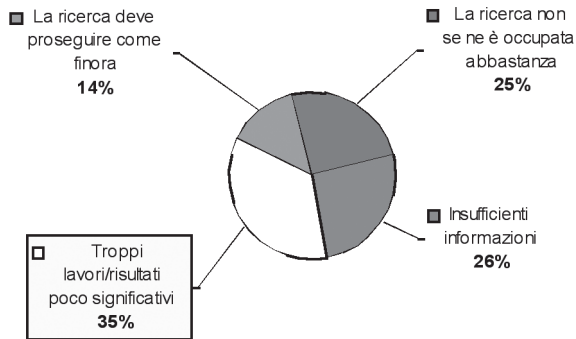
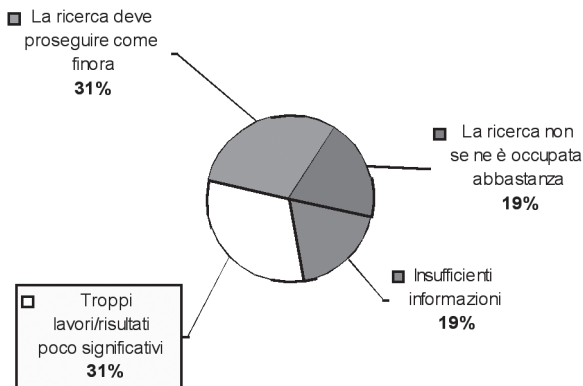
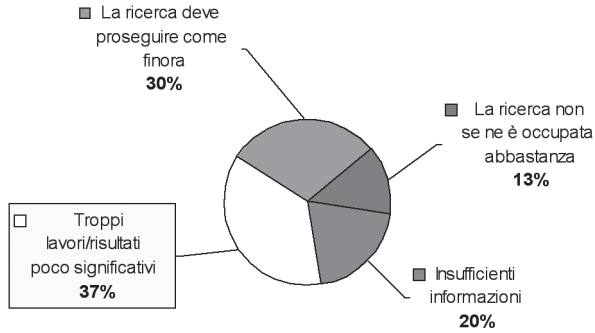


Grafico 3. Studi sul processo terapeutico



Riguardo *agli studi su casi singoli*, il 37% dei clinici afferma che vi sono troppi lavori sull'argomento e/o che i risultati ottenuti sono poco significativi; il 30% ritiene che la ricerca deve proseguire come ha fatto finora; il 13% pensa che la ricerca non si sia occupata abbastanza dell'argomento e il 20% non ha informazioni sufficienti per rispondere (vedi grafico 4).

Grafico 4. Studi su casi singoli



Risultati interessanti sono stati ottenuti relativamente all'ambito di ricerca su *diagnosi e indicazioni differenziali ai trattamenti*. Il 31% dei clinici, infatti, ritiene che la ricerca in tale ambito debba proseguire come ha fatto finora, seguito dal 27%, secondo cui la ricerca non si è occupata abbastanza di questa tematica.

Il 26% pensa che vi siano troppi lavori sull'argomento e/o che i risultati ottenuti siano poco significativi, mentre il 16% dice di non avere sufficienti informazioni per esprimere un giudizio (vedi grafico 5).

Grafico 5. Diagnosi e indicazioni differenziali

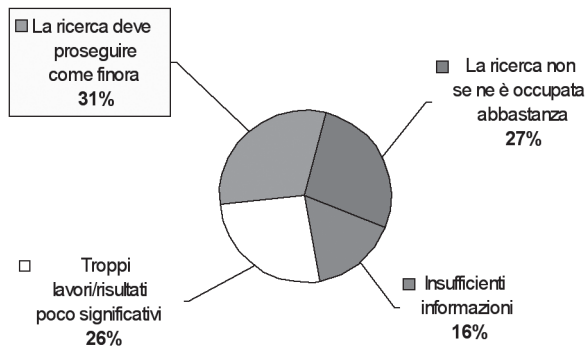
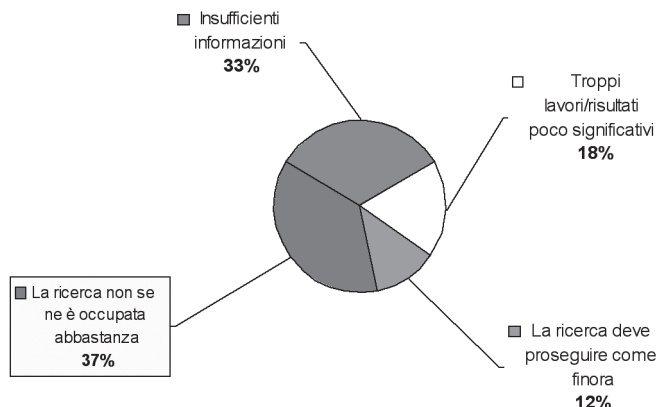


Grafico 6. Studi sulla qualità dei servizi ai trattamenti in ambito pubblico



Relativamente agli *studi sulla qualità dei servizi in ambito pubblico*, il dato che emerge è relativo a una percentuale rilevante di clinici (33%) che sostiene di non aver sufficienti informazioni per poter esprimere un giudizio. Mentre una percentuale limitata, pari al 18%, sostiene che vi siano troppi lavori sull'argomento e/o che i risultati ottenuti sono poco significativi, a fronte di un 37% dei clinici che ritiene che la ricerca non si sia occupata abbastanza di questo tema, e un 12% che ritiene che la ricerca deve proseguire come ha fatto finora (vedi grafico 6).

Per l'ambito di ricerca relativo alle *terapie combinate (psicofarmaci e psicoterapia)*, una percentuale elevata di clinici afferma di non possedere informazioni sufficienti per poter esprimere un giudizio (pari al 35%). Il 27% del campione sostiene che la ricerca deve proseguire come ha fatto finora, il 21% ritiene che la ricerca non si è occupata abbastanza di questo tema, mentre il 16% pensa che vi siano troppi lavori sull'argomento e/o che i risultati ottenuti siano poco significativi (vedi grafico 7).

Interessante appare il giudizio dei clinici *sugli studi epidemiologici*: più della metà dei professionisti (53%), infatti, non esprime alcun giudizio, affermando di non avere sufficienti informazioni.. Il 27% ritiene che la ricerca in tale ambito debba proseguire come ha fatto finora, a fronte del 14% del campione che ritiene che vi siano troppi lavori sull'argomento. Una minima parte dei soggetti, pari al 6%, pensa che la ricerca non si sia finora occupata abbastanza di questo tema (vedi grafico 8).

Grafico 7. *Terapie combinate (psicofarmaci e psicoterapia)*

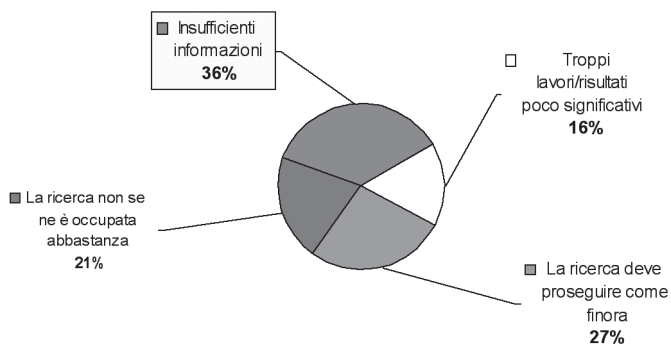
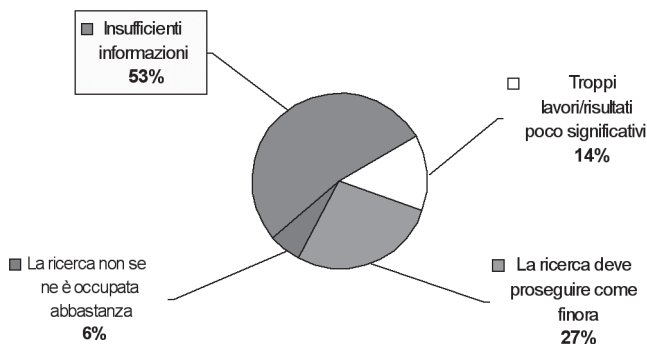


Grafico 8. *Studi epidemiologici*



Relativamente agli *studi sull'alleanza terapeutica*, la maggior parte dei clinici ritiene che la ricerca non si è occupata abbastanza dell'argomento (33%) o che deve proseguire come ha fatto finora (32%). Il 15% pensa che vi siano troppi lavori sul tema, mentre il 20% non ha sufficienti informazioni per esprimere un giudizio (vedi grafico 9).

Infine, per quanto riguarda *le tecniche per abbreviare i trattamenti*, il 35% dei clinici ritiene che la ricerca non si sia occupata abbastanza dell'argomento, mentre il 15% auspica che la ricerca debba proseguire come ha fatto finora. Di parere diverso è il 19% del campione che, invece, sostiene che vi sono già

troppi lavori su questo tema. Un'alta percentuale di soggetti, pari al 31% del campione, afferma di non avere informazioni sufficienti (vedi grafico 10).

Grafico 9. Studi sull'alleanza terapeutica

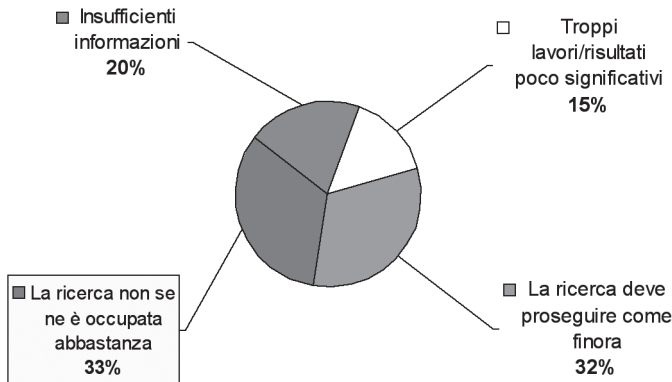
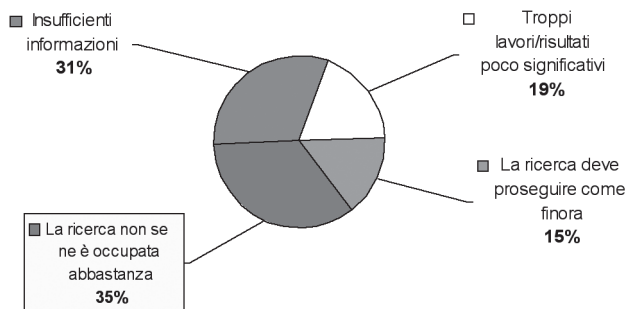


Grafico 10. Tecniche per abbreviare i trattamenti



Studenti - Per quest'area dello strumento, in cui è fatta richiesta di esprimere un parere personale rispetto allo stato della ricerca scientifica in vari ambiti, lo studente medio del nostro campione ritiene di non avere sufficienti informazioni per esprimere un giudizio. Più precisamente, per tre ambiti (vedi Tab. 12), la percentuale degli studenti che non hanno sufficienti infor-

mazioni supera il 50% e, analogamente a quanto rilevato per gli psicologi clinici, l'ambito che risulta maggiormente sconosciuto è quello relativo agli *studi epidemiologici* (63%).

Dal punto di vista dello studente, gli ambiti ai quali la ricerca non si è dedicata abbastanza risultano: gli *studi sulla qualità dei servizi in ambito pubblico*, gli *esiti negativi delle psicoterapie*, le *diagnosi e indicazioni differenziali ai trattamenti* e le *tecniche per abbreviare i trattamenti*. Infine, è da notare che l'incoraggiamento affinché la ricerca possa continuare il suo percorso di sviluppo, è riferito prevalentemente (con percentuali pari o superiori al 30%) ad ambiti quali gli *studi sul processo terapeutico* (39%), gli *studi sull'alleanza terapeutica* (34%) e gli *studi su casi singoli* (30%).

Tabella 12. Percentuali delle risposte fornite all'item 9

Ambiti di ricerca	Non ho sufficienti informazioni	La ricerca non si è dedicata abbastanza
9.h - Studi epidemiologici	63%	5%
9.j - Tecniche per abbreviare i trattamenti	55%	23%
9.g - Terapie combinate (psicofarmaci e psicoterapia)	51%	17%
9.i - Studi sull'alleanza terapeutica	48%	10%
9.b - Esiti negativi delle psicoterapie	44%	27%
9.f - Studi sulla qualità dei servizi in ambito pubblico	43%	28%
9.e - Diagnosi e indicazioni differenziali ai trattamenti	43%	25%
9.d - Studi su casi singoli	41%	14%
9.a - Efficacia della psicoterapia	39%	18%
9.c - Studi sul processo terapeutico	33%	17%

3) Opinioni su enunciati relativi alla ricerca clinica

Psicologi clinici - La terza e ultima sezione del questionario si propone di mettere in evidenza, attraverso 12 enunciati valutati su una scala d'accordo a 4 passi, i pensieri e le opinioni degli psicologi clinici in merito ai paradigmi di ricerca auspicati o praticati nella loro attività professionale.

La distribuzione dei punteggi medi ottenuti in ciascun item di questa

sezione (vedi Tab.13) mostra che vi è un elevato consenso sia nel ritenere che, in ambito clinico, dovrebbe esserci maggior interesse a comunicare i risultati della propria esperienza professionale (item 1) sia nel rilevare la difficoltà a orientarsi nei numerosi programmi di ricerca, se non se ne conoscono a fondo le metodologie (item 12); si osserva, inoltre, un generale accordo circa la necessità di possedere un metodo, collaudato e condivisibile, per raccogliere le informazioni (item 11 e 2). La verifica della qualità di un modello applicativo attraverso i risultati della ricerca scientifica (item 5), così come la messa a punto di costrutti teorici generali (item 4), non raccolgono un elevato consenso. In questi due item, infatti, si ottengono i punteggi medi inferiori.

È da rilevare che l'item 9 e l'item 3, con medie relativamente basse e valori di deviazione standard tra i più elevati, possono considerarsi come indicatori di una posizione disomogenea, relativamente alla possibilità di generalizzare dati conoscitivi costruiti su fattori marcatamente soggettivi (item 9) e alla necessità di trattare quantitativamente i dati, per pervenire a conoscenze oggettive (item 3). Infine, i punteggi medi rilevati negli item 6, 7 e 8 mostrano un'area di incertezza, in cui sembrano bilanciarsi, a proposito dell'attività di ricerca, aspettative, giudizi sfavorevoli e rischi.

In sintesi, si può dire che la distribuzione dei punteggi medi mostra un maggior accordo, da parte dei soggetti, negli item che auspicano una maggior condivisione dell'esperienza professionale a fronte delle difficoltà a orientarsi efficacemente nei vari programmi di ricerca e un minor accordo per gli aspetti della ricerca che possono non trovare riscontro nell'esperienza professionale.

Tabella 13. Medie e deviazioni standard delle risposte fornite ai 12 item della terza sezione

	Media	D.S.
Item 1	3.41	.64
Item 12	3.39	.68
Item 11	3.24	.66
Item 10	3.06	.75
Item 2	2.95	.86
Item 6	2.92	.80
Item 7	2.88	.94
Item 8	2.83	.96
Item 9	2.58	1.07
Item 3	2.54	1.00
Item 4	2.32	.98
Item 5	2.26	.86

I punteggi ottenuti dal campione degli psicologi clinici ai 12 item del questionario sono stati sottoposti ad Analisi Fattoriale per Componenti Principali, la cui estrazione dei fattori è avvenuta con il metodo della normalizzazione di Kaiser su una matrice ruotata ortogonalmente. Sono stati estratti tre fattori (varianza totale spiegata = 55,74%; vedi Tab.14).

Tabella 14. Analisi delle componenti principali: autovalori e percentuale della varianza totale spiegata

Componente	Autovalori iniziali			Pesi dei fattori ruotati		
	Totale	% di varianza	% cumulata	Totale	% di varianza	% cumulata
Item 1	3.866	32.213	32.213	2.647	22.055	22.055
Item 2	1.804	15.033	47.246	2.150	17.918	39.973
Item 3	1.020	8.503	55.749	1.893	15.776	55.749
Item 4	0,656	7.873	63.622			
Item 5	0,546	6.553	70.175			
Item 6	0,473	5.675	75.851			
Item 7	0,436	5.237	81.087			
Item 8	0,398	4.777	85.864			
Item 9	0,366	4.394	90.258			
Item 10	0,328	3.932	94.190			
Item 11	0,267	3.204	97.394			
Item 12	0,217	2.606	100.000			

La struttura fattoriale ottenuta (vedi Tab.14), mostra un *primo fattore* (varianza spiegata = 22.05%) saturato da item che si riferiscono ad atteggiamenti generali nei confronti della ricerca e dei risultati scientifici. In particolare, si evidenzia la necessità, nella ricerca clinica, di avere conoscenze oggettive (item 3), di avvalersi dei risultati della ricerca per valutare modelli applicativi diagnostici e/o di trattamento (item 5), così come è ritenuto importante pervenire a costrutti teorici esplicativi (item 4) e al tempo stesso disporre o condividere metodi per raccogliere le informazioni (item 11). Si tratta di un fattore che evidenzia una conoscenza implicita del metodo di ricerca, anche se gli elementi sottolineati fanno riferimento alle caratteristiche di una ricerca e di una conoscenza scientifica di tipo oggettivo, improntate a un paradigma che potremmo definire neo-positivistico.

Il *secondo fattore* (varianza spiegata = 9,93%) è saturato da item che sottolineano maggiormente le difficoltà, i rischi e la scarsa efficacia - o, per lo meno, la scarsa applicabilità - dei metodi di ricerca estensivi in ambito clinico. A fronte di un disagio nell'orientarsi nei vari programmi di ricerca (item 12), gli item che saturano questo fattore danno rilievo sia all'esperienza professionale personale, che è un criterio privilegiato per valutare la qualità dei modelli applicativi (item 10), sia all'unicità di un processo di conoscenza che avvalendosi di fattori squisitamente soggettivi (item 9) non si presta ad ampie generalizzazioni. Infine, la ricerca estensiva può costituire, in questo ambito specifico, un rischio (item 8) e la ricerca in generale deve ancora attendere decenni prima di disporre di strumenti sufficientemente affinati per poter fornire al lavoro clinico risposte affidabili (item 11).

Infine, il *terzo fattore* (varianza spiegata = 15,77%) è chiaramente definito dall'aspettativa di disporre, nella pratica quotidiana, di criteri omogenei per la registrazione dei casi (item 2 e item 6) e dalla sollecitazione a una maggior condivisione dei risultati della propria esperienza professionale (item 1).

Sulla matrice fattoriale è stata successivamente applicata una rotazione degli assi non ortogonale (Procedura Oblimin) per verificare se la struttura dei dati ne fosse modificata. I risultati ottenuti hanno confermato la precedente struttura, permettendo, inoltre, di considerare i tre fattori come effettivamente indipendenti tra loro (vedi Tab.15).

Studenti – La distribuzione delle risposte fornite dagli studenti ai 12 enunciati presenti nella terza sezione dello strumento mostra che la scala d'accordo a 4 passi risulta sufficientemente discriminativa: per tutte le variabili sono stati utilizzati tutti i punti della scala.

La distribuzione dei punteggi medi ottenuti in ciascun item (vedi Tab.16) mostra che il massimo accordo (media =3.51; d.s.=0.59) è attribuito all'item 12, il cui contenuto descrive la difficoltà a orientarsi nei vari programmi di ricerca se non se ne conoscono a fondo le metodologie. È altamente riconosciuta la necessità di comunicare i risultati della propria esperienza professionale (item 1) anche attraverso archivi di casi opportunamente registrati (item 2).

A tal fine, è necessario poter condividere un metodo collaudato per raccogliere le informazioni (item 11) ed è auspicabile che la procedura per la raccolta e la registrazione dei dati diventi parte integrante dell'attività clinica.

Tabella 15. Matrice delle componenti ruotata con Rotazione Varimax

Varianza spiegata	Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3
	22.05%	17.91%	15.77%
Item3	0.765	-0.228	0.124
Item5	0.732	-0.134	0.110
Item4	0.688	-0.116	0.078
Item11	0.543	-0.009	0.391
Item12	0.235	0.692	0.142
Item10	-0.160	0.686	-0.038
Item9	-0.524	0.649	-0.149
Item7	-0.326	0.621	-0.080
Item8	-0.449	0.550	-0.041
Item2	0.064	-0.074	0.817
Item1	0.038	0.007	0.745
ITEM6	0.300	0.014	0.657

Rispetto a questo primo gruppo di item, che ottengono punteggi alti e medio alti, si osserva uno scarto a partire dalla media dell'item 7; un'ulteriore differenza di rilievo si osserva tra i punteggi medi dell'item 8 e dell'item 5. Analizzando il contenuto di quest'ultimo gruppo di item, che fanno registrare le medie inferiori, si può ritenere che, analogamente a quanto rilevato per gli psicologi clinici, anche gli studenti tendano, da una parte a sottostimare i costrutti teorici e la qualità dei modelli applicativi se questi non si riferiscono alla pratica del lavoro clinico (item 4 e 5) e dall'altra a considerare poco sostenibile qualsiasi tipo di generalizzazione del processo conoscitivo nella pratica clinica.

Diversamente, gli item che si posizionano in un'area intermedia indicano, nei confronti della ricerca, una posizione che potremmo definire "di buon senso" relativamente alla dimensione temporale necessaria per ottenere strumenti di ricerca sufficientemente affinati (item 7), alla necessità di far riferimento alla personale esperienza professionale per collaudare un modello applicativo (item 10), al riconoscimento dell'opportunità di pervenire a un'oggettività delle conoscenze (item 3) senza incorrere nel rischio di una semplicistica aggregazione dei dati individuali (item 8).

Tabella 16. Medie e deviazioni standard delle risposte fornite ai 12 item della terza sezione

	N	Media	D.S.
Item 12	252	3,51	0,59
Item 1	252	3,43	0,62
Item 2	252	3,33	0,74
Item 11	252	3,33	0,66
Item 6	253	3,24	0,67
Item 7	252	2,80	0,89
Item 10	249	2,73	0,78
Item 3	253	2,71	0,93
Item 8	250	2,68	0,76
Item 5	253	2,46	0,74
Item 4	252	2,38	0,80
Item 9	250	2,38	0,90

Anche i punteggi ottenuti dagli studenti ai 12 item del questionario sono stati sottoposti ad Analisi Fattoriale per Componenti Principali. L'estrazione dei fattori è avvenuta con il metodo della normalizzazione di Kaiser su una matrice ruotata ortogonalmente (vedi Tab.17). L'elaborazione ha fornito, anche in questo caso, tre fattori (varianza totale spiegata = 49%).

Il *primo fattore* (vedi Tab.18) ottiene saturazioni elevate da item il cui contenuto evidenzia la peculiarità del lavoro clinico e le difficoltà che esso incontra nel condividere metodi e procedure propri della ricerca, quali, ad esempio, il trattamento quantitativo dei dati (item 3 e 9) o l'uso dei dati di ricerca per valutare la qualità di un modello applicativo (item 5). In particolare, l'item 3 e l'item 5 ottengono saturazioni elevate, ma di segno negativo. In sintesi, il Fattore 1 ribadisce i punti di forza del lavoro clinico che, in quanto marcato da elementi profondamente soggettivi, vede improprio l'uso di metodi estensivi (item 8) o di strumentazioni non ancora sufficientemente adeguate (item 10), per cogliere ciò che solo la pratica e l'esperienza professionale possono comprendere. Questa visione dicotomica, che contrappone la ricerca e la pratica clinica, può essere attribuita, probabilmente, a un punto di

vista ancora fortemente condizionato dalle semplicistiche divisioni che sono tipiche di chi, come gli studenti, sta ancora organizzando il proprio percorso formativo.

Tabella 17. Analisi delle componenti principali: autovalori e percentuale della varianza totale spiegata

Componente	Autovalori iniziali			Pesi dei fattori ruotati		
	Totale	% di varianza	% cumulata	Totale	% di varianza	% cumulata
Item 1	2,46	20,46	20,46	2,45	20,41	20,41
Item 2	2,26	18,84	39,31	1,74	14,53	34,95
Item 3	1,21	10,07	49,38	1,73	14,43	49,38
Item 4	0,99	8,27	57,65			
Item 5	0,86	7,15	64,80			
Item 6	0,81	6,72	71,52			
Item 7	0,78	6,49	78,01			
Item 8	0,66	5,51	83,51			
Item 9	0,55	4,60	88,11			
Item 10	0,50	4,20	92,31			
Item 11	0,47	3,91	96,22			
Item 12	0,45	3,78	100,00			

Il *secondo fattore* mette in evidenza una posizione maggiormente flessibile: *essere dentro* il lavoro clinico, ma al tempo stesso *andare oltre* la pratica. Gli item che saturano questo fattore sottolineano la valenza esplicativa dei costrutti teorici anche se lontani dalla pratica (item 4), l'opportunità di creare degli archivi di casi (item 2) e la necessità di una maggior comunicazione dell'esperienza personale (item 1).

Il *terzo fattore* è saturato da item che si riferiscono a elementi che possono favorire una maggiore sistematizzazione dei dati (item 11 e 6), nonostante la difficoltà di orientarsi nei numerosi programmi di ricerca (item 12).

Tabella 18. Matrice delle componenti ruotata con Rotazione Varimax con normalizzazione di Kaiser

Varianza spiegata	Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3
	20.41%	14.53%	14.43%
Item 9	0,769	0,218	-0,082
Item 3	-0,739	0,153	0,141
Item 5	-0,589	0,187	0,268
Item 8	0,578	0,045	0,164
Item 10	0,549	0,012	0,150
Item 7	0,431	0,348	0,170
Item 4	-0,087	0,756	-0,186
Item 2	0,036	0,707	0,258
Item 1	0,047	0,623	0,222
Item 11	0,023	0,104	0,769
Item 12	0,200	0,028	0,691
Item 6	-0,308	0,210	0,579

5. Conclusioni

Possiamo utilizzare i dati raccolti per rispondere alla domanda che costituisce il titolo di questo contributo (e che è stato lo stimolo di partenza per la nostra indagine).

Osserviamo preliminarmente che, come era possibile attendersi, nel campione di psicologi clinici, la percentuale di coloro che, nella pratica lavorativa, svolgono attività di ricerca è limitata (è interessante rilevare che si tratta di professionisti che operano prevalentemente in una struttura pubblica).

Non esiste, tuttavia, un rifiuto deciso e immediato di fronte alla possibilità di prendere parte a un progetto di ricerca, bensì un consenso, per così dire, “informato”. In altri termini, la possibile accettazione è subordinata ad avere ponderato la situazione e ad avere raccolto informazioni sulla credibilità di partecipanti e promotori del progetto.

Comunque, in generale, le risposte fornite dagli psicologi evidenziano una maggior disposizione a utilizzare i risultati della ricerca più che a svolgere

attività di ricerca in prima persona. Il dato è confermato anche nel campione degli studenti.

Quanto al giudizio sui vari ambiti di ricerca (seconda area del questionario) il dato più cospicuo è rappresentato dalle risposte fornite dagli studenti. Essi mostrano un'oggettiva difficoltà nell'esprimersi, perché sembrano disporre di poche informazioni sull'argomento e forse anche di poche opportunità per acquisirle. Nonostante le differenze fra i piani di studio delle diverse Facoltà di Psicologia, questa concorde povertà di conoscenze sembra testimoniare un trend abbastanza uniforme, sul quale sarebbe opportuno interrogarsi, anche perché sono soprattutto gli studenti

ad accreditare all'attività di ricerca la funzione di incrementare la credibilità degli interventi clinici presso i pazienti e i loro familiari.

Per quanto riguarda gli psicologi, essi chiedono alla ricerca progetti (e conseguenti risultati) applicabili alla pratica professionale e quindi – per così dire – “vicini all'esperienza” sia propria che dei loro pazienti. Con un corollario: della pratica professionale, i clinici sembrano avere una visione molto “concreta”, nel senso che il motore dell'interesse è il rapporto con il paziente, nella immediatezza del lavoro quotidiano. Si spiega forse così il favore dimostrato per tematiche quali gli studi sull'alleanza e il processo terapeutico, la diagnosi e l'indicazione ai trattamenti. Realtà altrettanto importanti, ma di più ampio respiro e di meno immediata utilizzabilità (quali l'epidemiologia o gli studi sulla qualità dei servizi) attirano molto minor interesse.

Discendono probabilmente da qui anche le diffidenze per tutti quegli elementi dell'apparato di ricerca che, nella visione di alcuni clinici, come scrive Mayes (2005, p. 154), sembrano annullare “i flussi e riflussi della vita in un mondo freddo, distante e misurato, e trasformano un essere umano unico, con una propria storia, in un soggetto di ricerca e, infine, in una serie di dati senza vita”.

Sia i professionisti in piena attività di servizio che gli studenti (i professionisti di domani) condividono significative difficoltà nei confronti dell'apparato statistico, che spesso è parte integrante della ricerca clinica. Questa comunanza può forse confermare un'ipotesi eziologica del modesto interesse degli psicologi per l'attività di ricerca: di nuovo, nonostante le differenze tra i piani di studi delle diverse Facoltà di Psicologia, l'atteggiamento guardingo (o addirittura diffidente) verso i metodi e le tecniche di ricerca sembra co-

minciare presto nell'iter formativo, cosicché la dicotomia tra *practice* e *science* sembra un dato di base degli anni dell'università, destinato a perpetuarsi nel corso futuro della professione.

Non a caso, i soggetti di entrambi i campioni ritengono che la questione dell'integrazione tra attività di ricerca e attività clinica, nella professione di psicologo (il modello *scientist-practitioner*), possa trovare soluzione proprio sul piano della formazione. Questa opinione conferma il dato di letteratura a proposito del fatto che i pregiudizi che motivano e possono rinforzare una visione negativa della ricerca possono essere sconfitti nel contesto di un *Research Training Environment*, che gli anni della formazione universitaria dovrebbero rappresentare per primi.

Dal canto loro, i ricercatori dovrebbero compiere ogni sforzo per rendere il linguaggio delle loro ricerche comprensibile a chi le legge e non vuole o non sa addentrarsi in problemi di metodologia e di statistica. Anche perché, fra gli psicologi, è sentita l'esigenza di tradurre i dati della propria pratica professionale in un patrimonio di conoscenze comunicabile e condivisibile. Il senso dell'esistenza di una "comunità scientifica" non è estraneo ai professionisti e va in questo senso l'auspicio relativo alla messa a punto di riferimenti metodologici comuni. Lo testimonia anche l'interesse dimostrato, da una parte del campione dei clinici, per gli studi sul single case.

Possiamo chiederci, a questo punto della nostra riflessione: il trend che abbiamo brevemente riassunto può essere condiviso da parte dei ricercatori? In altre parole, accertate le caratteristiche della domanda, ci si deve limitare a fornire risposte congruenti o si può (si deve) correre il rischio di proporre risposte in controtendenza e di deludere talune aspettative? Il tema va ben al di là del rapporto *scientist-practitioner*, e investe tutte le occasioni nelle quali un fornitore di prodotto (qualsiasi) deve decidere se limitarsi a "seguire il mercato" (l'ipotesi più economica, in tutti i sensi) o creare le condizioni perché, attraverso alcune rotture dell'esistente, si prefigurino qualche innovazione, o addirittura qualche progresso.

Non ci avventuriamo su questo terreno scivoloso e ci limitiamo a osservare che, forse, la soluzione dell'apparente dicotomia è in un diverso modello del rapporto fra scienza e pratica. È il tema dell'approccio *bottom-up*, nella ricerca, contrapposto al più tradizionale e consolidato approccio *top-down*. Ossia, possiamo pensare che il flusso di conoscenza, anziché scorrere neces-

sariamente dai ricercatori ai clinici (*top-down*) possa seguire anche il verso opposto (*bottom-up*), e si possa usare la pratica clinica come un “laboratorio naturale”³.

Dal nostro questionario sembra emergere il dato ultimo che esistono le condizioni perché un approccio siffatto possa essere tradotto in pratica. Lo deduciamo dal fatto che i ricercatori stanno interrogandosi, più frequentemente che in passato, su che cosa vogliono i clinici (e la nostra stessa ricerca ne è un esempio), ma anche dal fatto che i clinici (e gli studenti, clinici del futuro) avvertono il bisogno di una pratica professionale alla quale la ricerca conferisca più credibilità e offra strumenti più affidabili di condivisione dell’esperienza. Insomma, forse i tempi sono maturi perché allo “scienziato clinico” si sostituisca il “clinico scienziato”, per usare ancora i termini di Westen e colleghi. E, per tutti quelli fra noi che insegnano in università, l’invito è a incoraggiare la figura dello “studente scienziato”, perché alcune paure si impara meglio a superarle quando si è piccoli.

³ Westen, Morrison e Thompson-Brenner (2004) hanno brillantemente svolto questa argomentazione in un articolo ormai famoso. Cfr. anche Mayes (2005).

Bibliografia

- BARLOW D. H., HAYES S. C., NELSON R. O. (1984), *The scientist-practitioner: research and accountability in clinical and educational settings*, Pergamon Press, New York.
- GELSO S. L. (1979), *Research in counseling: Methodological and professional issues*, in «The Counseling Psychologist», 31, pp.1-9.
- GELSO C. J., MALLINCKRODT B., ROYALTY G. M. (1991), *The Research Training Environment Scale. Tests In microfiche*, Educational Testing Service, Princeton, New York.
- GELSO S. L. (1993), *On the making of a scientist-practitioner: A theory of research training in professional psychology*, in «Professional Psychology: Research and Practice», 24, pp.468-476.
- GELSO C. J., MALLINCKRODT B., JUDGE A. B. (1996), *Research training environment, attitudes toward research, and research self-efficacy: the revised research training environment scale*, in «The Counseling Psychologist», 24 (2), pp.304-322.
- HUDZIAK J. J. (2005) *Crisis in american psychiatric education. An argument for the inclusion of research training for all psychiatric residents*, in C. F. ZORUMSKI, E. H. RUBIN (a cura di), *Psychopathology in the genome and neuroscience era*. American Psychiatric Publishing, Washinton DC.
- KAHN J. H., MILLER S. A. (2000), *Measuring global perceptions of the research training environment using a short form of the RTES-R*, in «Measurement and Evaluation in Counseling and Development», 33, pp.103-119.
- LEONG F. T., ZACHAR P. (1991), *Development and validation of the scientist-practitioner inventory for psychology*, in «Journal of Counseling Psychology», 38(3), pp.331-341.
- MAYES L. C. (2005), *Interface between psychoanalytic development theory and other disciplines*, in E.S. PERSON, A.M. COOPER, G.O. GABBARD (a cura di), *Textbook of psychoanalysis*, American Psychiatric Publishing, Washington DC.
- PFEIFFER S. I., BURD S., WRIGHT A. (1992), *Clinicians and research: recurring obstacles and some possible solutions*, in «Journal of Clinical Psychology», 48, pp.140-145.
- PHILLIPS J. C., RUSSELL R. K. (1994), *Research self-efficacy, the research training environment, and research productivity among graduate students in coun-*

- seling psychology*, in «The Counseling Psychologist», 22, pp.628-641.
- ROYALTY G. M., REISING G. N. (1986), *The research training of counseling psychologists: What the professionals say*, in «The Counseling Psychologist», 14, pp.49-60.
- SCHALLER J., PARKER R. M. (1997), *Effects of graduate research instruction on perceived research anxiety, research utility, and confidence in research skills*, in «Rehabilitation Education», 11, pp.273-288.
- SZYMANSKI E. M., SWEET E. A., WATSON E. A., LIN S., CHAN S. (1998), *The effects of contextualized research instruction on research anxiety, perceived utility of research, and confidence in research ability*, in «Rehabilitation Education», 12(4), pp.347-360.
- SZYMANSKI E. M., WHITNEY-THOMAS J., MARSHALL L., SAYGER T. V. (1994), *The effect of graduate instruction in research methodology on research self-efficacy and perceived research utility*, in «Rehabilitation Education», 8, pp.319-331.
- TACKETT M. J. (1998), *Therapist and researchers: Communication breakdown*, Ph.D, University of Denver.
- WESTEN D., MORRISON K., THOMPSON-BRENNER H. (2004), tr. it. *Lo statuto empirico delle psicoterapie validate empiricamente: assunti, risultati e pubblicazione delle ricerche*, in «Psicoterapia e Scienze Umane», XXXIX, 1, 2005, pp.7-90.

VALUTAZIONE AL FOLLOW UP DI UN TRATTAMENTO PRESSO UNA COMUNITÀ TERAPEUTICA PER TOSSICODIPENDENTI

*Enrico Molinari**, *Valentina Villa**, *Angelo Compare**

Riassunto

Obiettivi. Lo studio si è proposto di valutare gli esiti del trattamento riabilitativo proposto da una comunità terapeutica per tossicodipendenti di Milano, di definire le variabili connesse con il successo terapeutico e di individuare eventuali indici predittivi che favoriscano la cessazione del consumo di sostanze.

Metodi. 224 soggetti (età: $m=26.4$; $d.s.=3.25$) di sesso maschile.

È stata somministrata un'intervista semi-strutturata (ASI) che prendeva in considerazione il consumo di sostanze e di alcool, la situazione sanitaria, legale, scolastica, lavorativa, economica, abitativa, relazionale e psichica.

Risultati. Sono stati contattati 140 soggetti, corrispondenti all'80,5% dei viventi. Il 54,6% di essi non ha più fatto uso di sostanze, mentre il 16,9% ha smesso di consumare nel periodo trascorso tra la fine del trattamento e l'intervista. Il successo complessivo è stato del 71,5%. L'esito del trattamento è risultato positivamente associato con la ritenzione in trattamento ($p<.05$), la presenza di un'attività lavorativa dopo la dimissione ($p<.001$) e di una relazione di coppia stabile ($p<.01$).

Conclusioni. La Comunità Terapeutica risulta essere un valido strumento che aiuta il soggetto a prendere coscienza delle problematiche psicologiche che hanno influito sull'abuso, a imparare modalità funzionali di gestione di tali problemi e a definire e formulare una domanda di aiuto.

Parole chiave: tossicodipendenza, comunità terapeutica, follow up

¹ Università Cattolica del Sacro Cuore – Milano – Italy

² Istituto Auxologico Italiano – Laboratorio Sperimentale di Ricerche Psicologiche – Verbania
- Italy

Summary

Objectives. This study proposes to evaluate the outcomes of a rehabilitation treatment proposed by a therapeutic community for drug addicts in Milan, in order to define the variables connected with the success of the treatment and to identify eventual predictive indexes that encourage the termination of drug abuse.

Methods. Participants were 224 male subjects that were asked to answer the Addiction Severity Index.

Results. It was possible to contact 140 subjects, out of which 80.5 per cent survived. 54.6 per cent of this sample has discontinued drugs use, while 16.9 per cent of the sample has stopped abusing of drugs during the period after the end of the treatment until the interview. The outcome is positively associated with the number of days of treatment, the presence of a job after the termination of the treatment, and the presence of a stable relationship.

Conclusions. Therapeutic Community results to be a valid tool that helps subjects to take conscience of the psychological problems that have influenced the abuse, to learn coping abilities and to define and to formulate an help's question.

Keywords: drug addiction, therapeutic community, follow up

1. Introduzione

Negli ultimi anni la Comunità Terapeutica è diventata uno dei trattamenti riabilitativi maggiormente utilizzati nell'ambito delle tossicodipendenze. Gli studi condotti in tale ambito, si sono concentrati sulla valutazione dell'efficacia di tali interventi.

Delineare linee caratterizzanti un trattamento efficace può essere difficile a motivo delle differenze individuali dei soggetti che accedono al trattamento ed alla difficoltà a confrontare i dati, spesso alquanto eterogenei, presenti in letteratura.

L'efficacia del trattamento offerto dalle Comunità Terapeutiche per tossicodipendenti è generalmente valutata attraverso la ritenzione in trattamento, il consumo di sostanze successivo alla dimissione e il reinserimento in ambito sociale e lavorativo.

L'analisi della letteratura sull'argomento ha evidenziato che la ritenzione in trattamento e la cessazione del consumo di sostanze sono gli unici dati sui quali possa essere avanzato un confronto: in letteratura si distingue generalmente tra graduates (coloro che terminano il trattamento) e dropouts (coloro che lasciano la Comunità prima del termine del periodo residenziale). Ad esempio, si è riscontrata una percentuale di ritenzione in trattamento per Cascina Verde, una delle poche Comunità italiane ad avere eseguito fino ad ora un accurato follow up, del 35% (Gori, 1999). Bale (1984) ha individuato, nelle tre Comunità in cui ha condotto un follow up, Sartori, Quadrants e The Family delle percentuali di ritenzione rispettivamente del 25.4%, 25.2% e del 18.4%. Guydish e al. (1999) hanno rilevato che il 38% dei pazienti in trattamento residenziale erano ancora in trattamento a 6 mesi dall'ingresso in Comunità.

In termini di giorni di trattamento si riscontrano variazioni che vanno dai 636 giorni di Daytop (Romond, 1975) per i graduates ai 238 di Cascina Verde (Gori, 1999), ai 119.7 di Guydish e al. (1999).

Alcuni autori hanno concentrato la loro attenzione sulle caratteristiche dei soggetti che possono favorire una maggiore ritenzione: tali studi indicano che pazienti con sintomi psichiatrici, in particolar modo depressivi, tendono a restare più tempo in trattamento (Agosti et al 1991; Friedman and Glickman 1987; Joe, Brown and Simpson 1995; Broome et al. 1999) mentre quelli che manifestano alti indici di ostilità tendono ad abbandonare precocemente (Broome et al, 1999).

Il secondo parametro considerato è il successo terapeutico, ossia la percentuale di soggetti che non ha più consumato sostanze stupefacenti dopo la dimissione dalla Comunità. Gori (1999) ha individuato un successo medio pari al 46%, in buon accordo con la percentuale individuata da Yablonsky (1989) del 50%. Nelle Comunità italiane, esiste una grande variabilità, per Cascina Verde e Mondo X è stato registrato un successo medio pari al 41%. Le Comunità terapeutiche statunitensi presentano indici in sostanziale accordo.

Charuvastra e Charbeneaux (1977-78) hanno mostrato che il 44% dei soggetti affluiti alla Comunità terapeutica del Brentwood VA Hospital potevano essere considerati dei successi in relazione a parametri quali il cessato uso di droga, la partecipazione ad un programma di mantenimento metadonico e l'attiva partecipazione ad altri programmi per tossicodipendenti. Bale

(1984) ha rilevato una percentuale di successo, relativa alla sola cessazione del consumo, pari al 48% per Quadrants e del 40% e 35,4% rispettivamente per The Family e Sartori. Hser (2001) in un follow up a 24 e 33 anni ha mostrato percentuali di successo rispettivamente del 41% e del 55,8%.

Hser et al. (2001) hanno mostrato in un programma residenziale per adolescenti un miglioramento significativo per quanto riguarda l'uso di marijuana e alcool dopo la dimissione (rispettivamente 31,5% e 14,6%) ma non per quanto riguarda l'uso di droghe sintetiche. Sono risultate migliori invece le performances scolastiche e le condotte criminali.

Simpson et al (2002) in un follow up a cinque anni hanno rilevato un uso settimanale di cocaina per il 25% dei soggetti trattati contro il 21% nel follow up ad un anno, mentre Fernandez-Hermida et al (2002) in un follow up a otto anni hanno mostrato una percentuale di ricaduta del 10,3% tra i graduates e del 63,3% tra i drop out.

Per quanto riguarda invece i parametri relativi al reinserimento sociale e lavorativo, è stata riscontrata una sostanziale disomogeneità sia nei comportamenti bersaglio considerati, sia nelle modalità di misurazione. Gli elementi presi più frequentemente in considerazione sono stati l'impegno in un'attività lavorativa, la ripresa degli studi e i comportamenti criminali. Bale (1984) ha evidenziato che tra i soggetti ammessi al trattamento nelle tre Comunità di riferimento dopo due anni dalla dimissione stavano lavorando o completando gli studi il 48%, il 46,8% e il 51,9% rispettivamente per The Family, Quadrants e Sartori. Romond et al. (1975) hanno rilevato dopo 17 mesi che il 93,7% dei graduates erano tornati a scuola, lo 0,5% aveva ripreso il consumo e nessuno di essi era in carcere. Tali percentuali sono risultate statisticamente significative nel confronto con il gruppo dei drop-out. Gori (1986) ha rilevato che il 55% dei dropouts non aveva un lavoro, il 5% era in carcere ed il 35% aveva ripreso il consumo di eroina. Guydish e al. (1999) hanno evidenziato che i pazienti rimasti in Comunità per almeno 6 mesi manifestavano un cambiamento significativo nell'indice relativo all'impiego dell'Addiction Severity Index e negli indici psicopatologici misurati con il Beck Depression Inventory e con la Symptom Checklist-90-R. Greenwood et al (2001) hanno rilevato, tra gli indici predittivi di successo del trattamento, l'aver un'occupazione, la durata del periodo di tossicodipendenza e l'aver un partner eterosessuale.

Lo scopo di questa ricerca è di valutare l'efficacia del trattamento resi-

denziale proposto dalla Comunità terapeutica per tossicodipendenti “Il Molino” di Cascina della Segrona, situata nella zona meridionale di Milano e precisamente a Mairano di Noviglio, nei pressi di Binasco, per verificare se le percentuali di successo siano in linea con quelle presentate in letteratura.

Il secondo obiettivo è quello di valutare quali variabili siano connesse con il successo terapeutico e se possano essere individuati degli indici predittivi che favoriscano o meno la cessazione del consumo.

Non è stato considerato il problema della comorbilità psichiatrica, in quanto negli anni di avvio della Comunità tale problematica non era considerata significativa, come negli anni più recenti. Inoltre, nella selezione dei soggetti per la comunità, venivano tendenzialmente esclusi quelli con doppia diagnosi.

2. Metodo

Soggetti

Il campione della ricerca è costituito da 224 soggetti di sesso maschile. Sono stati esclusi dal campione tutti i soggetti che erano rimasti in Comunità meno di un mese.

I soggetti presi in considerazione avevano al momento dell'ingresso in Comunità un'età compresa tra i 19 e i 37 anni con una media pari a 26.4 anni (d.s. 3.25). La permanenza in trattamento si attesta su un valore medio di 360.17 giorni (d.s. 204.94).

All'interno del campione, 50 (22.3%) soggetti al momento dell'intervista sono risultati deceduti, mentre i restanti 174 (77.7%) erano ancora in vita.

È stato possibile contattare 140 soggetti, numero pari all'80,5% del totale dei viventi. Del restante 19.5% non è stato possibile ottenere nessuna informazione poiché sono risultati irreperibili.

Sono state eseguite 53 interviste dirette, 41 telefoniche e 46 di entourage per un totale del 62.5% dell'intero campione iniziale (compresi i deceduti).

Si è cercato di verificare quali fossero state le cause dei decessi, per valutare se potessero o meno essere collegate all'assunzione di droga. Il numero di informazioni che siamo riusciti a reperire è stato scarso per avanzare delle ipotesi; pertanto è stato possibile elencare le cause di decesso dei 15 soggetti

di cui sono state reperite informazioni. Da questi dati si rileva che 3 sono deceduti per overdose, 3 a causa dell'AIDS e 2 rispettivamente per meningite fulminante ed encefalite. Gli altri 8 soggetti sembrerebbero morti per cause indipendenti dalla tossicomania.

3. Strumento

I soggetti resisi disponibili per la ricerca sono stati sottoposti ad una intervista semi-strutturata, l'Addiction Severity Index (McLelland, 1980,1992). Tale strumento è un'intervista relativamente breve costruita allo scopo di raccogliere informazioni, sulla vita dell'utente, che abbiano rilevanza per la sua sindrome da uso di sostanze psicoattive. Si basa sull'analisi di sette aree problematiche: medica, occupazionale, uso di alcool, uso di altre sostanze, legale, familiare e sociale, psichiatrica.

Per una parte del campione è stato possibile avere a disposizione un questionario pre-trattamento relativo alle caratteristiche del soggetto all'ingresso in Comunità. In esso sono state collocate domande più brevi che riguardavano però le stesse aree di interesse, al fine di poter attuare un confronto tra la situazione di ciascun soggetto all'ingresso in Comunità e al momento dell'intervista.

Avendo considerato la possibilità di non riuscire ad ottenere un contatto diretto con il soggetto, si è deciso di affiancare alla versione integrale del questionario di follow-up una forma ridotta, che potesse essere somministrata anche per via telefonica, ed un terzo questionario da somministrare ad un membro dell'entourage, nel caso in cui non fosse stato possibile reperire il soggetto in prima persona.

A ciascun soggetto è stato spiegato lo scopo della ricerca ed è stato consegnato il consenso informato a partecipare allo studio.

L'intervista ha richiesto un tempo medio di somministrazione di circa 20 minuti per soggetto.

4. Misure

Le analisi di questo studio sono state ottenute grazie ai dati ricavati dal questionario pre-trattamento e dal questionario di follow up. I dati ottenuti sono stati analizzati considerando le differenze tra l'ingresso in comunità (T1)

e l'intervista (T2).

È stato possibile operare una distinzione, all'interno del campione di soggetti che hanno avuto un esito negativo del trattamento, tra quelli che hanno dichiarato di consumare dopo la Comunità ma non più al momento dell'intervista e quelli che invece hanno continuato ininterrottamente l'abuso.

La valutazione delle variabili che hanno avuto un'influenza significativa sull'esito del trattamento è avvenuta attraverso l'uso del Chi-quadrato

L'esistenza di una relazione tra il numero di giorni passati in Comunità e l'esito del trattamento è stata verificata utilizzando la procedura Eta, che permette di valutare l'esistenza di un'associazione tra una variabile misurata su scala ad intervalli ed una variabile su scala nominale o ordinale. Tale indice, varia da 0 a 1, dove 0 indica l'assenza di associazione.

Le analisi dei dati sono state condotte utilizzando il pacchetto statistico SPSS 11.0.

5. Risultati

Caratteristiche del campione

Prima dell'ingresso in Comunità, l'83.6% dei soggetti faceva uso di una quantità di eroina inferiore ai 4 grammi al giorno (Tabella 1).

Il 46.3% dei soggetti ha fatto uso di sostanze per un tempo che varia da 6 a 10 anni. Solo il 18.8% ha consumato per meno di 5 anni.

Il 34.4% dei soggetti ha affermato di consumare altre sostanze oltre all'eroina, la maggior parte di essi utilizzava anche cocaina. Inoltre, il 28.3% ha dichiarato di aver avuto dei problemi di abuso di alcool.

A livello sanitario, il 20% dei soggetti aveva contratto il virus dell'HIV prima di entrare in Comunità. Il 20% ha dichiarato di soffrire di problemi psicologici. Dal punto di vista lavorativo, il 66.7% dei soggetti era impiegato stabilmente. Tuttavia, il 50.8% ha dichiarato di avere qualche difficoltà economica.

Dal questionario di follow up è stato possibile rilevare alcuni elementi caratterizzanti il campione dopo la dimissione (Tabella 2). Dal punto di vista sanitario, si è rilevato che il 24.1% dei soggetti ha il virus dell'HIV, di questi, il 4.1% ha scoperto di avere il virus durante il trattamento comunitario mentre il 93.7% ha l'epatite C.

Per quanto riguarda invece la situazione legale, il 76.3% dei soggetti ha dichiarato di non avere avuto alcun problema giuridico dopo la dimissione.

Tabella 1. Dati pre-trattamento

Soggetti	Percentuale
Eroina (meno di 4gr/gg)	83.6%
Altre Sostanze	34.4%
Alcool	28.3%
Hiv	20.0%
Prob. Psicologici	20.0%
Lavoro	66.7%

Tabella 2. Fattori negativi emersi al follow up.

Soggetti	Percentuale
Abuso di alcool	55.2%
Epatite C	93.7%
Hiv	24.1%
Presenza prob. legali	23.7%
Presenza prob. Psicologici	34.1%
Assenza lavoro	7.4%

Sul piano lavorativo, si è rilevato che il 92.6% dei soggetti lavora stabilmente. Di questi, il 92.9% lavora a tempo pieno, il 4.7% a tempo parziale e il 2.4% saltuariamente.

Per quanto riguarda invece il tipo di occupazione, è stato riscontrato che il 48.8% dei soggetti in questione lavora come operaio mentre gli altri si distribuiscono equamente tra il lavoro impiegatizio (12.2%), quello dipendente (12.2%) e quello di libero professionista (12.2%). Una percentuale minore (9.8%) lavora nel ramo del commercio mentre una percentuale più bassa (4.9%) si occupa di artigianato.

Si è rilevata una sostanziale omogeneità per la variabile grado d'istruzione: infatti, il 75.6% dei soggetti ha frequentato fino alle scuole medie.

Il 67% dei soggetti appartenenti al campione ci ha fornito informazioni circa la propria attuale situazione abitativa. Osservando i dati emerge che solo il 9.6% vive solo mentre il 39.4% dei soggetti vive ancora con la famiglia di origine. Il 51.0% dei rispondenti dichiara di vivere con la moglie o con una compagna. Tra i soggetti che conducono una vita di coppia, nel 95.9% dei casi la moglie/compagna è estranea ai problemi di tossicodipendenza.

Il 28.4% dei soggetti ha dichiarato di trascorrere il tempo libero con la famiglia. Il 60.5% con gli amici e il 6.2% di non frequentare nessuno. Il 2.9% dei soggetti ha dichiarato di incontrare abitualmente le persone con cui si drogava.

L'ultima area dell'intervista verteva sullo stato psicologico dei soggetti dimessi dalla Comunità: si è cercato di determinare se i soggetti dimessi avessero sofferto di problemi psicologici dovuti ad eventi stressanti. Il 65.9% ha dichiarato di non averne avuti, i rimanenti hanno sofferto principalmente di disturbi d'ansia o depressivi.

Ai soggetti che hanno dichiarato di aver avuto problemi psicologici è stato chiesto se si fossero sottoposti a qualche trattamento per la cura degli stessi. I dati mostrano che il 77.9% non ha ritenuto necessario sottoporsi ad alcun trattamento. Il 16.3% ha fatto uso di farmaci mentre soltanto il 3.6% dei soggetti ha dichiarato di aver partecipato a colloqui psicologici di sostegno o trattamenti psicoterapeutici.

Esito del trattamento

Il 54.6% dei soggetti non ha più fatto uso di sostanze subito dopo la conclusione del trattamento, mentre il 16.9% ha smesso di consumare nel periodo trascorso tra la fine del trattamento e il momento dell'intervista

Tale dato ci fa concludere che il successo complessivo, relativo ai 140

soggetti che hanno risposto alla domanda, è del 71.5%.

L'esistenza di una relazione tra il numero di giorni passati in Comunità e l'esito del trattamento è stata verificata sia dopo la dimissione ($\eta^2 = 0.960$) che a lungo termine ($\eta^2 = 0.971$). Tali dati tenderebbero a far ritenere che maggiore è il tempo di permanenza in Comunità maggiore è la probabilità di successo. Questa ipotesi è stata presa in esame considerando una tabella di contingenza 2X2 nella quale sono state considerate come variabili il numero di giorni passati in Comunità, trasformata in variabile categoriale a due livelli grazie alla divisione in funzione della media, con il consumo successivo alla Comunità, anch'essa a due livelli, nella prima analisi e con il consumo al momento dell'intervista nella seconda. L'analisi (Tabella 3) ha mostrato l'esistenza di una differenza significativa tra i due gruppi sia per il consumo immediatamente successivo alla dimissione ($\chi^2 = 5.102$; $df=1$; $p < .05$) che per il consumo al momento dell'intervista ($\chi^2 = 3.406$; $df=1$; $p < .05$).

Non si è rilevata alcuna differenza nel successo del trattamento in funzione dell'istruzione scolastica né per quanto riguarda il consumo immediatamente successivo ($\chi^2 = 0.767$; $df=2$; $p > .05$), né per il consumo al momento dell'intervista ($\chi^2 = 0.580$; $df=2$; $p > .05$).

Per quanto riguarda la presenza di un'occupazione, si è rilevata una percentuale di occupati maggiore tra i soggetti che non hanno più fatto uso di sostanze sia subito dopo la dimissione ($\chi^2 = 10.391$; $df=1$; $p < .01$) sia al momento dell'intervista ($\chi^2 = 12.941$; $df=1$; $p < .01$).

È stata poi presa in considerazione la possibilità che vi fosse una differenza tra chi consumava e chi non consumava grandi quantità di alcool prima dell'ingresso in Comunità e l'assunzione di sostanze alla dimissione. È stato verificato che non esistono differenze significative tra chi consumava o non consumava alcool prima della Comunità e il successo del trattamento, rispettivamente, a breve ($\chi^2 = 0.212$; $df=1$; $p > .05$) e a lungo termine ($\chi^2 = 0.620$; $df=1$; $p > .05$).

Si è verificato che esiste una differenza significativa tra i soggetti che hanno una compagna o una moglie e quelli che non l'hanno e il successo terapeutico. Questo dato è confermato sia considerando i soggetti che non consumavano più sostanze al momento dell'intervista ($\chi^2 = 13.526$; $df=4$; $p < .01$), sia coloro che hanno dichiarato di non aver più consumato fin

dall'uscita dalla Comunità (Chi quadrato=12.292; df=4; p<.05). La presenza di una relazione di coppia risulta essere associata con la decisione di non proseguire con l'abuso di sostanze (Chi quadrato=10.231; df=1; p<.001).

Tabella 3. Variabili connesse con l'esito del trattamento

	Dimissione		Intervista	
	Chi quadrato	Sig.	Chi quadrato	Sig.
N giorni trattamento	5.102	*	3.406	*
Titolo di studio	0.767	N.S.	0.580	N.S.
Attività lavorativa	10.391	**	12.941	**
Alcool	0.212	N.S.	0.620	N.S.
Relazione di coppia	12.292	*	13.526	**
Problemi psicologici	7.375	**	3.685	*

* p<.05

**p<.01

In ultimo si è valutato se vi fosse una differenza significativa tra i soggetti che presentavano o non presentavano problemi psicologici prima dell'ingresso in Comunità e il risultato del trattamento. L'analisi ha rilevato che la percentuale di successi è significativamente maggiore tra i soggetti che non presentavano marcati tratti psicopatologici sia alla dimissione (Chi-quadrato = 7,375; df=1; p<.01) che all'intervista (Chi-quadrato =3.685; df=1; p<.05). Ciò porterebbe a far concludere che la presenza di un problema di tipo psicologico rappresenta un ulteriore fattore di rischio nel favorire la ripresa del consumo di sostanze alla dimissione dalla Comunità. Infatti il 52.7% dei soggetti rispondenti, che ha dichiarato di non aver avuto o di non avere attualmente problemi psicologici, ha anche dichiarato di non consumare più sostanze al momento dell'intervista.

Indici predittivi

È stato considerato il numero di anni per i quali i soggetti si erano drogati, provando a porre in relazione tale variabile con il consumo successivo alla dimissione e al momento dell'intervista. Anche in questo caso è stata utilizzata la procedura Eta. È stata verificata l'esistenza di una debole associazione tra le variabili in questione, sia per quanto riguarda il consumo successivo (Eta =0.542) che per quanto riguarda il consumo al momento dell'intervista (Eta =0.529).

Anche la verifica della relazione tra la quantità di droga consumata ed il successo del trattamento, condotta con Eta, ha mostrato un'associazione irrilevante tra le due variabili (rispettivamente Eta =0.452 ed Eta =0.513). Pertanto, si può concludere che non sembrerebbero aver inciso sul trattamento né gli anni di dipendenza, né i quantitativi di sostanza assunta.

Tra gli elementi considerati predittivi della ritenzione in trattamento e del successo terapeutico, si è cercato di verificare l'ipotesi secondo cui tali indici potessero variare in funzione del tipo di trattamento proposto. Infatti, nel corso degli anni si è assistito ad un passaggio da un'équipe terapeutica ad orientamento sistemico-relazionale, fino al 1990, ad una ad orientamento psicodinamico. Si è cercato quindi di valutare se potesse esistere una relazione tra l'annata di ingresso in Comunità, e quindi le differenti modalità di intervento proposto e il tempo di ritenzione in trattamento. L'analisi, eseguita attraverso il Coefficiente di correlazione r di Pearson non ha rilevato l'esistenza di una correlazione significativa tra le due variabili ($r = -0.30$). Si è presa, inoltre, in esame la possibilità dell'esistenza di un'associazione tra l'impostazione teorica di riferimento del trattamento e il consumo alla dimissione ed al momento dell'intervista. L'analisi è risultata significativa in relazione al successo a lungo termine, al momento dell'intervista, (Chi-quadrato=4.089; $df=1$; $p < .05$) ma non per quello a medio termine dopo la dimissione (Chi-quadrato=1.052; $df=1$; $p > .05$).

Differenze pre/post trattamento

Si è rilevato che il numero di soggetti che faceva uso di alcoolici (31.0%) era minore prima dell'ingresso in Comunità rispetto al periodo successivo alla dimissione (55.2%). Tale differenza (Tabella 4), è risultata significativa all'analisi condotta con il Chi-quadrato (Chi-quadrato =8.089; $df=1$; $p < .01$).

Tabella 4. Differenze pre/ post trattamento

	Intake (%)	Follow up (%)	Chi quadrato	Sig.
Alcool	31.0	55.2	8.089*	*
Problemi psicologici	19.7	42.6	6.403*	*

* $p < .01$

In relazione ai cambiamenti nello stato psicologico, è stato rilevato che il 27.9% dei soggetti rispondenti non aveva problemi prima dell'ingresso in Comunità mentre ne ha dichiarati dopo la dimissione, l'8.6% ha dichiarato di avere risolto i propri problemi mentre il 14.8% ha dichiarato di avere dei problemi prima dell'ingresso in Comunità che si sono mantenuti anche dopo la dimissione. Tale differenza è risultata significativa (Chi-quadrato =6.403; $d=1$; $p < .01$).

5. Conclusioni

È stata rilevata una percentuale di successo, sui 140 soggetti intervistati, pari al 71.5%, considerando i soggetti che non avevano più consumato dopo la dimissione dalla Comunità e quelli che hanno smesso il consumo nel periodo compreso tra la dimissione e l'intervista. Tale dato differisce da quelli citati da Gori (1999), nella sua revisione delle percentuali di successo generali ottenute dalle Comunità terapeutiche: egli ha, infatti, evidenziato una percentuale media di successo a livello internazionale del 46%, in accordo con il dato del 50% fornito da Yablonsky (1989), pur essendovi variabilità tra una Comunità e l'altra. Lo stesso Gori ha rilevato che in Italia le percentuali medie di successo, per le due Comunità che hanno fornito dati di follow-up, Cascina Verde e Mondo X, si attesta sul 41%.

In realtà, la percentuale di successo ottenuta dalla Comunità Terapeutica considerata risulta essere in linea con quelle rilevate da Gori se vengono considerati come insuccessi i decessi. Infatti, in tal caso la percentuale di soggetti che non consumavano più al momento dell'intervista scende a 52,63%.

In relazione al risultato del trattamento, è stato rilevato che esiste una associazione significativa tra il numero di giorni passati in Comunità, definibile come ritenzione in trattamento, e il conseguente successo terapeutico alla dimissione. Questo dato è sostanzialmente in accordo con quelli rinvenuti in letteratura: McCusker (1997) ha verificato la necessità di un periodo di trattamento in Comunità terapeutica superiore ai 40 giorni per garantire una qualche possibilità di recupero del soggetto. Anche Gori et al. (1986) e Wilson (1978) hanno rilevato un sostanziale accordo con questa ipotesi: infatti, hanno rilevato che i risultati migliori erano raggiunti dai soggetti che avevano concluso il trattamento o che comunque vi erano rimasti più tempo possibile.

Nella valutazione degli indici predittivi della ritenzione in trattamento, l'ipotesi dell'esistenza di una relazione tra permanenza in trattamento e modalità di intervento proposto non è stata verificata.

L'ipotesi secondo cui il successo terapeutico sia influenzato dal tipo di trattamento ha ricevuto conferma: il consumo al momento dell'intervista è risultato statisticamente più elevato per i soggetti entrati in comunità dopo il cambiamento dell'équipe terapeutica, mentre non si sono rilevate differenze sostanziali tra i due gruppi per il consumo dopo la dimissione. Sebbene questo dato potrebbe evidenziare una differenza tra i due tipi di trattamento, occorre tenere presente che nei primi anni di apertura della Comunità c'è stata una maggiore possibilità sia di selezionare i soggetti più motivati al trattamento, sia di escludere quelli con disturbi psichiatrici. Di conseguenza, la differenza individuata tra i due gruppi non sarebbe da imputare alle modalità di intervento proposte, ma alle caratteristiche dei soggetti considerati.

Tali dati tenderebbero quindi a dimostrare l'equivalenza tra i due tipi di psicoterapia che si sono succedute negli anni in Comunità. È possibile che l'équipe terapeutica abbia mantenuto una sostanziale coerenza nei mezzi e metodiche utilizzate nella terapia di gruppo, così da non aver provocato differenze nella ritenzione in trattamento e nell'esito del trattamento.

Si è riscontrato che la presenza di una relazione di coppia stabile può favorire il comportamento di astinenza dopo la dimissione.

È stato rilevato che il titolo di studio posseduto non risulta essere una variabile discriminante ai fini della riuscita del trattamento, a differenza dell'attività lavorativa. Questo dato risulta conforme a diversi studi che hanno cercato di valutare l'esistenza di una relazione tra cessazione del consumo, lavoro e

situazione economica (Romond, 1975, Charuvastra e Charbeneaux, 1977-78 e Gori, 1986). L'ipotesi che il consumo di alcoolici possa incidere sul risultato del trattamento non ha invece ricevuto conferma mentre è stata confermata l'ipotesi secondo cui la presenza di problemi psicologici possa avere un effetto significativo sul consumo di sostanze dopo la dimissione. Come sottolineato precedentemente, questo dato è molto interessante perché evidenzia come le Comunità Terapeutiche non focalizzino la propria attenzione sul problema psicologico o sul deficit che ha portato il soggetto a consumare sostanze ma lo portano ad imparare a gestire gli aspetti del proprio comportamento sui quali precedentemente non era in grado di esercitare un controllo. In tale ottica, la cessazione del consumo di sostanze deriverebbe dall'acquisita capacità da parte del soggetto di gestire e risolvere i propri problemi attraverso modalità di coping differenti dal consumo di droga. Proprio per questo, la presenza di problemi psicologici rappresenterebbe un fattore di rischio significativo.

La valutazione dei modificazioni comportamentali avvenute tra il periodo precedente alla Comunità e quello successivo ha evidenziato un incremento della percentuale di soggetti dediti al consumo di alcool e di quelli che riferivano di avere problemi psicologici. È possibile che tali modificazioni siano dovute all'aumento della consapevolezza da parte dei soggetti stessi delle proprie problematiche.

Sembrerebbe, infatti, di poter concludere che gli utenti all'ingresso in Comunità non avevano consapevolezza di tali problematiche ed il trattamento in Comunità potrebbe quindi averli spinti a prendere coscienza di tali problemi. La Comunità, infatti, non agisce direttamente sul problema psicologico portato dal soggetto come invece potrebbe fare una psicoterapia, ma lo aiuta: a prendere coscienza del problema stesso che prima era presente solo a livello inconsapevole, a imparare modalità funzionali di gestione di tali problemi, senza ricorrere all'uso di sostanze, a definire e formulare una domanda di aiuto.

Gli elementi emersi in questo studio, indicano che sarebbe interessante valutare le aspettative e le impressioni dei soggetti nei confronti del percorso riabilitativo in comunità terapeutica, per cercare di capire se esistano caratteristiche, soprattutto in termini di convinzioni personali, proprie del soggetto tossicodipendente che possano favorire o meno la riuscita del trattamento in comunità terapeutica. Tale analisi, condotta attraverso il colloquio clinico con i pazienti, sarà oggetto di un ulteriore studio.

Bibliografia

- AGOSTI, V., NUNES, E., STEWART, W., QUITKIN, F. M. (1991). Patient factors related to early attrition from an outpatient cocaine research clinic, in "International Journal of Addiction", 26(3), pp. 327-334.
- BROOME, K. M., FLYNN, P. M., SIMPSON, D. D. (1999). *Psychiatric comorbidity measures as predictors of retention in drug abuse treatment programs*, in "Health Services Research", 34(3), pp. 791-806.
- CHARUVASTRA, V. E. CHARBENEUX, Z. (1977-78). *Drug free therapeutic community: A follow-up study*, in "Drug Forum", 6(1), pp. 77-83.
- CIRILLO, S., BERRINI, R., CAMBIASO, G. E MAZZA, R. (1996). *La famiglia del tossicodipendente*, Cortina, Milano.
- CLERICI, M. (1993). *Tossicodipendenza e psicopatologia*, Franco Angeli, Milano
- DE LEON, G. (1988). *The therapeutic community perspective and approach for adolescent substance abusers*. In: S. C. FEINSTEIN, A. H. ESMAN; J. G. LOONEY, G. H. ORVIN, J. L. SHIMEL, A. Z. SCHWARTZENBERG AND A. D. SOROSKY (a cura di), *Adolescent Psychiatry – Development and Clinical Studies*. Vol.15, University of Chicago Press, Chicago.
- FERNANDEZ-HERMIDA J. R., SECADES-VILLA R., FERNANDEZ-LUDENA J. J. E MARINA-GONZALEZ P. A. (2002). *Effectiveness of a therapeutic community treatment in Spain: a long-term follow-up study*, in "European Addiction Research", 8(1), pp. 22-29.
- FRIEDMAN, A. S. AND GLICKMAN, N. W. (1987). *Effects of psychiatric symptomatology of treatment outcome for adolescent male drug abusers*, in "Journal of Nervous and Mental Diseases", 175(7), pp. 425-430.
- GORI, E. (1999). *La valutazione oggettiva dell'efficacia dei trattamenti nel campo delle chemiodipendenze*. Sinossi del corso di lezioni tenute al Labos.
- GORI, E., ZARDI, L., CLERICI, M., GARINI, R. E CARTA, I. (1986). *Follow-up s'étendant sur sept années des jeunes toxicomanes après traitement en une communauté thérapeutique italienne*, in « Psychologie Medicale », 18(2), pp. 283-286.
- GREENWOOD G. L., WOODS W. J., GUIDISH J. E BEIN E. (2001). *Relapse outcomes in a randomized trial of residential and day drug abuse treatment*, in "Journal of Substance Abuse Treatment", 20(1), pp.15-23.
- GUIDISH, J., SORENSEN, J. L., CHAN, M., BOSTROM, A., WERDEGAR, D., ACAMPORA, A. (1999). *A randomized trial comparing day and residential drug*

- abuse treatment: 18-month outcomes*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 67(3), pp. 428-434.
- HSER, Y., GRELLA, C. E., HUBBARD, R. L., HSIEH, S., FLETCHER, B. W., BROWN, B. S., ANGLIN, D. (2001). *An evaluation of drug treatment for adolescent in 4 US cities*, in "Archives of General Psychiatry", 58, pp. 689-695.
- HSER, Y., HOFFMAN, V., GRELLA, C. E. E ANGLIN, D. (2001). *A 33-Year Follow-up of Narcotics Addicts*, in "Archives of General Psychiatry", 58(5), pp. 503-508.
- JOE, G. W., BROWN, B. S., SIMPSON, D. D. (1995). *Psychological problems and client engagement in methadone treatment*, in "Journal of Nervous and Mental Disease", 183(11), pp. 704-710.
- MARTIN, G. W. E WILKINSON, D. A. (1989). *Considerazioni metodologiche circa la valutazione dei trattamenti per le tossicodipendenze*, in "Basis", 3, pp. 35-50.
- MCCUSKER, J., BIGELOW, C., VICKERS-LAHTI, M., SPOTTS, D., GARFIELD, F. E FROST, R. (1997). *Planned duration of residential drug abuse treatment: efficacy versus effectiveness*, in "Addiction", 92(11), pp. 1467-1478.
- MCLELLAN, A. T. (1980). *An improved diagnostic instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index*, in "Journal of Nervous and Mental Disease", 168, pp. 26-33.
- MCLELLAN, A. T. (1992). *The Fifth Edition of Addiction Severity Index*, in "Journal of Substance Abuse Treatment", 9, pp. 199-213.
- ROMOND, A. M., FORREST, C. K., KLEBER, H. D. (1975). *Follow-Up of Participants in a Drug Dependence Therapeutic Community*, in "Archives of General Psychiatry", 32(3), pp. 369-374.
- SIMPSON D. D., JOE G. W. E BROOME K. M. (2002). *A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence*, in "Archives of General Psychiatry", 59(6), pp. 538-544.
- WILSON, S. (1978). *The effect of treatment in a therapeutic community on intravenous drug abuse*, in "British Journal of Addiction", 73(4), pp. 407-411.
- YABLONSKI, L. (1989). *La Comunità terapeutica*, Astrolabio, Roma.

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

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

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

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

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

Norme generali

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

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

Vengono presi in considerazione solamente manoscritti originali. Tutti i lavori devono essere prodotti con una stampante di qualità adeguata, a interlinea doppia con corpo 12 (preferibilmente AGaramond) su un solo lato di carta

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

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

Formato della pagina

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

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

Norme specifiche per gli articoli di ricerca empiricamente fondata.

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

Nella sezione Obiettivi va sintetizzato con chiarezza lo scopo del lavoro e l'ipotesi che si intendono verificare, nei Metodi va riportato il numero e tipo di

soggetti considerati, il disegno dello studio, gli strumenti impiegati e il tipo di analisi statistica utilizzata. Nella sezione Risultati vanno riportati i dati emersi dallo studio e dall'analisi statistica. Nella sezione Conclusione va riportato il significato dei risultati e l'eventuale ricaduta sul piano della pratica clinica. Parole-chiave (key-words): riportare non più di 5 parole-chiave che caratterizzano il lavoro.

Riferimenti bibliografici

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

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

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

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

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

Esempio di citazione di un libro

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

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

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

Esempio Di Citazione Di Un Articolo Pubblicato Su Una Rivista:

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

Aspetti etici, deontologici e legali

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

