

RICERCA
IN
PSICOTERAPIA

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

VOLUME 8 - NUMERO 1
Gennaio - Giugno 2005

Ricerca in Psicoterapia

ISSN: 1723-7254

**© 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

Comitato scientifico:

Massimo Ammaniti (Roma)
Antonio Andreoli (Ginevra)
Alessandro Antonietti (Milano)
Paolo Azzone (Milano)
Wilma Bucci (New York)
Antonio Carcione (Roma)
Italo Carta (Monza)
Giorgia 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)
Paolo Migone (Parma)
Sergio Muscetta (Roma)
Corrado Pontalti (Roma)
Marco Sambin (Padova)
Carlo Saraceni (Roma)
Sandra Sassaroli (Milano)
Andrea Seganti (Roma)
Antonio Semerari (Roma)
Roberta Siani (Verona)
Orazio Siciliani (Verona)
Michael Stigler (Losanna)

Comitato di Redazione:

Paolo Azzone
Etrusca Centenero
Antonello Colli
Emilio Fava (coordinatore)
Enzo Leone
Cinzia Masserini
Veronica Meletti
Chiara Morandi
Giuseppe Niccolò
Francesco Noselda
Igor Pontalti

Indirizzo per corrispondenza:

Prof. Salvatore Freni
“Unità di Psichiatria Dinamica
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
Stampa:

AVVISO AI LETTORI 7

STRUMENTI E METODI

Analisi del processo su un caso singolo: confronto tra trascritto a memoria e trascritto audioregistrato

Process analysis in a single case: comparison of audio-recorded versus hand transcript

di A. Lis, S. Salcuni, M. Zini,

D. Genovese, D. Di Riso, V. Zonca 9

RICERCA CLINICA

Studi controllati randomizzati in psicoterapia: il caso della Terapia Interpersonale Psicodinamica

Controlled randomized trials in Interpersonal Psychodynamic Therapy

di G. Palmieri, E. Guthrie, S. Po, M. Rigatelli 49

Il Test di Rorschach nella Valutazione di Pazienti con Tentato Suicidio

Rorschach's test in parasuicide cases assessment

di E. Giampieri, C. Scialò; M. Farina; J. Bagnasco,

E. Paggi, R. Rampoldi, C.M. Cornaggia, Italo Carta 77

PSICOTERAPIA NELLE ISTITUZIONI

La dimensione psicoterapeutica in SPDC

The psychotherapeutic function of the acute psychiatric ward

di P. Gallotti, M.I. Greco, J. Beltz, G.G. Alberti 95

La valutazione del cambiamento nella psicoterapia breve di crisi: un'applicazione dello SCORS-Q

Evaluation of change in short-term psychotherapy of crisis: the use of the SCORS-Q

di J. Beltz, E. Cassani, G. Maresca,

L. Neri, E. Redemagni, G.G. Alberti 103

Aspetti metodologici nella valutazione degli effetti della psicoterapia di crisi mediante la Social Cognition and Object Relation Scale

Methodological issues in the use of the Social Cognition and Object Relations Scale for evaluating the effects of crisis psychotherapy

di G. Amadei, E. Redemagni, J. Beltz,

E. Cassani, G. Maresca, L. Neri, G.G. Alberti 113

LAVORI IN CORSO

Analisi degli aspetti paraverbali in una psicoterapia dinamica breve: il metodo dell'Attività Referenziale e l'analisi della Speech Rate

Analysis of non verbal aspects in a brief dynamic psychotherapy: Referential Activity methodology and Speech Rate analysis

Di D. Rocco

127

NORME REDAZIONALI

148

AVVISO AI LETTORI

Ricerca in Psicoterapia ha un nuovo Editore. Contiamo finalmente di poter uscire con regolarità e di poter avere una maggiore diffusione e visibilità. Trovare un nuovo editore adatto alle nostre esigenze non è stato facile e privo di complicazioni, ma ci siamo finalmente riusciti. Un grazie particolare a Sergio Salvatore, il cui contributo è stato determinante, e al Direttivo della SPR-Italia, che si è mosso tempestivamente e fattivamente per rendere possibile questo cambiamento. Siamo convinti che ora Ricerca in Psicoterapia potrà svolgere con maggiore efficacia il suo ruolo nel favorire la conoscenza e lo sviluppo della ricerca empirica in psicoterapia e psichiatria dinamica. Cercheremo di sviluppare nuovi motivi di interesse per la nostra rivista e di migliorarne ulteriormente i contenuti scientifici: per questo chiediamo ai lettori di continuare a contribuire con lavori scientifici di qualità e con la diffusione nei contesti clinici e di ricerca.

Ci sono stati anche dei cambiamenti nell'organizzazione della Redazione. Emilio Fava, su proposta di Salvatore Freni e del Direttivo di SPR-Italia, ha assunto l'incarico di direttore scientifico e Cinzia Masserini di Redattore capo, in modo da definire più organicamente le funzioni e le responsabilità. La Redazione si sente particolarmente aperta alla partecipazione fattiva dei Soci nello svolgimento delle sue funzioni, alle critiche e ai suggerimenti. Intendiamo finalmente perfezionare il sistema dei referees, tenendo conto del fatto che i lavori che compaiono sulla rivista sono indicizzati in Psychinfo ed Embase. Auguriamo a tutti (e a noi stessi) buon lavoro.

Emilio Fava, Salvatore Freni, Cinzia Masserini

ANALISI DEL PROCESSO SU UN CASO SINGOLO: CONFRONTO TRA TRASCRITTO SU MEMORIA E TRASCRITTO AUDIOREGISTRATO

Adriana Lis, Silvia Salcuni*, Monica Zini*,
Debora Genovese*, Daniela Di Riso*, Valentina Zonca*,*

Riassunto

Nell'ambito della ricerca in psicoterapia in particolare ad indirizzo psicomodinamico si è aperto già da alcuni anni un ampio dibattito su che cosa sia il "dato clinico" così come si dipana nella seduta e relativamente al modo in cui viene riportato. In particolare viene dato ampio spazio alla diatriba relativa alla tematica della trascrizione della seduta: audioregistrazione versus transcript a memoria. Attualmente solo pochi sono i lavori che confrontino a livello empirico diverse modalità di registrazione.

Scopo del presente lavoro è presentare una prima tranche di 18 sedute di psicoterapia di sostegno, di un caso singolo, valutate con diversi metodi, di cui alcuni esistenti in letteratura ed altri adattati dagli autori (derivati pure da strumenti esistenti in letteratura). La finalità è verificare analogie e differenze nei risultati rispetto alla due modalità di registrazione. Il lavoro si conclude con una discussione sui pregi e limiti del lavoro e su proposte future.

Parole chiave: valutazione della psicoterapia, process, trascritto, audioregistrazione.

Summary

For many years now authors interested in psychodynamic empirical research have debated on "clinical data" and how they can be defined, observed and reported. In particular audio-recorded versus hand transcript of sessions are widely discussed. Few research project had compared empirically these two ways of recording clinical material. The aim of this paper is to compare

* Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e dei Processi di Socializzazione, Università degli Studi di Padova

audio-recorded versus hand transcript of 18 supportive psychotherapy sessions of a male patient. The sessions were assessed using different instruments: some already existing in the literature and others modified especially for this project from previous existing ones. The paper also highlights limitations of this project and future projects.

Key words: Psychotherapy research, Process, transcript, audio-recorded.

1. Introduzione

Nell'ambito della ricerca in psicoterapia in particolare ad indirizzo psicodinamico si è aperto già da alcuni anni un ampio dibattito su che cosa sia il "dato clinico" così come si dipana nella seduta e relativamente al modo in cui viene riportato (Jordan-Moore, 1994; Tuckett, 1994; Vollmer Fihlo, 1994).

Widlocher (1994) distingue quattro modalità di presentazione del materiale psicoanalitico:

- a) monografia: esposizione piuttosto lunga e comprensiva di un caso individuale, che tiene conto di eventi biografici, sintomi clinici, comportamento manifesto e dati latenti scoperti durante il trattamento.
- b) vignetta clinica: materiale piuttosto breve ma significativo estratto da una particolare seduta. Pur nella sua non sistematicità rappresenta la modalità più diffusa per illustrare concetti e fatti clinici sia nelle presentazioni che nelle pubblicazioni.
- c) trascrizione - *transcript* - alla fine della seduta stessa viene riportato sia quanto detto dal paziente, sia quello che lo psicoanalista ha detto o pensato. E' il metodo carta-matita classicamente usato nella clinica ad orientamento psicodinamico per riportare i dati emersi da una seduta terapeutica.
- d) trascrizione verbatim di uno o più sedute audioregistrate. E' una modalità introdotta più di recente nell'ambito delle psicoterapie ad orientamento psicoanalitico e fonte di un ampio dibattito sul piano sia teorico che metodologico.

Mentre i primi due metodi fanno riferimento a modalità episodico-narrative di riportare il materiale, i secondi due fanno riferimento alla modalità

di riportare quanto avviene nel dettaglio delle singole sedute, rispettando l'ordine temporale e restando fortemente legati all'organizzazione del discorso.

Nella letteratura esistente sono stati discussi i vantaggi e svantaggi nell'utilizzo delle due modalità di proporre ed utilizzare il transcript. La trascrizione carta-matita, a memoria alla fine della seduta, permette di rispettare il dato psicoanalitico: per le sue caratteristiche qualitative, questo metodo consente di rilevare la complessità del paziente nelle sue componenti consapevoli e inconsce, nei significati affettivi emozionali collegati alla sua storia individuale e alla sua realtà psichica. Inoltre l'osservazione e la rilevazione dei dati psicoanalitici sono profondamente guidate e mediate dalla teoria della tecnica psicoanalitica e dalla particolare costellazione psichica del terapeuta. Il racconto trascritto dal terapeuta assume un significato clinico per quel paziente, all'interno di quella seduta, in quanto "fatto clinico psicoanalitico". Infine la trascrizione alla fine della seduta risulta meno intrusiva e non disturba l'intimità della relazione e la delicatezza della situazione clinica.

D'altra parte, la trascrizione carta-matita del materiale del colloquio e dell'osservazione si basa, comunque, sul ricordo e questo pone tutto il problema della distorsione della memoria, che diviene tanto maggiore quanto più ampio è il tempo trascorso. Inoltre, questa modalità, non è sicuramente così obiettiva e fedele come quella derivata dal registratore. I transcript carta-matita omettono e distorcono l'informazione se confrontati con la audioregistrazione (Wolfson & Sampson, 1976), perché basati sulla memoria del terapeuta.

L'utilizzo dell'audioregistratore consente invece una accurata e rapida registrazione dei dati, una raccolta obiettiva del materiale, una condivisione dello stesso da parte di professionisti diversi, i quali possono risentire il materiale, che rimane a disposizione nella sua integrità. E' comunque indispensabile che l'utilizzo del registratore si basi sul consenso informato da parte del paziente (legge sulla privacy, D. lgs. 196/03), e con la garanzia sulla necessaria riservatezza circa la possibilità di identificare il paziente stesso. Tuttavia l'uso del registratore non tiene conto dello spessore comunicativo che si verifica spesso attraverso la memoria, la ricostruzione, lo stesso "non ricordo": il rischio è che "...quello che è guadagnato in oggettività viene perso in profondità per quanto riguarda il mutuo processo mentale tra paziente e terapeuta" (Widlocher, 1994, pag. 1237).

Naturalmente, dal punto di vista clinico, l'uso del registratore in ambito psicoterapeutico introduce una variabile "terza", sia per il paziente che per il

clinico. L'audioregistratore si inserisce nel contesto della relazione terapeutica e, in particolare, negli aspetti relativi al transfert ed al controtransfert relazionale.

Secondo Jordan Moore (1994) nessuno dei due metodi produce una registrazione vera: il registratore riporta maggiormente i dettagli, ma non sempre lo spessore affettivo od altri aspetti più o meno inconsci della relazione che il terapeuta coglie con la sua soggettività, il suo controtransfert; la seduta trascritta a posteriori, invece, riflette meno il dettaglio empirico della narrativa ma probabilmente coglie meglio il contributo individuale. Secondo l'autore è importante riflettere anche sullo scopo per cui si sceglie un metodo o l'altro.

Il dibattito così acceso all'interno della società psicoanalitica assume un significato ancora più specifico quando ci si rivolga alla ricerca empirica in psicoterapia ad indirizzo psicodinamico.

Una delle condizioni fondamentali per una verifica empirica è la conoscenza di quanto avviene nella "realtà" della seduta. Il problema della registrazione così come quello della costruzione di manuali di psicoterapia si inserisce all'interno di questa più ampia problematica (Blatt, 2001; Fonagy, 2001; Safran, 2001; Strupp, 2001).

E' interessante notare che la necessità di un maggiore rigore "empirico" nella trascrizione dei dati venga comunque condivisa, attualmente, anche dagli autori di stampo psicoanalitico, sebbene non sempre venga accettato l'uso dell'audioregistratore. La Commissione sull'attività scientifica dell'APA (American Psychoanalytic Association 1982) ad esempio, ha proceduto alle seguenti raccomandazioni metodologiche: presentare la trascrizione del caso in forma di dialogo fra due interlocutori; classificare ogni frase in una delle seguenti tre categorie: a) Pensieri non comunicati e comportamento non verbale; b) Approssimazioni di quanto detto verbalmente dal paziente

(o dal terapeuta); c) verbalizzazioni esattamente riportate; usare colonne multiple per poter apporre osservazioni nel punto preciso della conversazione cui intendono riferirsi.

Secondo Luborsky (2001), uno dei limiti della ricerca in psicoterapia su basi psicoanalitiche è proprio da attribuire alla scarsa disponibilità di casi psicoanalitici audioregistrati. Più recentemente, Wallenstein (2002), in un breve excursus storico sulla ricerca in psicoterapia, evidenzia la fragilità dei dati analizzati quando questi non siano stati audioregistrati.

Una delle più importanti banche di dati audioregistrate è fornita dal gruppo di Ulm, che ha costituito la più grande banca dati di protocolli di primi colloqui e colloqui psicoterapeutici attualmente esistente: la Ulmer Text-bank (Mergenthaler & Kaechele, 1994).

Tuttavia, ancora nel 2001 Luborsky (2001) evidenzia l'attuale disponibilità di solo 17 casi di trattamenti psicoanalitici completamente registrati come sorgente di risorse.

Fonagy (IPA, 1999) evidenzia come quanto sostenuto dai clinici classici sull'influenza dell'audioregistratore, per esempio sullo sviluppo della relazione di transfert e controtransfert, non sia mai stato supportato empiricamente mentre sarebbe necessario farlo.

In effetti pochissime sono le ricerche sistematiche sull'uso comparativo di audio versus videoregistrazioni, e quasi tutte di parecchi anni fa. Esse sembrano indicare come l'effetto del videoregistratore sia positivo o trascurabile (Braff et al., 1979; Marshall et al., 1997). Gli studi che hanno ottenuto un risultato positivo citano come spiegazione l'effetto Hawthorne: il risultato deriva dalla consapevolezza del soggetto di essere studiato (Adair, 1984). A favore dell'uso dell'audioregistratore viene evidenziato un risultato interessante: la maggior parte di questi casi evidenzia un miglioramento nella Health-Sickness Rating Scale (Luborsky, 1962) applicata da giudici indipendenti nello stadio iniziale e nello stadio avanzato del trattamento. Pochi sono anche i lavori che utilizzano e paragonano il trascritto a mano ed il videoregistratore (Harrison, 2003).

2. Scopo del lavoro

Scopo del presente lavoro è contribuire al dibattito a livello empirico, proponendo il confronto, tramite una serie di strumenti di valutazione empirica, in un caso di intervento di sostegno, delle due più classiche metodologie di "raccolta dati": la registrazione dei colloqui fatta tramite transcript a memoria dallo psicologo/psicoterapeuta dopo la conclusione dell'incontro; la trascrizione verbatim tratta dalla audioregistrazione dell'incontro.

Più precisamente ci si propone di analizzare il processo psicoterapeutico di una prima tranches di 18 sedute di psicoterapia di sostegno, a frequenza settimanale, di un caso singolo, per poter confrontare i risultati e gli andamenti, di alcune variabili del process, emersi dalle due metodologie di registrazione.

3. Metodologia

Metodologia della ricerca: studio del caso singolo seguendo una metodologia di ricerca sul process.

Materiale: abbiamo considerato le prime 18 sedute (3 di consultazione e 15 di intervento settimanale) di una prima tranches di psicoterapia psicodinamica di sostegno di F., a cadenza settimanale. Tutte le sedute erano state audioregistrate, previo consenso informato del paziente, e il terapeuta aveva stilato i relativi transcript.

4. Breve descrizione del caso: F. (20 anni studente universitario)

Si rivolge spontaneamente ad un servizio di consulenza psicologica per problemi relativi alla scelta universitaria, nello studio e difficoltà nelle relazioni con l'altro sesso. È definitivamente iscritto al primo anno di chimica, dopo alcuni repentini cambiamenti all'interno di diverse facoltà scientifiche e di vari indirizzi, che gli hanno generato molte difficoltà.

Dai colloqui di consultazione emergono una forte angoscia relativa alla confusione per la scelta universitaria, una forte preoccupazione per il momento di difficoltà passato, paura di perdere il controllo, timori che il paziente collega alla sua storia familiare, passata e presente, realmente travagliata. Viene lamentata anche una difficoltà nelle relazioni sociali e con l'altro sesso.

F. è originario della Lombardia è figlio unico di genitori che si sono separati quando lui aveva circa sei anni. Negli anni successivi alla separazione il padre perde sia una solidità economico-lavorativa, sia l'equilibrio mentale, mano a mano diventa depresso fino ad avere quelle che il paziente definisce "manie di persecuzione" e a cimentarsi in "imprese eroiche", anche con agiti estremamente pericolosi nei confronti di sé e degli altri, tra cui tentativi gravi di suicidio anche di fronte al figlio. Nel frattempo i rapporti con l'ex moglie diventano sempre più difficili, piovono denunce reciproche l'ex moglie viene accusata dal marito di spaccio e prostituzione. Riguardo a queste accuse, F. non sa dire molto ma sostiene che effettivamente la madre ha avuto relazioni con un diversi uomini, alcuni dei quali la picchiavano. F. rimpiange ancora il rapporto con il padre, quando ancora stava bene, e racconta della relazione molto forte che avevano: dice che il padre era una persona stimolante intellettualmente e affettivamente molto ricca.

F. fino all'inizio della scuole medie superiori continua ad abitare in

Lombardia con il padre ma con loro vengono a vivere i nonni paterni per sostenere una situazione oramai ingestibile. A partire da quel momento F. decide, a suo dire, di andare a vivere in casa di un'amica di famiglia per circa un anno, una signora sposata con due figli più o meno coetanei, in realtà si sospetta che si tratti di un affido temporaneo.

F. attualmente, quando ritorna da Padova alla sua città natale durante i fine settimana, vive con la madre, una donna forte ma fredda, con cui ha un rapporto difficile. La madre, nel racconto di F., è attualmente una donna ancora piacente che si è sottoposta a diversi interventi di chirurgia plastico-estetica e che ha avuto, e continua ad avere, parecchie storie, di cui alcune con ragazzi anche molto giovani circa dell'età di F.

5. Elementi qualitativi riportati complessivamente dal terapeuta

a) Temi fondamentali che emergono nel corso dell'intervento: temi angoscianti legati al timore di non farcela nella prosecuzione degli studi; difficoltà nel rapporto con entrambi i genitori: difficoltà nelle relazioni sociali, inizialmente scarse e nel lasciarsi coinvolgere emotivamente: sempre più spazio viene dato a quella che il paziente sente come problematica centrale: la sessualità. Oltre a non avere mai avuto rapporti sessuali, F. è confuso circa il suo orientamento, ritiene di essere omosessuale ma non ne è completamente sicuro.

b) Rapporto col terapeuta.

Nel rapporto con la terapeuta F. mal sopporta la dipendenza e più volte minaccia la rottura fino ad agirla alla fine delle 18 sedute per poi ritornare a distanza di un anno. Più volte minaccia di abbandonare il setting, in alcuni casi in modo diretto, dicendo che deve imparare a farcela da solo, a volte dicendo che è più importante lo studio. La svalutazione nei confronti del terapeuta è forte e la tendenza all'agito elevata.

6. Descrizione della tecnica dell'intervento

Kernberg (1995, 2001) propone una chiara distinzione tra psicoanalisi classica, psicoterapie psicoanalitiche e psicoterapie supportive psicoanalitiche sulla base di tre criteri: a) la teoria generale sottostante il trattamento; b) gli obiettivi del trattamento; c) la divisione tra le tecniche utilizzate e il processo.

Tutte le terapie sopra elencate, condividono lo stesso modello, nonostante si evidenzino alcune differenze.

La teoria comune sottostante riconosce la motivazione inconscia (conflitti inconsci e difese e relazioni oggettuali internalizzate) come l'aspetto centrale d'indagine terapeutica.

Per quanto riguarda altri aspetti esse invece si differenziano. Relativamente agli obiettivi, le psicoterapie supportive si rivolgono soprattutto al miglioramento sintomatico, sia raggiunto attraverso un maggiore equilibrio adattivo tra le configurazioni impulso/difesa, sia con un rinforzo delle difese adattive e dei derivati sublimati dell'impulso. Tuttavia, secondo Kernberg, l'esplicitazione degli obiettivi, non è sufficiente per evidenziare una netta distinzione tra i tre tipi di terapia. In particolare, bisogna tenere presente che i cambiamenti strutturali fondamentali sono avvenuti non nella psicoanalisi classica, ma nelle psicoterapie psicoanalitiche (Kernberg, 1984, 1992, 1995). Sono le tecniche utilizzate quelle che generano le differenze, anche se è più corretto parlare di interazione tra tecnica e personalità del paziente. Nelle terapie supportive, più indicate per pazienti fragili a livello di struttura psichica, viene spostata l'attenzione sulla vita esterna del paziente, sull'intervento ambientale diretto da parte del terapeuta coinvolto nelle sue funzioni terapeutiche ausiliarie (Rockland, 1989). Ne consegue che la neutralità tecnica viene abbandonata. Se anche si instaura una relazione di transfert essa non viene interpretata.

L'intervento proposto al nostro paziente rientra nel modello proposto da Kernberg (1996). L'intervento di sostegno è stato condotto sotto supervisione da uno specializzando al terzo anno con una formazione personale psicoanalitica già in corso da alcuni anni. I *transcript* sono stati trascritti nella modalità classica proposta da Widlocher (1994) senza alcuna specificazione sulle regole di trascrizione quali quelle raccomandate ad esempio dall'APA. Il materiale audioregistrato non è mai stato riascoltato nel corso delle supervisioni, che si sono basate unicamente sul *transcript*.

7. Strumenti

Per operare il confronto sono stati applicati distintamente ai due tipi di materiale disponibile i seguenti strumenti:

a) *Strumenti applicati all'inizio ed alla fine del trattamento: scala di Bihlar e Carlsson (2000).*

Nelle sedute di consultazione e nelle ultime tre sedute sono stati, rispettivamente, prima previsti e poi verificati gli scopi del trattamento utilizzando le categorie di piano di trattamento definite da Bihlar e Carlsson (2000). Si tratta di dodici categorie che gli autori hanno individuato all'interno di una ricerca a cui hanno partecipato 84 psicoterapeuti ad orientamento psicoanalitico e 130 pazienti segnalatisi presso tre centri di salute mentale di Stoccolma. A tutti gli psicoterapeuti è stato chiesto di formulare la loro valutazione ed il piano di trattamento in modo autonomo ed indipendente. La scala è stata sviluppata sulla base dei contenuti emersi durante le valutazioni diagnostiche. Le categorie comprendono finalità relative a: riabilitazione (miglioramento nel funzionamento nella vita quotidiana); sintomi (eliminazione e/o riduzione dei sintomi); affetti (aumentare la capacità di modulare ed esprimere affetti); mediazione/ideazione (aumentare la capacità di valutare i propri pensieri in modo più critico e aumentare la capacità di interpretare la realtà in modo più oggettivo); controllo (migliorare la capacità di controllare e gestire lo stress); relazioni interpersonali; percezione di sé; insight (migliorare la capacità di insight); compiti del terapeuta (formulazioni sui compiti e significati psicoterapeutici, quali elementi propri del lavoro in psicoterapia); scopi teorici (legati alla teoria del terapeuta); scopi di vita del paziente; impossibile da classificare.

b) *Strumenti applicati alle sedute:*

- l'IVAT (Lingiardi e Colli, 2001, manoscritto non pubblicato) per valutare l'alleanza terapeutica.

Essa si compone di due sottoscale:

IVAT-P: dedicata all'analisi degli interventi del paziente che indicano rotture nel rapporto terapeutico. Essi vengono definiti marker di rottura e comprendono tutti quei segni, quindi comportamenti, parole, riferimenti che possono essere indicativi e predittivi di una rottura più o meno manifesta o comunque di un

malessere da parte del paziente circa la terapia o il terapeuta. In totale i markers di rottura descritti nella scala sono 19 di cui 10 classificabili come diretti e siglati con MD (Markers Diretti) e 9 come indiretti e siglati con MI: quelli diretti rappresentano segni di rottura più espliciti e direttamente manifestati dal paziente, mentre gli altri sono segni meno espliciti ma sempre indicativi di un processo di rottura.

IVAT-T: raccoglie i possibili interventi del terapeuta volti a stabilire o ristabilire una buona alleanza terapeutica. E' dedicata all'analisi degli interventi del terapeuta rivolti alla risoluzione della rottura. Tali interventi possono essere risposte empatiche volte a facilitare nel paziente l'espressione dei sentimenti negativi latenti nei confronti del terapeuta oppure tentativi da parte del terapeuta di esplicitare markers impliciti che il paziente sta mostrando, quindi a spostare l'attenzione del paziente sulle dinamiche della relazione con il terapeuta. Per procedere all'individuazione dei Markers la seduta deve essere suddivisa in unità narrative (UN). La siglatura avviene per blocchi da 5 unità ed i marker individuati vanno scritti sottoforma di sigla (MD1; MI3; RM6 ecc...) alla destra delle unità seguendo specifici. La scala dà luogo a due specifici punteggi uno basato sulla frequenza delle rotture del paziente e delle riparazioni del terapeuta (MOD-1) ed uno basato sulla intensità delle medesime (MOD-2).

- Scala tipo Likert tratta dal Q-Sort di Jones per la descrizione e la valutazione del processo terapeutico (alcuni item).

Il Q-sort (PQS; Jones, Cumming, Pulos, 1993; Jones, Halls, Parke, 1991) viene proposto (Jones, 1993) dal Berkeley Psychotherapy Research Group. Si tratta di uno strumento ideato sia per la descrizione del processo psicoterapeutico/psicoanalitico, sia per valutare la relazione fra processo e risultato dell'intervento, sia, infine, per analizzare la natura dei cambiamenti che si susseguono con il progredire del trattamento terapeutico. Il PQS è costituito da 100 item riguardanti sia attitudini, comportamenti ed esperienze del paziente che azioni ed attitudini dello psicoterapeuta nonché l'interazione fra i 2 soggetti componenti la diade, seguendo la tecnica

del Q-sort applicato alla seduta nella sua totalità.

I Q-item sono stati scelti come clinicamente significativi in quanto relativi ad un ampio range di fenomeni rilevanti e salienti all'interno del dominio del processo psicoterapeutico e sono stati formulati in modo da poter essere utilizzati anche da ricercatori e clinici di differenti indirizzi teorici. Essi sono ancorati al dato comportamentale e linguistico, a comportamenti chiaramente identificabili nella registrazione delle sedute e non a nozioni più astratte quali ad esempio l'individuazione di meccanismi di difesa. L'autore comunque evidenzia come per una attendibilità dei giudizi sia richiesta una minima esperienza clinica (almeno 1 anno di psicoterapia con supervisione) e un breve periodo di training sullo strumento. I Q-item valutano la seduta nella sua totalità.

In questa ricerca abbiamo costruito una scala tipo Likert, con punteggi da uno (l'item si presenta molto raramente) a cinque (l'item si presenta molto frequentemente) utilizzando 17 item del Q-Sort. La selezione degli item è stata effettuata da un gruppo di lavoro che si occupa di tale strumento ed è avvenuta tenendo conto dei temi portati dal paziente, in questo senso si sono scelti i più rilevanti della scala, degli item che tenessero conto dell'atteggiamento del terapeuta e infine di altri che prendessero in esame aspetti relativi al setting, come la discussione sui ritardi, sul pagamento o le discussioni sulla fine della terapia. Gli item con qualche variazione specificata vengono riportati seguendo la numerazione e la definizione proposta da Jones (Jones et al., 1993), ma raggruppati in tre grosse categorie: item che riguardano la terapia di sostegno, item che riguardano aspetti discussi in terapia e item che riguardano le relazioni sociali.

Descrizione degli item selezionati dal Q Sort (Scala adattata Il numero fa riferimento al Q-sort originale).

1) Aspetti generali relativi alla terapia: Item 16: Si discute di funzioni corporali, sintomi fisici o salute. In questo item sono state incluse anche le discussioni di sintomi mentali e malattie mentali, e sintomi fisici di animali. Tale scelta è legata al tipo di paziente e alla

sua storia. Item 29: il paziente parla del desiderio di essere separato o distante. Item 30: L'argomento è centrato su temi cognitivi, es. idee o sistemi di credenze. Item 33: Il paziente parla di sentimenti che riguardano l'essere vicini o l'aver bisogno di qualcuno. Item 41: Sono argomento di discussione le aspirazioni o ambizioni del paziente. Item 75: Viene discussa la fine della terapia. Item 85: Il terapeuta incoraggia il paziente a provare nuovi modi di comportarsi con gli altri. Item 91: Sono argomenti di discussione i ricordi e le ricostruzioni dell'infanzia. Item 96: Vengono discussi l'orario e le modalità di pagamento.

2) Aspetti più specifici relativi alla terapia di sostegno: Item 3: Gli interventi del terapeuta sono mirati a facilitare il discorso del paziente. Item 6: Il terapeuta è sensibile ai sentimenti del paziente, conciliante verso il paziente, empatico. Item 27: Il terapeuta fornisce consigli e una guida espliciti (vs. li differisce anche quando è pressato a farlo). Item 45: Il terapeuta adotta una posizione supportiva. Item 47: Quando l'interazione con il paziente è difficile, il terapeuta diventa accomodante nel tentativo di migliorare la relazione.

3) Aspetti relativi alle relazioni: Item 11: Sono discussi sentimenti ed esperienze relative alla sessualità. Item 63: Le relazioni interpersonali del paziente sono uno dei maggiori temi. Questo item è stato suddiviso in alcune sotto categorie: 63A quando la discussione verte sui genitori o sui parenti; 63B quando la discussione verte sugli amici; 63C quando la discussione verte sulla fidanzata ma non in termini affettivi o di amore. Item 64: Sono argomento di discussione l'amore e le relazioni d'amore.

- La Scala dei temi affettivi (Lis et al. 2002).

La scala misura la frequenza dell'espressione affettiva attraverso 12 diverse categorie che pur rappresentando temi classici che si riscontrano nella letteratura psicoanalitica, vengono definite in termini descrittivi. Le categorie comprendono contenuti e temi relativi a aggressività, ansia e paura, tristezza, affetto e cura, sesso simbolico, sesso grezzo, piacevolezza e felicità, frustrazione e disappunto, competizione, oralità, aggressività orale, banalità. La scala

dei temi affettivi prende spunto sia dai contenuti affettivi proposti da Phillipson (1955), che dai temi affettivi indicati da Sandra Russ (1993) e deriva da una scala analoga messa a punto all'interno di una scala di valutazione più ampia ideata per metodi proiettivi quali CAT ed ORT.

I temi affettivi sono stati valutati nella loro totalità, come indicazione della ricchezza generale affettiva e poi raggruppati, secondo la proposta di Russ (1993) in positivi (affetto e cura, sesso simbolico, felicità, competizione, orali) e negativi (aggressività, ansia, tristezza, frustrazione, orali aggressivi, anali, sesso grezzo) da una parte, e in evoluti (ansia e paura, tristezza, affetto e cura, sesso simbolico, felicità, frustrazione, competizione) e primitivi (aggressività, sesso grezzo, orali, orali aggressivi, anali), ma anche singolarmente.

Metodologia di analisi dei dati.

Per tutti gli strumenti utilizzati, dopo un adeguato training è stato effettuato un accordo tra giudici indipendenti, di cui uno con un training psicoanalitico ed uno senza. L'accordo variava da .80 a .90. Per ciascun item della scala Likert, abbiamo proceduto a diversi tipi di analisi. Nel contesto di questo lavoro ci limitiamo ad una analisi delle frequenze percentuali con cui appaiono i diversi item nei singoli colloqui rispetto alle frequenze totali sia nei trascritti che negli sbobinati.

Relativamente alla scala dei temi affettivi, per ciascun tema affettivo abbiamo valutato l'andamento lungo tutti i 18 colloqui sia nel materiale trascritto che nel materiale sbobinato. Per fare questo confronto è stato necessario rendere in percentuale i valori di ciascun tema rispetto ai valori totali dei temi di ciascun colloquio, ovviamente sia per i trascritti che per gli sbobinati.

8. Risultati

Nello studio effettuato sui trascritti e gli sbobinati di F. emergono sia delle similitudini che delle differenze.

Di esse alcune verranno descritte in maniera più dettagliata sotto forma di

grafici, altre verranno brevemente riassunte.

Applicazione della scala di Carlsson e Bilhar (2000) relativa agli scopi previsti e raggiunti del trattamento applicata sia all'inizio che alla fine del trattamento.

Gli scopi iniziali e raggiunti coincidono nel trascritto e nello sbobinato. Nell'intervento di sostegno il terapeuta si propone di aiutare il paziente nell'organizzazione dello studio (riabilitazione) e nella prosecuzione degli studi (scopi di vita), nel contenimento dell'ansia (sintomi), nell'aumentare la capacità di prendere contatto con i propri affetti piuttosto scarsi e poco elaborati e modulati (affetti), nell'incrementare l'esame di realtà (mediazione/ideazione), nell'aiutare il paziente nelle relazioni interpersonali. Alla fine della terapia gli scopi appaiono modificati, sia nel transcript che nell'audioregistrazione. Essi appaiono più rivolti a rafforzare l'esame di realtà. F. si spaventa a volte quando si accorge che distorce la realtà, come lui dice, teme di precipitare verso la malattia mentale come è accaduto al padre.

Scala IVAT

I valori IVAT sono stati calcolati su nove colloqui: tre iniziali che corrispondono alla fase di consultazione, tre centrali e tre finali. Gli andamenti vengono riportati nelle due modalità MOD-1 (frequenza) e MOD-2 (intensità), rispettivamente nei grafici 1 e 2. Ricordiamo che: a) punteggi negativi indicano aspetti riparativi; b) relativamente alla frequenza, nella fase di consultazione, cioè nei primi tre colloqui, sia per ciò che riguarda il trascritto che lo sbobinato prevalgono le rotture del paziente. Relativamente al punteggio di frequenza (Mod-1), nel corso dell'intervento nei trascritti emergono soprattutto valori positivi cioè il terapeuta riporta soprattutto rotture, dirette o indirette del paziente. Al contrario, dagli sbobinati emerge una quantità di riparazioni del terapeuta rispetto alle rotture del paziente (i valori infatti sono negativi). Anche relativamente all'intensità (Mod-2) nello sbobinato, dopo un iniziale momento di forte rottura da parte del paziente seguono durante la terapia fasi di riparazione superiore da parte del terapeuta. c) l'unico punto in cui l'alleanza è riportata negativamente sia dal trascritto che dallo sbobinato è il colloquio finale in cui F. decide di abbandonare la terapia, il terapeuta cerca di farlo riflettere ma lo scambio diventa aggressivo. In effetti F. abbandona la terapia per tornare quasi un anno dopo.

Grafico - 1: IVAT, frequenza delle rotture del paziente e delle riparazioni del paziente

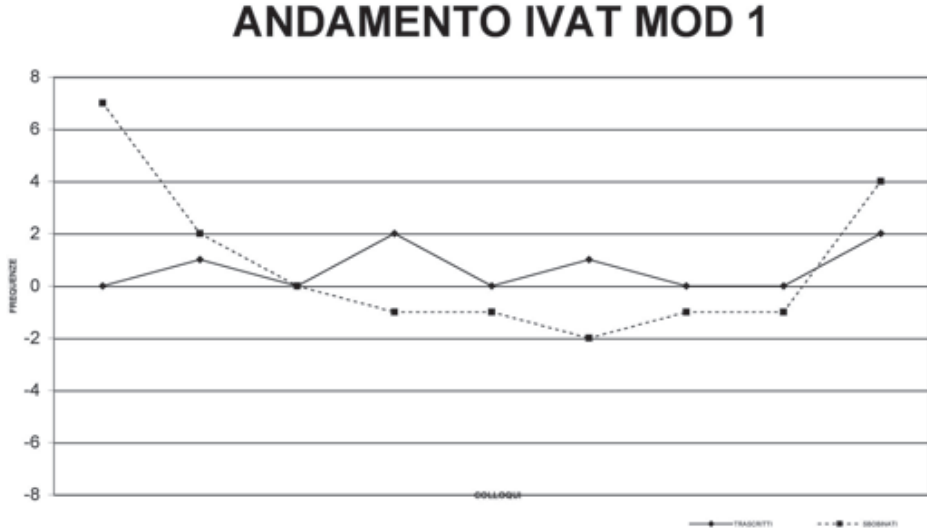
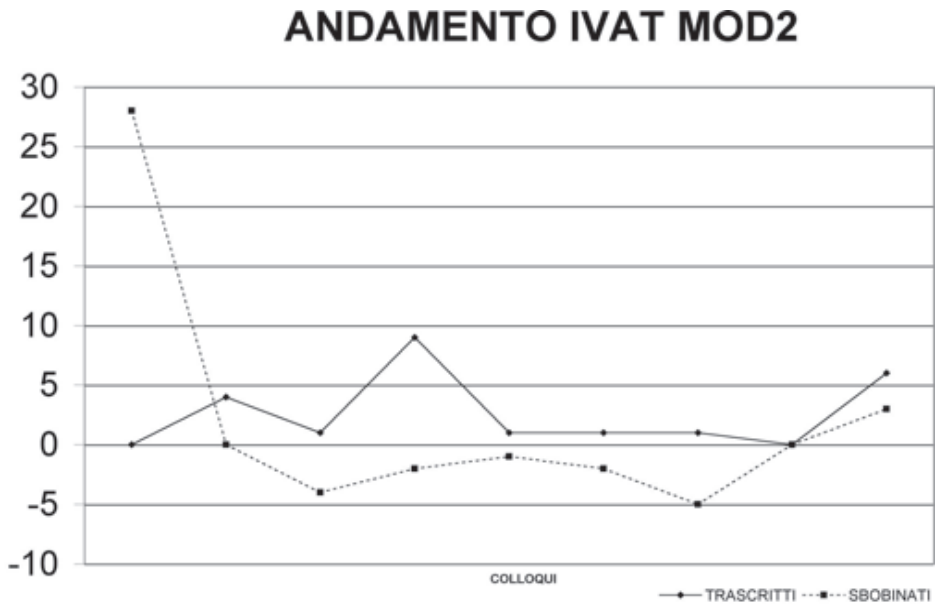


Grafico - 2: IVAT, intensità delle rotture del paziente e delle riparazioni del paziente



Aspetti della terapia in accordo con la scala Likert sugli Item del Q-Sort

Relativamente agli item maggiormente presentatisi nel totale dei colloqui si riscontra un accordo tra sbobinato e transcript. Per quanto riguarda gli aspetti più generali della terapia, il paziente centra il proprio discorso soprattutto su temi cognitivi (item 30). Acquistano rilevanza molti aspetti riguardanti il sostegno: l'item 3 ("Gli interventi del terapeuta sono mirati a facilitare il discorso del paziente"); l'item 45 ("Il terapeuta adotta una posizione supportiva"); l'item 6 ("Il terapeuta è sensibile ai sentimenti del paziente conciliante ed empatico"); l'item 27 ("Il terapeuta fornisce consigli ed una guida espliciti"); come aspetti relativi alle relazioni interpersonali: l'item 63A ("Le relazioni interpersonali sono uno dei principali temi" riferito alle relazioni con i genitori e i parenti); l'item 63B ("Le relazioni interpersonali sono uno dei principali temi" riferito al gruppo di amici); l'item 91 ("sono discusse le memorie e le ricostruzioni dell'infanzia") e l'item 11 ("Sono discussi temi ed esperienze relative alla sessualità"). Quasi sempre la frequenza appare più elevata negli sbobinati, ma due eccezioni sono rappresentate dagli item 3 e 6 che vengono riportati con maggior frequenza nei trascritti.

Passiamo ora ad illustrare alcuni elementi del process tramite l'analisi delle frequenze percentuali degli item che si sono presentati con una maggior frequenza:

Aspetti relativi alla terapia

Item 16: Si discute di funzioni corporali, sintomi fisici o salute.

Nello sbobinato l'andamento è superiore soprattutto nella fase di consultazione e nella fase iniziale per subire poi una diminuzione nella fase centrale per poi mantenersi ad un livello molto basso. Il trascritto invece riporta valori sempre molto bassi. Comunque in generale il tema viene affrontato con minore frequenza percentuale.

Item 30: L'argomento è centrato su temi cognitivi; ad esempio, idee o sistemi di credenze.

I valori (in generale elevati: 3,5%) sono superiori nello sbobinato. Sia nel trascritto che nello sbobinato gli andamenti sono irregolari: nella fase finale

lo sbobinato registra un aumento mentre il trascritto una sensibile diminuzione.

Item 91: Le memorie e le ricostruzioni dell'infanzia sono argomenti di discussione.

Gli andamenti dei due tracciati, trascritto e sbobinato sono molto simili e si scostano poco come valori. Sono piuttosto elevati nella fase iniziale che corrisponde alle fasi di consultazione in cui è avvenuta la raccolta anamnestica.

Aspetti della terapia di sostegno

Item 3: Gli interventi del terapeuta sono mirati a facilitare il discorso del paziente.

L'andamento di quest'item è maggiore nei trascritti rispetto agli sbobinati e gli andamenti sono differenti nel corso della terapia, il tracciato del trascritto rileva dei picchi che non sono presenti nello sbobinato.

In ogni caso anche quando i valori del trascritto sono molto bassi non scendono mai al di sotto dello sbobinato se non nel colloquio iniziale. La modalità empatica del terapeuta sembra alta e anche se variabile nel trascritto, più bassa ma costante nello sbobinato.

Item 6: Il terapeuta è sensibile ai sentimenti del paziente, conciliante verso il paziente, empatico.

Gli andamenti sono molto differenti e i valori dei trascritti sono quasi sempre superiori degli sbobinati, subiscono però notevoli variazioni.

Nella parte finale i tracciati sono più simili e vanno verso un decremento, pur restando i valori dei trascritti maggiori.

Anche riguardo l'empatia e la sensibilità del paziente i due grafici hanno delle discordanze, il terapeuta, nella trascrizione riporta maggiore sensibilità ed empatia rispetto allo sbobinato, in ogni caso per entrambi i documenti l'empatia diminuisce verso la fine.

Item 45: Il terapeuta adotta una posizione supportiva.

I valori dei trascritti sono inizialmente più bassi dello sbobinato, ma hanno un incremento nella fase finale per andare verso lo zero nell'ultimo; i valori dello sbobinato sono, invece più costanti. I tracciati, entrambi irregolari, subiscono notevoli variazioni nel trascritto. Dallo sbobinato, la posizione supportiva del

terapeuta sembra più bassa ma più regolare, mentre nel trascritto, pur essendo elevata e tendente all'aumento è più altalenante.

Le relazioni

Item 11: Sono discussi sentimenti ed esperienze relative alla sessualità.

L'andamento dei due tracciati è molto simile e concorda anche per ciò che riguarda i valori, solo nella parte finale i valori dei trascritti subiscono un aumento rispetto agli sbobinati.

Rispetto ad altri aspetti riscontrati il tema assume una consistenza bassa (al massimo 2.5%) ed unicamente in alcuni momenti specifici del processo: nella ottava seduta e in quelle conclusive.

Item 63: Le relazioni interpersonali del paziente sono uno dei maggiori temi. Questo item è stato suddiviso in alcune sotto categorie: 63A quando la discussione verte sui genitori o sui parenti; 63B quando la discussione verte sugli amici; 63C quando la discussione verte sulla fidanzata ma non in termini affettivi o di amore.

Relativamente alle relazioni con i genitori (item 63 a) , gli andamenti del trascritto e dello sbobinato sono irregolari e tendono ad essere simili. I valori sono quasi sempre maggiori nello sbobinato tranne nella fase centrale, in cui il trascritto dà più spazio alle relazioni con i familiari in termini quantitativi. Sia nel trascritto che nello sbobinato gli andamenti subiscono degli aumenti in corrispondenza della consultazione (fino a raggiungere il 3.5%).

I valori sono quasi sempre maggiori nello sbobinato tranne nella fase centrale, in cui il trascritto dà più spazio alle relazioni con i familiari in termini quantitativi. e nella fase finale, per poi diminuire nuovamente nell'ultimo colloquio.

Relativamente all'item 63b, gli andamenti sono molto irregolari, in generale i valori dello sbobinato sono superiori a quelli dei transcript, ad eccezione del momento della consultazione e della fase finale dove si nota una certa concordanza. Stando a questo item il terapeuta nelle trascrizioni dà meno spazio alle relazioni con gli amici, di quanto non appaia in base alla sbobinatura.

I valori di questo item sono elevati nel corso di tutta la terapia, ad indicare un'attenzione verso gli altri, attenzione che viene riportata anche dal terapeuta nonostante le differenze nei valori.

Grafico - 3: ITEM 3: gli interventi del terapeuta facilitano il discorso

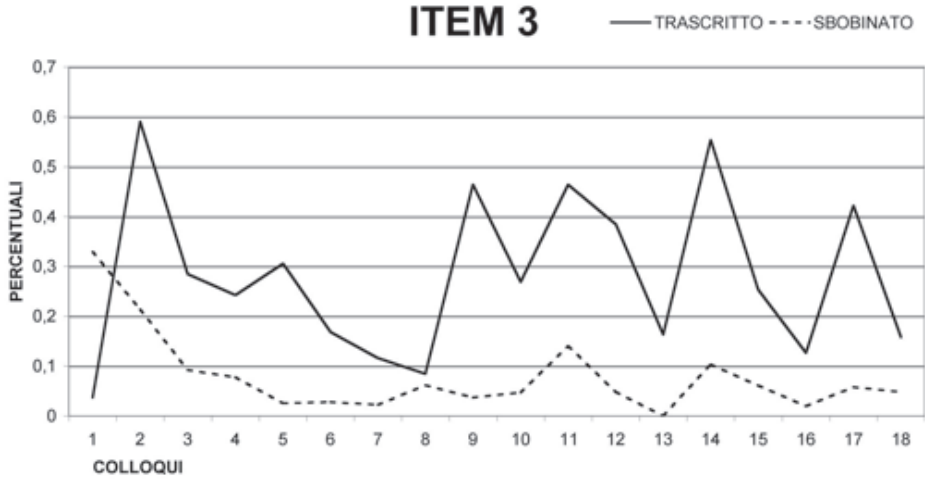


Grafico - 4: ITEM 6: il terapeuta e' sensibile ai sentimenti del paziente

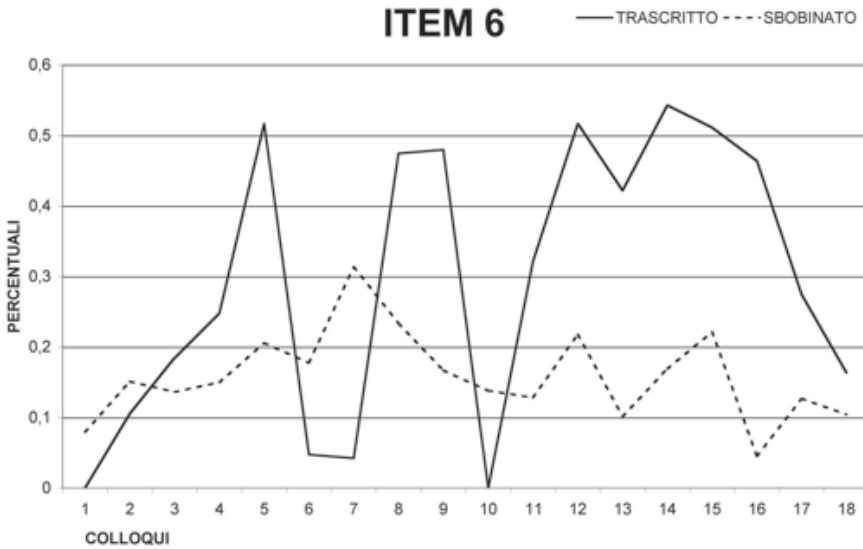


Grafico -5: ITEM 11: sono discussi temi ed esperienze sulla sessualità

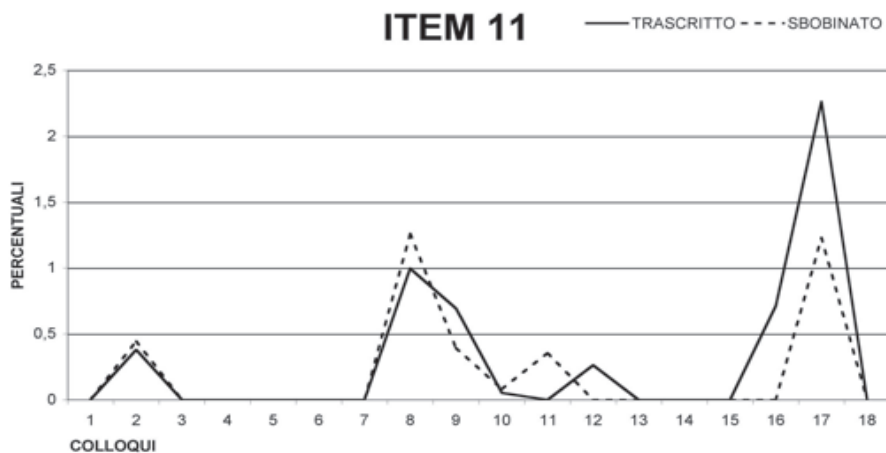


Grafico - 6: ITEM 16: si discute di disturbi fisici, mentali e fisici di animali

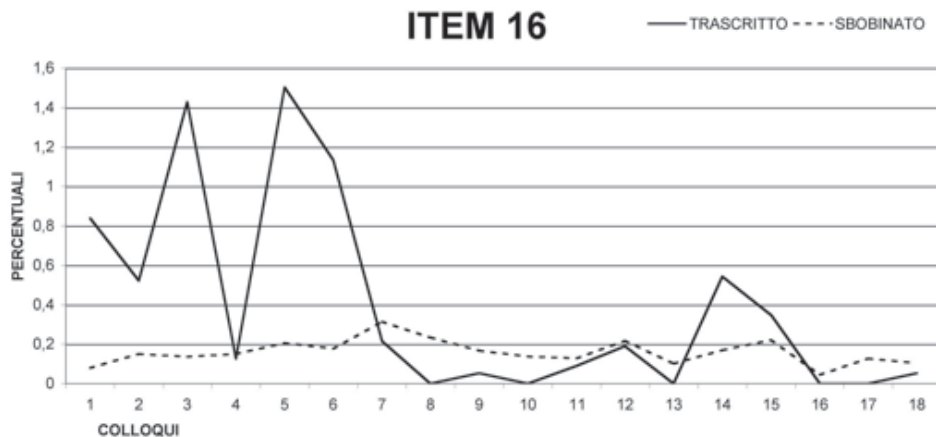


Grafico - 7: ITEM 27: il terapeuta fornisce consigli e una guida espliciti

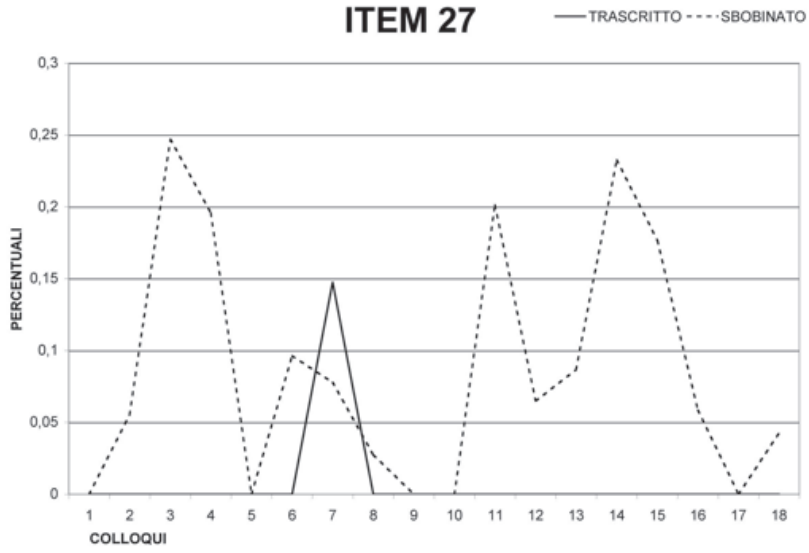


Grafico - 8: ITEM 29: il paziente parla del desiderio di essere separato e distante

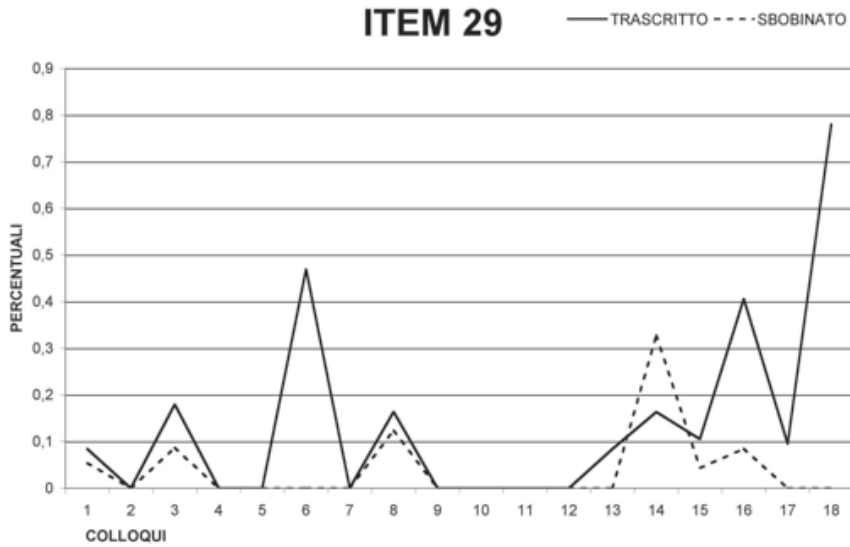


Grafico - 9: ITEM 30: l'argomento è centrato su temi cognitivi

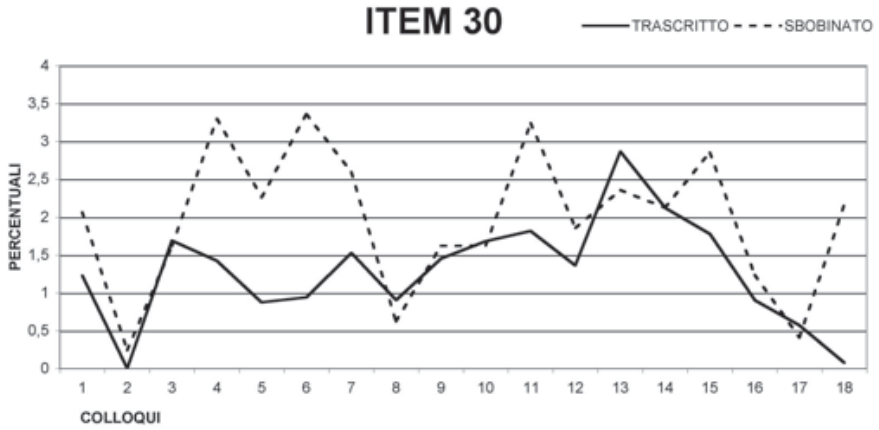


Grafico - 10: ITEM 33: il paziente parla di sentimenti relativi all'aver bisogno di qualcuno

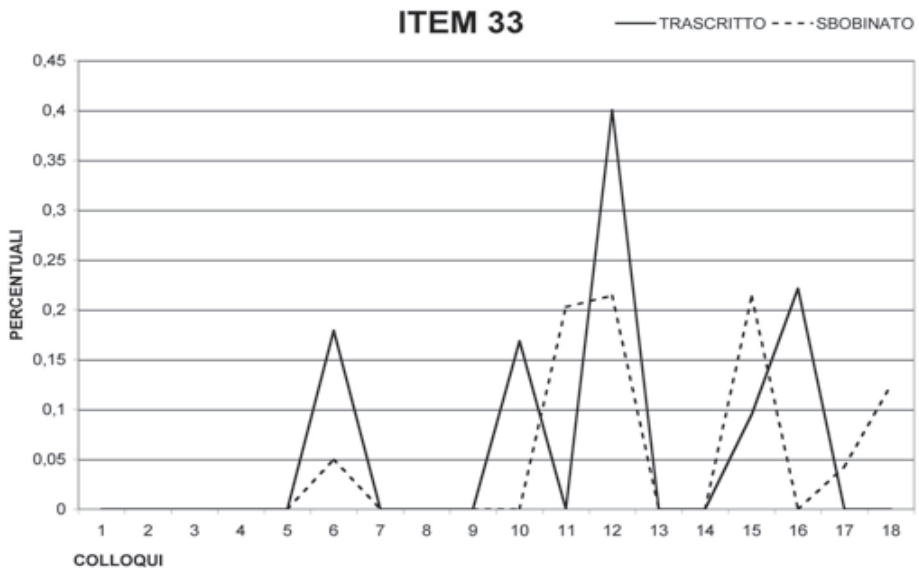


Grafico - 11: ITEM 41: sono discusse le aspirazioni e le ambizioni del paziente

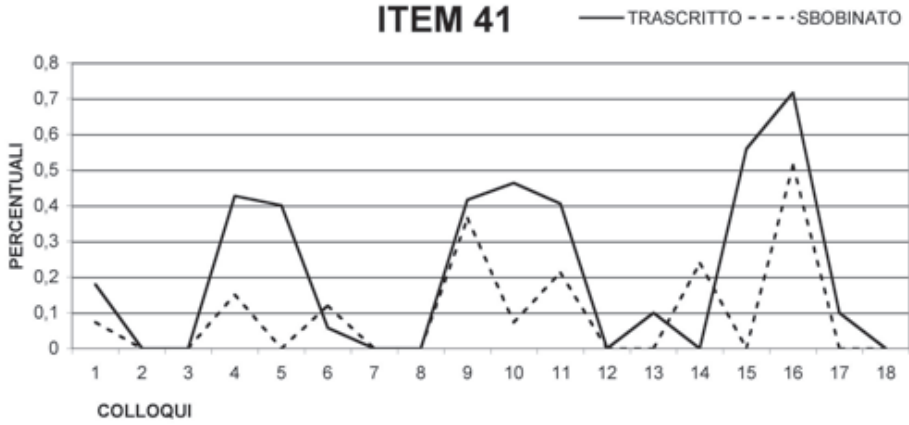


Grafico - 12: ITEM 45: il terapeuta adotta una posizione supportiva

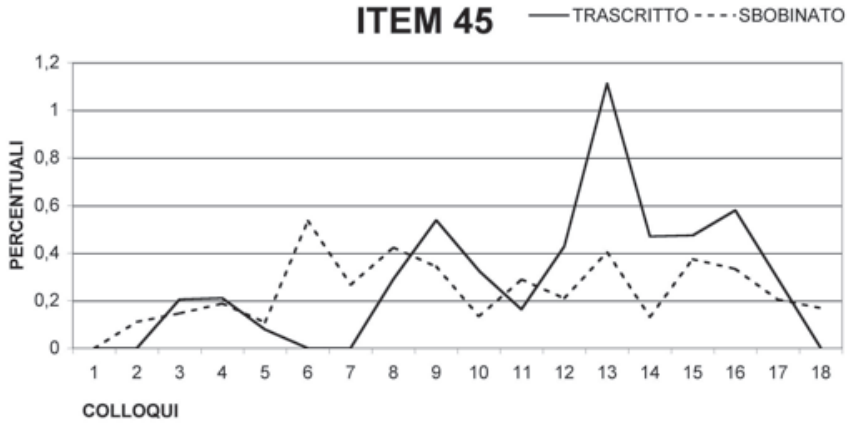


Grafico - 13: ITEM 63A: sono discusse le relazioni del paziente con i familiari

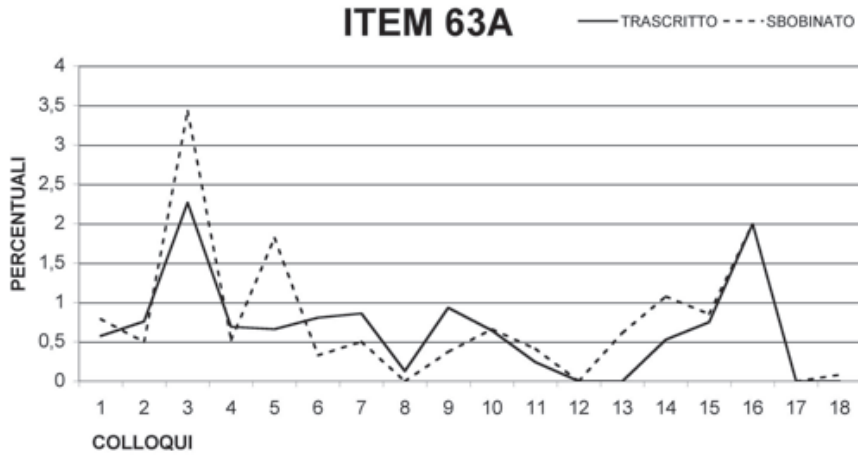


Grafico - 14: item 63b: sono discusse le relazioni del paziente con gli amici

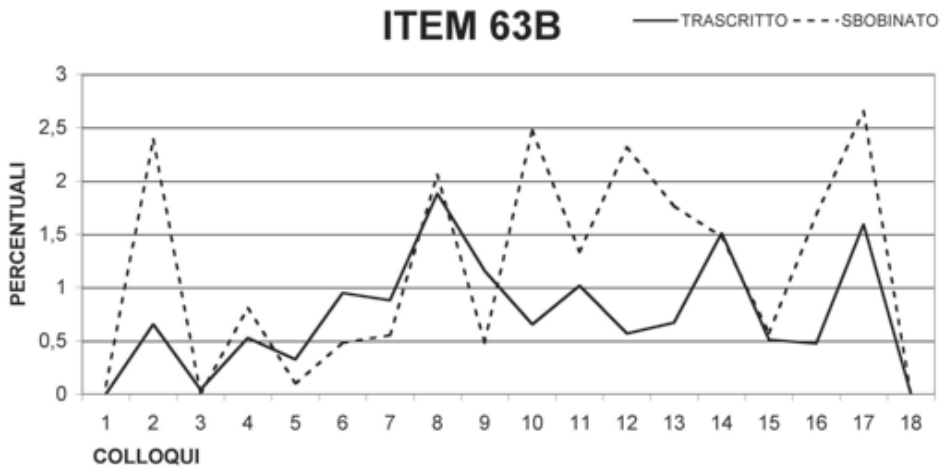


Grafico - 15: ITEM 63C: sono discusse le relazioni del paziente la fidanzata

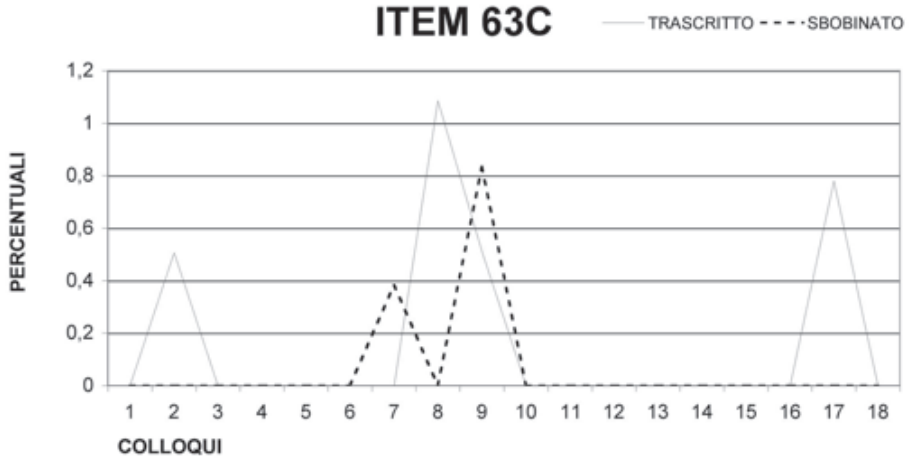


Grafico - 16: ITEM 64: l'amore e le relazioni d'amore sono argomento di discussione

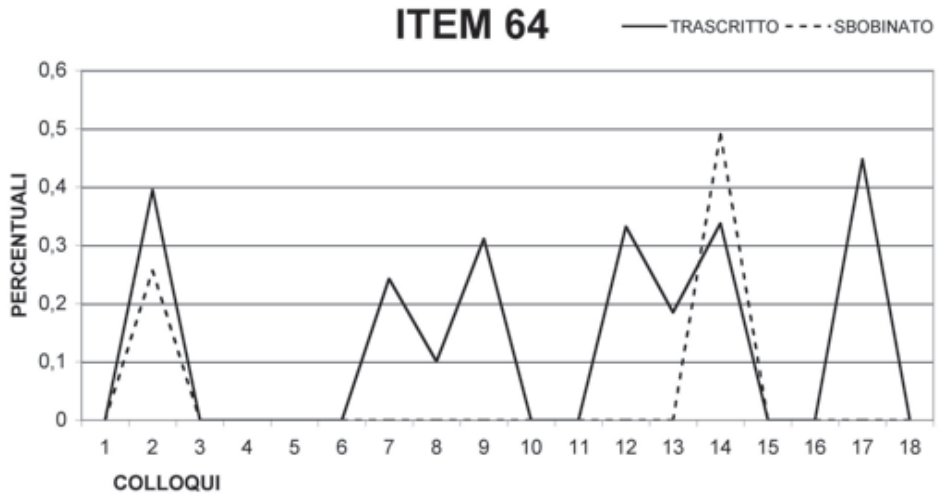


Grafico - 17: ITEM 85: il terapeuta incoraggia il paziente a trovare nuovi modi di comportarsi con gli altri

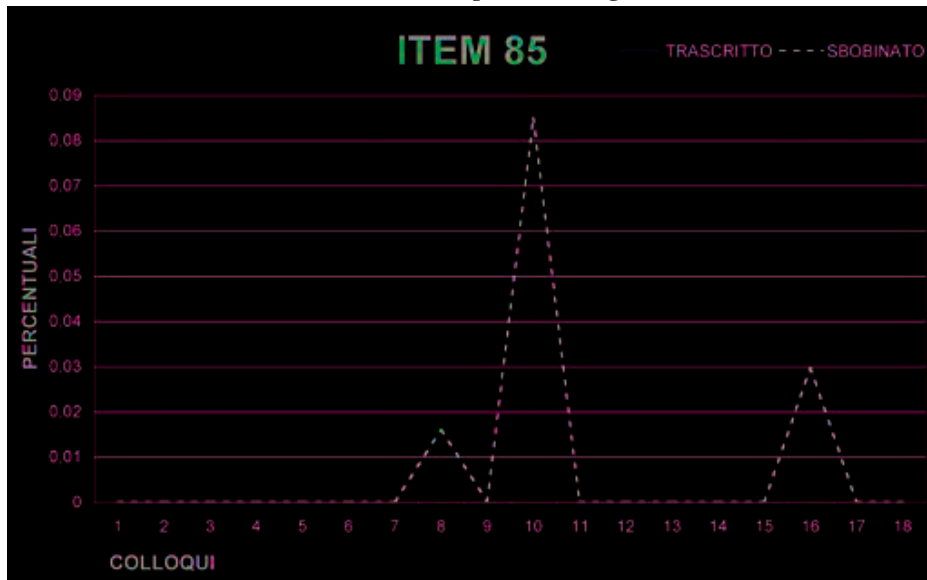


Grafico - 18: ITEM 91: sono discusse le memorie e le ricostruzioni dell'infanzia

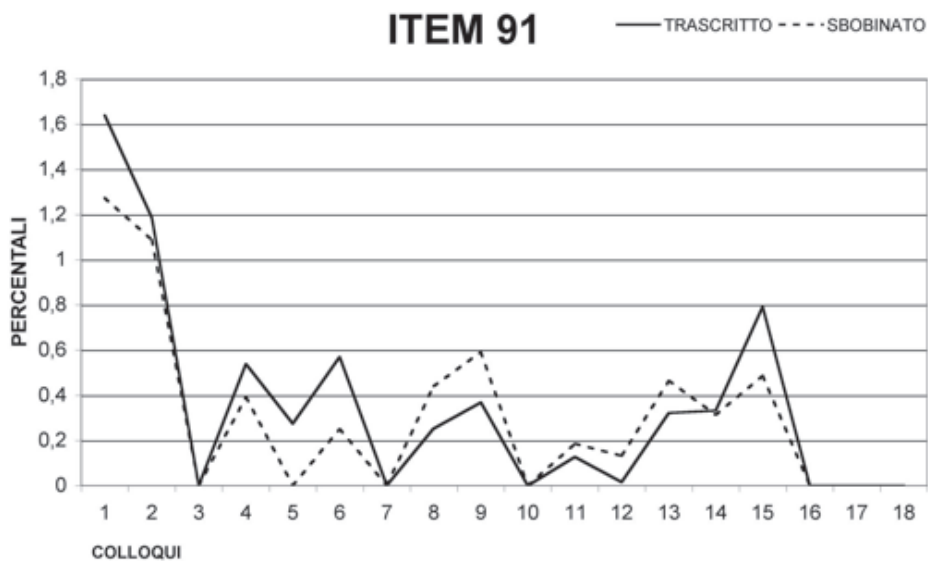


Grafico - 19: ITEM 96: discussione sulla tabella delle ore o il pagamento (paziente)

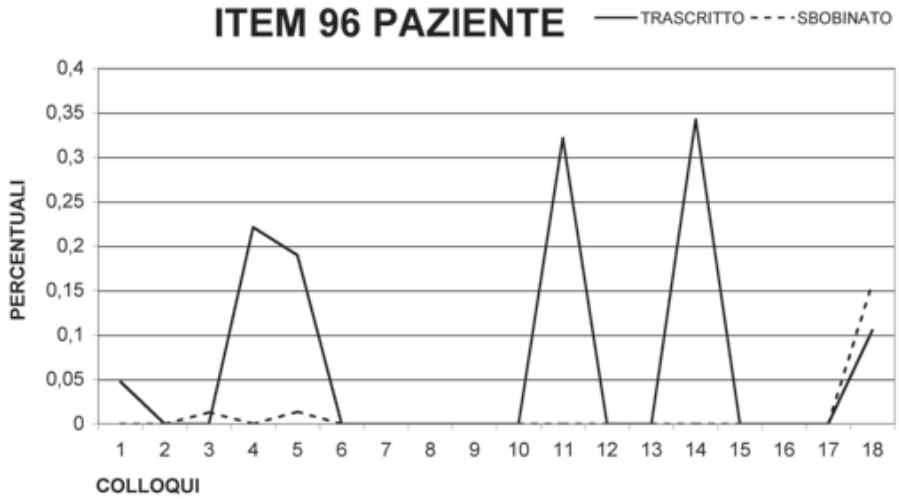
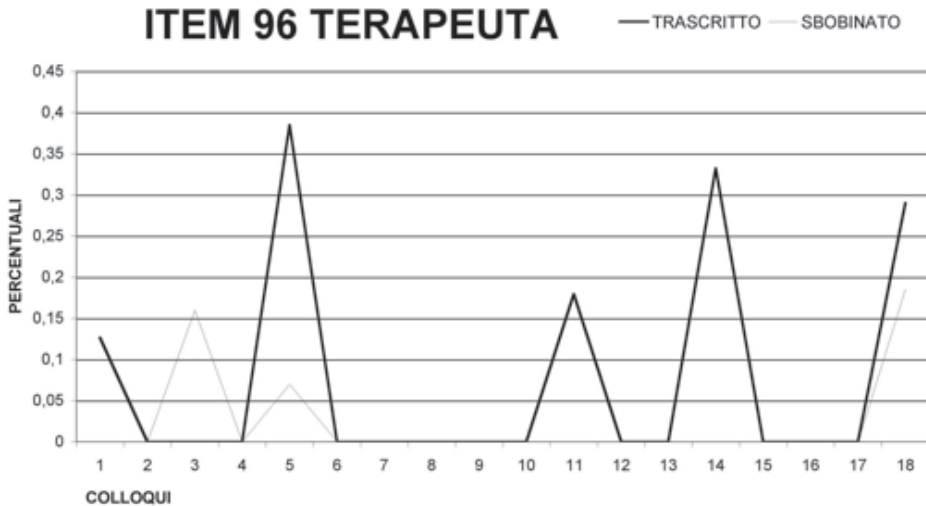


Grafico - 20: ITEM 96: discussione sulla tabella delle ore o il pagamento (terapeuta)



Riassumendo:

- a) I temi più rilevanti sono i medesimi: aspetti cognitivi, le relazioni di amicizia o con i familiari, la storia personale e la sessualità. L'andamento generale è pressoché identico si possono trovare delle differenze in particolare i temi cognitivi, soprattutto il parlare degli esami è uno degli argomenti fondamentali nella psicoterapia ed infatti vengono riportati in maggior numero sia nel trascritto che nello sbobinato, ma hanno più peso in percentuale di parole all'interno dello sbobinato lo stesso per le relazioni con amici e parenti. Viene dedicato più spazio nel trascritto a temi meno frequenti, come gli aspetti della sessualità o alle memorie dell'infanzia.
- b) Relazioni con gli altri: gli andamenti concordano in generale ma nello sbobinato viene dato più spazio rispetto al trascritto alle relazioni con i familiari e con gli amici, mentre nel trascritto prevalgono temi relativi alla sessualità, alle relazioni d'amore, al parlare di relazioni di coppia, al desiderio di essere separato e distante e al desiderio di vicinanza.
- c) Aspetti di terapia, che valutano soprattutto l'atteggiamento del terapeuta e le discussioni di argomenti legati al setting, pur concordando in linea generale, le percentuali sono sempre superiori nello sbobinato, il terapeuta si descrive come conciliante ed empatico, facilitante il discorso, supportivo, riporta maggiormente aspetti legati al setting come la discussione sui cambi di orario, sul pagamento o la decisione di abbandonare la terapia.

Questo indice sembra non concordare con la valutazione dell'alleanza terapeutica che è bassa.

A questo proposito, ricordiamo che il calcolo delle percentuali viene effettuato sul numero delle parole e che agli item è stata applicata anche una scala Likert che valuta l'intensità dell'item all'interno del colloquio: tutti gli item del terapeuta sono a bassa intensità, ciò significa che nel trascritto vengono riportati in maggior numero ma con un'intensità minore, per gli altri item le intensità sono simili.

- d) I temi relativi al setting occupano più spazio all'interno del trascritto poiché è importante per un clinico rilevarne tutti gli attacchi o le modifiche.
- e) Risultano, infine, simili tra i due tipi di raccolta dati gli andamenti degli item legati alla sessualità, al desiderio di essere separato e distante e alle ricostruzioni dell'infanzia.

Temi Affettivi

Nella loro totalità concordano nel trascritto e nello sbobinato: nel trascritto come nello sbobinato emergono in percentuale più elevata temi negativi, come l'aggressività, la tristezza, l'ansia, rispetto a temi positivi, come la felicità e l'affetto; anche i temi primitivi, come aggressività e sesso grezzo, prevalgono nettamente sugli evoluti, come felicità e frustrazione.

Gli andamenti dei temi positivi e negativi nell'arco di tutte le sedute è altalenante, sia per ciò che riguarda il trascritto che lo sbobinato e lo stesso vale per i temi primitivi e negativi.

Sia dal resoconto del terapeuta che da quello emerso nello sbobinato, non si può pertanto dire che nel corso della terapia, si giunga ad una stabilizzazione affettiva, il paziente sembra avere dei "picchi" affettivi che sono individuabili all'interno del percorsi di psicoterapia: gli aspetti di inadeguatezza, scarsa stima di sé e attacco al terapeuta sono forti così come i sentimenti primitivi, come ad esempio l'aggressività.

L'andamento dei singoli temi è spesso simile ma questo è vero soprattutto per il sesso grezzo, il sesso simbolico e i temi anali. Questo ultimo dato è importante soprattutto se teniamo conto che la sessualità diviene il centro dei colloqui di psicoterapia ed è forse il problema più importante, così come sono importanti gli aspetti affetti legati al sesso (sesso simbolico), tanto anelati dal paziente ma mai vissuti; il paziente è infatti molto spaventato e tende a controllarli (anali).

Due altre categorie prese in esame dalla scala si differenziano: l'affettività è percepito maggiormente dal terapeuta di quanto non sia presente negli sbobinati così come per la competizione.

Grafico - 21: andamento dei temi affettivi primitivi

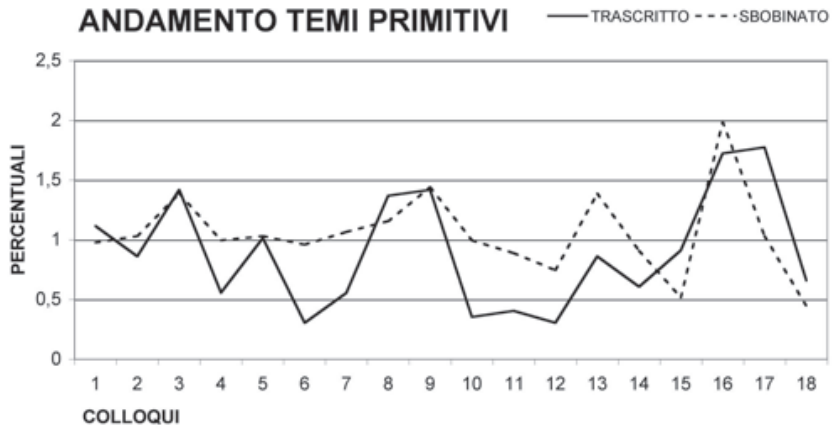


Grafico - 22: andamento dei temi affettivi evoluti

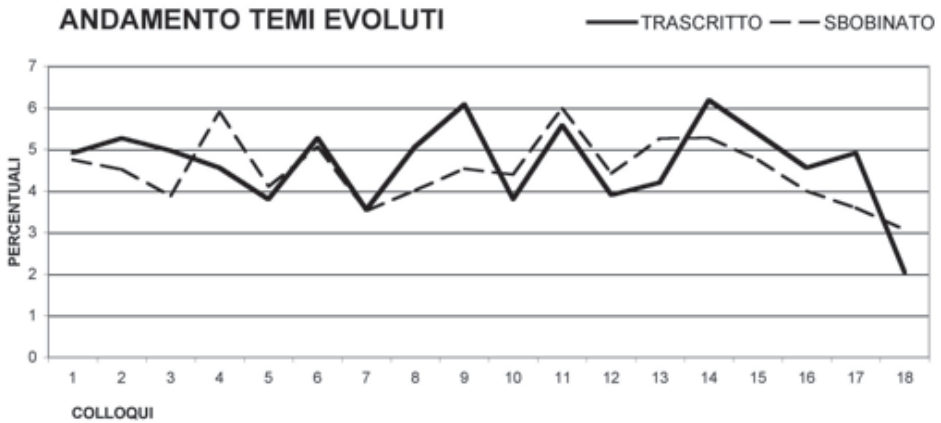


Grafico - 23: andamento dei temi affettivi positivi

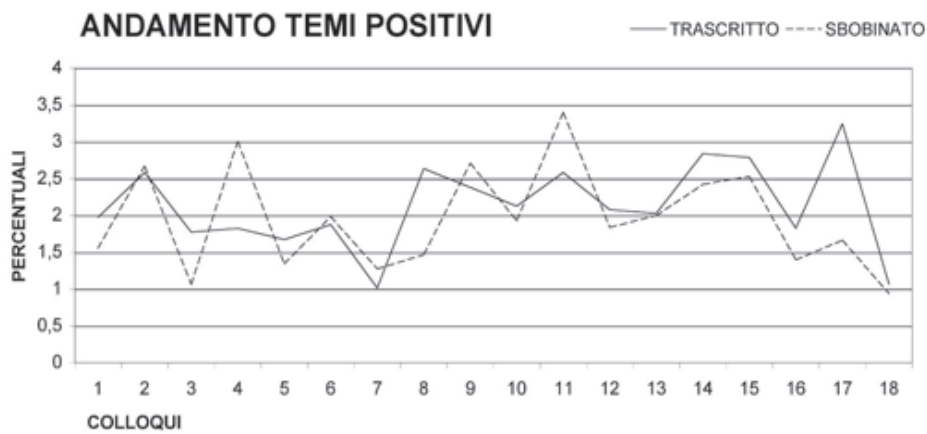
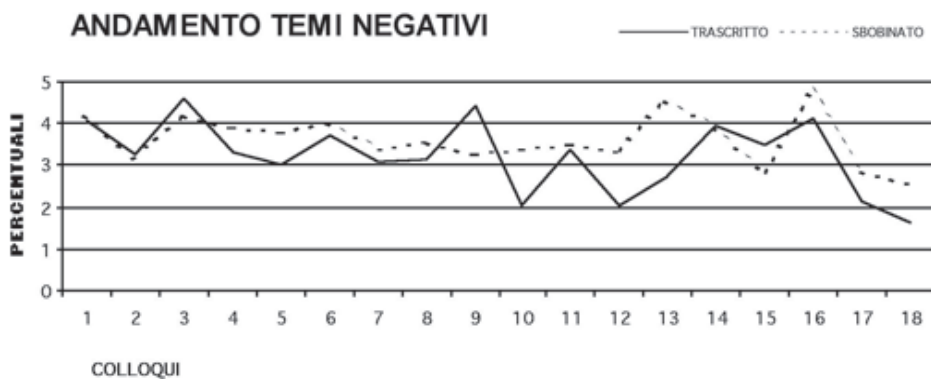


Grafico - 24:



Commento

Nello studio effettuato sui trascritti e gli sbobinati di F. emergono delle differenze ricollegabili sia alla storia clinica del paziente sia agli elementi che si muovono nel corso della terapia.

L'applicazione della scala di Carlsson e Bilhar, che riguarda gli scopi della terapia, fatta all'inizio del trattamento e alla fine coincide nel trascritto e nello sbobinato e vede spostare il focus dell'attenzione da aspetti centrati su temi cognitivi come gli studi e all'ansia ad essi legata, ad aspetti relativi alla sessualità. Per effetto dell'uso massiccio della proiezione, il paziente si trova a mal interpretare gli altri, ciò lo espone spesso all'agito e a situazioni socialmente spiacevoli. Di fronte a questa situazione F. si spaventa e teme di precipitare verso la malattia mentale, come è accaduto al padre.

L'unico punto in cui l'alleanza è riportata negativamente, sia dal trascritto che dallo sbobinato, è il colloquio finale, in cui F. decide di abbandonare la terapia; il terapeuta cerca di farlo riflettere, ma lo scambio diventa aggressivo. In effetti F. abbandona la terapia per tornare quasi un anno dopo.

L'analisi dell'andamento dell'alleanza terapeutica risulta differente nel trascritto e nello sbobinato: il terapeuta rileva soprattutto le rotture del paziente nel processo di psicoterapia, lo sbobinato evidenzia invece una notevole attività di riparazione nel processo (questo risulta chiaro soprattutto nella fase centrale della terapia). Ciò è probabilmente legato al vissuto del terapeuta che forse si sente poco contenitivo e non sufficientemente supportivo. Intervengono anche aspetti controtransferali elicitati da elementi riconducibili alla storia del paziente. Egli, infatti, a causa degli abbandoni subiti nella prima infanzia, diventa particolarmente ostile nei confronti del terapeuta. Più volte minaccia di abbandonare il setting, in alcuni casi in modo diretto, dicendo che deve imparare a farcela da solo, a volte dicendo che è più importante lo studio. La difficoltà nella relazione con il terapeuta si comprende meglio se legata all'abbandono subito da parte della madre che lascia il tetto coniugale quando F. ha cinque anni. Ma ben presto subirà un secondo abbandono, quello del padre che per motivi di salute mentale non è più presente con la ragione e con gli affetti al piccolo F., e purtroppo non lo sarà nemmeno in seguito. Riguardo all'intensità delle rotture, i tracciati dell'alleanza determinati dal trascritto e dallo sbobinato sono simili a quelli delle frequenze, ma si inaspriscono ancora di più. Quindi, non solo il terapeuta rimarca le rotture ma

ritiene che siano più gravi di quanto riferito dallo sbobinato. E' interessante rilevare che nei colloqui di consultazione iniziale mentre il terapeuta riporta una buona alleanza, dallo sbobinato emergono numerosi indici di rottura da parte del paziente, probabilmente legati alla forte ansia elicitata dai primi incontri, nonché al fatto che F. ripercorre episodi dolorosi della sua vita, dichiarando, inoltre, che è la prima volta che si confida con qualcuno. Il terapeuta non rileva le rotture, il racconto è più aneddotico, sembra un'accurata raccolta anamnestica ed effettivamente differisce dagli altri resoconti, forse ciò è legato a processi difensivi del terapeuta stesso, ma anche alla necessità di fare chiarezza in un racconto in cui le date si sovrappongono e gli eventi diventano confusi.

Anche nella scala Likert emergono delle similitudini tra trascritto e sbobinato, i temi più rilevanti sono i medesimi: aspetti cognitivi, le relazioni di amicizia o con i familiari, la storia personale e la sessualità.

Si possono trovare comunque delle differenze, in particolare i temi cognitivi; soprattutto il parlare degli esami è uno degli argomenti fondamentali nella psicoterapia e, infatti, vengono riportati in maggior numero sia nel trascritto che nello sbobinato. Viene dedicato più spazio nel trascritto a temi meno frequenti, come gli aspetti della sessualità o alle memorie dell'infanzia. Questo potrebbe significare che, pur avendo dedicato molto spazio all'interno delle sedute a temi come gli studi, seppur ritenuti importanti anche dal terapeuta, li sente meno pregnanti o importanti per il processo di psicoterapia e della problematica del paziente rispetto ad altri, come la sessualità, le memorie di infanzia o la salute fisica e mentale. Nelle relazioni con gli altri gli andamenti concordano in generale, ma nello sbobinato viene dato più spazio rispetto al trascritto, relativamente alle relazioni con i familiari e con gli amici. Prevalgono invece negli sbobinati, i temi relativi alla sessualità, alle relazioni d'amore, al parlare di relazioni di coppia, al desiderio di essere separato e distante e al desiderio di vicinanza.

Come abbiamo detto il terapeuta riporta maggiori facilitazioni, un aspetto più empatico e supportivo rispetto allo sbobinato: questo indice sembra non concordare con la valutazione dell'alleanza terapeutica che è bassa.

Gli andamenti dei singoli item differiscono molto, risultano simili gli andamenti degli item legati alla sessualità, al desiderio di essere separato e

distante e alle ricostruzioni dell'infanzia, gli andamenti sembrano essere differenti per gli altri item valutati con la scala Likert.

Dal punto di vista affettivo il paziente tende al controllo, teme gli affetti come qualcosa di spiacevole e pericoloso, ne riporta pochi e la gamma di affetti disponibile è limitata. I temi affettivi dell'ORT, valutati solo nel paziente, concordano quantitativamente nel trascritto e nello sbobinato: nel trascritto come nello sbobinato emergono in percentuali più elevate temi negativi, come l'aggressività, la tristezza, l'ansia, rispetto a temi positivi, come la felicità e l'affetto; anche i temi primitivi, come aggressività e sesso grezzo, prevalgono nettamente sugli evoluti, come felicità e frustrazione. Gli andamenti dei temi positivi e negativi nell'arco di tutte le sedute è altalenante, sia per ciò che riguarda il trascritto che lo sbobinato e lo stesso vale per i temi primitivi e negativi. Sia dal resoconto del terapeuta che da quello emerso nello sbobinato non si può pertanto dire che nel corso della terapia, si giunga ad una stabilizzazione affettiva, il paziente sembra avere dei "picchi" affettivi che sono individuabili all'interno dei percorsi di psicoterapia: gli aspetti di inadeguatezza, scarsa stima di sé e attacco al terapeuta sono forti così come i sentimenti primitivi, come all'aggressività. Più di una volta F. svaluta la figura del terapeuta, rendendo difficile la relazione e mettendo a rischio l'alleanza di lavoro.

L'andamento dei singoli temi è spesso simile, ma questo è vero soprattutto per il sesso grezzo, il sesso simbolico e i temi anali. Riteniamo che questo ultimo dato sia importante soprattutto se teniamo conto che la sessualità diviene il centro dei colloqui di psicoterapia ed è forse il problema più importante, così come sono importanti gli aspetti affetti legati al sesso (sesso simbolico), tanto anelati dal paziente ma mai vissuti; il paziente è infatti molto spaventato e tende a controllarli (anali).

L'affetto e la competizione si differenziano: l'affetto è percepito maggiormente dal terapeuta di quanto non sia presente negli sbobinati così come per la competizione. Crediamo che cogliere degli affetti positivi vista la storia, sia una cosa che rincuora il terapeuta e per questo tende a darne più spazio, forse pensando che possa essere merito della terapia se il paziente li riporta; inoltre il terapeuta riferisce molti più aspetti di competizione, che vista la bassa stima che il paziente ha di sé, probabilmente percepisce come un aspetto cruciale nella problematica di F..

9. Conclusioni

Gli studi sul caso singolo possono essere di tipo qualitativo (descrittivo/narrativi) o quantitativi e possono comprendere sia reports naturalistici di processi o risultati oppure indagini sperimentali o quasi sperimentali (Cook e Campbell, 1979). Possono essere utilizzati, in ambito di ricerca in psicoterapia da autori di diverso orientamento: comportamentali o cognitivo comportamentali (e.g. Morley, 1987, 1989) o di indirizzo psicodinamico (e.g. Fonagy e Moran, 1990, 1993; Jones, 1985). Nella letteratura psicoanalitica lo studio del processo ha sempre implicato quasi esclusivamente la descrizione qualitativa dei casi, trascritta a mano dal terapeuta dopo la conclusione della seduta. A partire da queste descrizioni spesso si è giunti alla generazione di ipotesi (con un metodo induttivo se lo paragoniamo a quello deduttivo più caratteristico della scienza così come concepita in termini positivistic). Se lo studio del caso singolo ha sempre avuto un ruolo meno “outstanding” nella ricerca empirica in psicoterapia se confrontato con i Randomized Controlled Trials (l’applicazione vera e propria del metodo sperimentale), attualmente lo studio del caso singolo acquista via via una sua posizione più “sicura” con l’acquisizione di nuove metodologie (e.g. Hilliard, 1993). Tuttavia spesso la letteratura di stampo psicoanalitico dimentica o non tiene conto di queste nuove opportunità, evitando così di introdurre contributi che possano favorire nuove aperture sulla tematica dello studio del “process” in tale ambito, contribuendo così allo studio della efficacia di tali tipi di terapia. La base iniziale per lo studio del caso singolo è la condivisione dei dati di partenza e purtroppo questo implica la modalità di raccolta dei dati. E’ da lamentare che esistano così pochi lavori su tale argomento. Vista la scarsità dei lavori presenti in letteratura sulla tematica, il lavoro si proponeva unicamente di aprire una finestra empirica su come lavorano il terapeuta e l’audioregistratore nel momento in cui registrano i dati. Il lavoro presenta l’evidente limite di rivolgersi ad un unico caso seguito da un unico terapeuta. Inoltre i risultati sono sicuramente strettamente associati alla scelta degli strumenti utilizzati per la valutazione delle sedute stesse. Tuttavia i risultati ottenuti aiutano a riflettere sulla importanza di raccogliere altro materiale sulla tematica e di riflettere sullo stesso. Il lavoro sembra comunque confermare l’affermazione di Jordan-Moore (1994) e sembrerebbe indicare come adeguata la nostra proposta di utilizzare contemporaneamente entrambi i metodi per una valutazione più completa del processo psicoterapeutico.

Bibliografia

- ADAIR, J.G. (1984). The Hawthorne effect: A reconsideration of the methodological artifact. *Journal of Applied Psychology*, 69 (2), 334-345.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, COMMISSION ON PSYCHOTHERAPIES (1982). *Psychotherapy Research : Methodological and Efficacy Issues*. Washington, DC: APA.
- BIHLAR B., & CARLSSON A. M. (2000). An exploratory study of agreement between therapists' goals and patients' problems revealed by the Rorschach. *Psychotherapy Research*, 10 (2), 196-214.
- BLATT, S. J. (2001). The effort to identify empirically supported psychological treatments and its implications for clinical research, practice, and training: Commentary on papers by Lester Luborsky and Hans H. Strupp. *Psychoanalytic-Dialogues*, 11 (4), 635-646.
- BRAFF, D.L., BACHMAN, J., GLICK, I.D., & JONES, R.T. (1979). The therapeutic community as a research ward: Myths and facts. *Archives of General Psychiatry*, 36 (3), 355-360.
- COLLI A., LINGIARDI V. (2001). *Manuale IVAT: Indice di Valutazione dell'Alleanza Terapeutica*, manoscritto non pubblicato
- COOK, T.D. & CAMPBELL, D.T. (1979). *Quasi-experimentation: design and analysis issues for field settings*. Boston: Houghton, Mifflin.
- FONAGY, P. & MORAN, G.S. (1990). Studies of the efficacy of child psychoanalysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 684-695.
- FONAGY, P. & MORAN, G.S. (1993). A psychoanalytic approach to the treatment of brittle diabetes in children and adolescents. In Hodes, M. & Moorey, S. (Eds.) *Psychological treatment in disease and illness*. London UK: Gaskell/Royal College of Psychiatrist, London Englan UK: Society for Psychosomatic Research.
- FONAGY, P. (2001). The talking cure in the cross fire of empiricism-the struggle for the hearts and minds of psychoanalytic clinicians. Commentary on papers by Lester Luborsky and Hans H. Strupp. *Psychoanalytic dialogues*, 11 (4), 621-632.
- HARRISON A. (2003) Change in Psychoanalysis: getting from A to B. *Journal of the American Psychoanalytic association*, 51(1). 221-256
- HILLIARD, R. B. (1993). Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61

- (3), 373-380.
- IPA. (1999). An Open Door Review Of outcome studies in psychoanalysis. (Ed.) Fonagy, P.
- JONES, E. E. (1985). *Manual for the Psychotherapy Process Q-Set*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- JONES, E. E. (1993a). How will psychoanalysis study itself ? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41, 91-108.
- JONES, E. E. (1993b). Introduction to the special section on single-case research in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 772-731.
- JONES, E. E., HALLS, S. A., & PARKE, L. A. (1991). The Berkeley Psychotherapy Research Group. In L. Beutler & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies* (pp. 98-107). Washington, DC: American Psychological Association.
- JORDAN-MOORE, J. F. (1994). Intimacy and science: the publication of clinical facts in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 1251-1266.
- KERNBERG, O. F. (1984). *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
- KERNBERG, O. F. (1992). Psychopathic, paranoid, and depressive transferences. International. *Journal of Psychoanalysis*, 73, 13-28.
- KERNBERG O. F. (1995), Empirical Research in Psychoanalysis, in Shapiro T. Emde R., *Research in Psychoanalysis: Process, Development, Outcome*. New York: International Universities Press.
- KERNBERG, O. F. (1996) A psychoanalytic theory of personality disorders. *In Major theories of personality disorder*. (pp.106-140). New York, NY, US: Guilford Press.
- KERNBERG, O. (2001). Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy, and supportive psychotherapy: Contemporary controversies. *Psicoanalisi: Revista de la Asociacion Psicoanalitica de Buenos Aires*, 23 (1), 201-227.
- LIS, A., ZENNARO A., GIOVANNINI F., MAZZESCHI C., CALVO V., (2002). ORT. Object Relations Technique: una griglia di valutazione empirico-clinica. Raffaello Cortina Editore: Milano.
- LUBORSKY, L. (1962). Clinicians' judgments of mental health. *Archives of General Psychiatry*, 7, 35.

- LUBORSKY, L. (2001). The meaning of empirically supported treatment research for psychoanalytic and other long-term therapies. *Psychoanalytic Dialogues*, 11 (4), 583-604.
- MARSHALL, R. D., VAUGHAN, S. C., MACKINNON, R. A., MELLMAN, L. A., & ROOSE, S. P. (1997). Assessing outcome in psychoanalysis and long-term dynamic psychotherapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 24 (4), 575-604.
- MERGENTHALER, E., & KAECEHELE, H. (1994). The Ulm Textbank / Die Ulmer Textbank. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 44 (1), 29-35.
- MORLEY, S. (1987). Modification of auditory hallucinations: experimental studies of headphones and earplugs. *Behavioural Psychotherapy*, 15(3), 240-251.
- MORLEY, S. (1989). Single case research. In G. Parry, F. N. Watts et al. (Eds.). *Behavioural and mental health research: a handbook of skills and methods*. Hove, England: Lawrence Erlbaum Associates.
- PHILLIPSON, H. (1955). *The Object Relations Technique*. New York, NY, US: Free Press.
- ROCKLAND, L. H. (1989). Psychoanalytically oriented supportive therapy: Literature review and techniques. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 17 (3), 451-462
- RUSS, S.W. (1993). *Affect and Creativity: The role of Affect and Play in the Creative Process*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey.
- SAFRAN, J. D. (2001). When worlds collide. Psychoanalysis and the empirically supported treatment. *Psychoanalytic Dialogues*, 11 (4), 659-581.
- STRUPP, H. H. (2001). Implications of the empirically supported treatment movement for psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 11 (4), 605-619.
- TUCKETT, D. (1994). The conceptualisation and communication of clinical facts in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 865-870.
- VOLLMER FIEHLO, J. (1994). Conceptualisation of the clinical psychoanalytical fact. *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 1041-1050.
- WALLENSTEIN, R. S. (2002). The generations of psychotherapy research: An overview. Leuzinger-Bohleber, M., Target, M. (Eds). *Outcomes of psychoanalytic treatment: Perspectives for therapists and researchers*. (pp.

30-52). London: Whurr Publishers, Ltd.

WIDLOCHER, D. (1994). A case is not a fact. *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 1233-1244.

WOLFSON, A., & SAMPSON, H. (1976). A comparison of process notes and tape recordings: Implications for therapy research. *Archives of General Psychiatry*, 33 (5), 558-563.

STUDI CONTROLLATI RANDOMIZZATI IN PSICOTERAPIA: IL CASO DELLA TERAPIA INTERPERSONALE PSICODINAMICA

G. Palmieri, E. Guthrie, S. Po, M. Rigatelli

In concomitanza all'introduzione della salute mentale basata sull'evidenza e all'interesse per le terapie validate empiricamente (EVT) (Chambless et al., 2001), ha assunto un'importanza fondamentale nel Regno Unito un'attenta valutazione di ogni nuovo approccio psicoterapeutico.

Già da alcuni anni negli Stati Uniti si è sviluppato un movimento nella direzione del riconoscimento e della definizione di trattamenti psicoterapeutici empiricamente supportati (empirically supported treatments- EST; Dubeis & Crits-Christoph, 1998), ovvero di terapie psicologiche manualizzate che abbiano mostrato una propria efficacia in ricerche controllate su popolazioni definite (Chambless & Hollon, 1998).

Lo sviluppo delle terapie cognitivo comportamentali, con ricerche di alta qualità nella valutazione degli effetti del trattamento, non è stato affiancato da uno sforzo altrettanto importante nella valutazione di efficacia dei trattamenti psicodinamici.

In tale ambito sono state evidenziate diverse problematiche relative alla manualizzazione delle terapie, l'intrusività di valutazioni oggettive durante la terapia, l'uso di apparati audiovisivi, la difficoltà nella valutazione di processi inconsci, l'enfasi sul risultato sintomatico in opposizione a quello dinamico.

Tutto ciò ha determinato una scarsità di valutazioni controllate dei trattamenti psicodinamici, come evidenziato dalla Review of strategic policy in UK (Parry and Richardson, 1996) e dall'ormai nota e influente review di Roth e Fonagy "What works for whom" (Roth e Fonagy, 1996).

Questa mancanza di dati di evidenza empirica può avere importanti conseguenze, le terapie psicodinamiche, infatti, possono non essere riconosciute come trattamenti di scelta in particolari condizioni patologiche.

Negli Stati Uniti, nell'ambito della definizione dei trattamenti supportati empiricamente si stanno già configurando situazioni in cui i terapeuti possono risultare coinvolti in problematiche medico-legali per avere trattato pazienti con terapie non riconosciute come EST.

Un'altra conseguenza preoccupante, circa la mancanza di ricerca sui

risultati, è rappresentata dall'enfasi sui processi cognitivi nello sviluppo dei disordini psichiatrici e relativa sottovalutazione dei processi relazionali, entrambi chiaramente di grande rilevanza.

C'è una evidenza sempre maggiore che le terapie che hanno come fulcro la relazione paziente-terapeuta (relational-based) siano efficaci come le terapie cognitive e possano rappresentare una valida alternativa a questo approccio.

La terapia interpersonale secondo il modello di Klerman, ad esempio (Klerman, 1984), si è dimostrata efficace quanto la terapia cognitiva nel trattamento della depressione (Elkin, 1989) e dei disturbi del comportamento alimentare (Fairburn, 1993). La stessa si è dimostrata efficace nella depressione ricorrente (Frank, 1990, 1991) e, uno studio più recente, ha mostrato un effetto positivo nella cura della depressione in pazienti HIV positivi (Markowitz, 1998).

La Cognitive-analytical therapy, messa a punto da Anthony Ryle (Ryle, 1991), è un'altra terapia relational-based che sta diventando sempre più popolare nel Regno Unito, annoverando incoraggianti risultati da studi in aperto benchè non ancora valutata in RCT.

Questo articolo descrive una particolare forma di psicoterapia chiamata: terapia interpersonale psicodinamica (Psychodynamic interpersonal therapy-PIT). La terapia interpersonale psicodinamica è una delle poche terapie psicodinamiche a essere stata valutata in diversi studi controllati randomizzati e rappresenta un trattamento empiricamente supportato per la depressione.

Il modello si pone a metà strada tra l'approccio psicodinamico tradizionale e la terapia interpersonale sviluppata da Klerman (Klerman et al., 1984). Benchè la ricerca sia ancora a uno stadio relativamente precoce, i dati fino a ora ottenuti suggeriscono che questa forma di terapia abbia una validità clinica e possa costituire un trattamento efficace per la depressione e la somatizzazione.

1. Il modello

Il modello della psicoterapia interpersonale psicodinamica è stato sviluppato e definito nel corso di 30 anni dal Dr. RF Hobson, Reader in Psicoterapia presso l'Università di Manchester e precedentemente Training Analyst della Society of Analytical Psychology a Londra. Nel 1983 è stato messo a

punto il primo manuale e un “pacchetto formativo” del modello comprendente alcuni videotapes (Margison and Hobson, 1983) e successivamente nel 1990 è stato prodotto un ulteriore manuale breve e una scala di valutazione del trattamento per la terapia della depressione (Shapiro and Startup, 1990). La terapia è relativamente semplice da apprendere e le competenze vengono mantenute per almeno due anni (Moss, 1991).

Il modello è stato chiamato inizialmente Modello Conversazionale di psicoterapia e trova le proprie basi teoriche sia in principi psicodinamici, sia in concetti umanistici e interpersonali (Hobson, 1985). È stato chiamato Modello Conversazionale poiché il compito principale del terapeuta è di sviluppare insieme al paziente ciò che Hobson chiamava un “linguaggio comune dello stato d’animo” (mutual feeling language) in una relazione di “solitudine-incontro” (aleness-togetherness).

Hobson ha sviluppato il modello come tentativo di scostarsi dall’approccio psicanalitico tradizionale di relazione asimmetrica (one-sided). L’intento è stato inoltre quello di concepire un tipo di psicoterapia relativamente non gergale (jargon-free) definendo precise competenze che potessero essere imparate, praticate e testate.

Il Modello Conversazionale di Psicoterapia è stato ideato per la cura di pazienti i cui sintomi e problemi originassero da disturbi e difficoltà nelle relazioni interpersonali.

Non è pertanto sintomo-specifico, come la terapia cognitiva, e può essere utilizzato nelle sue componenti basilari per la terapia di pazienti affetti da diversi tipi di disturbi (depressione, ansia, somatizzazione, disturbi del comportamento alimentare).

La funzionalità del modello può essere potenziata tramite l’adattamento a determinate condizioni patologiche (depressione, somatizzazione), ma il processo di base rimane simile al di là del quadro sintomatologico. Questo è un vantaggio in molte situazioni poiché, nella pratica clinica, i pazienti soffrono raramente di un disturbo inquadrabile in modo preciso in una categoria diagnostica (DSM-IV o ICD-10), presentandosi più spesso con complessi multisintomatici.

Il modello è stato concettualizzato come consistente di sei diverse componenti intercorrelate. Alcune di queste sono comuni a tutte le psicoterapie, ma considerate nel complesso costituiscono uno specifico modello definibile

di psicoterapia.

Le componenti del modello conversazionale sono le seguenti:

1. Razionale esplorativo (Exploratory rationale)
2. Comprensione condivisa (Shared understanding)
3. Stare con i propri stati d'animo (Staying with feelings)
4. Focalizzazione su stati d'animo difficili (Focus on different feelings)
5. Acquisizione di insight (Gaining insight)
6. Sequenza di interventi (Sequence of interventions)
7. Cambiamenti (Making change)

2. Razionale esplorativo (Exploratory rationale)

Uno degli obiettivi principali della terapia è di identificare difficoltà interpersonali nella vita del paziente che possano essere responsabili della manifestazione o del mantenimento dei sintomi. Il terapeuta cerca di fornire al paziente un razionale, in riferimento alla terapia, che enfatizzi l'importanza di collegare sintomi emozionali (o sintomi somatici) a difficoltà o problemi nell'ambito interpersonale. Entro la fine delle prime sedute, il terapeuta dovrebbe essere in grado di costruire una formulazione che metta in relazione tali difficoltà allo sviluppo o al mantenimento di problemi e difficoltà emotive, a loro volta responsabili di ulteriori difficoltà interpersonali. Questa formulazione dovrebbe essere condivisa con il paziente e diventare uno dei punti focali del prosieguo della terapia.

3. Comprensione condivisa (Shared understanding)

Compito principale del terapeuta è cercare di comprendere cosa il paziente stia realmente vivendo o provando. Questo è un obiettivo difficile che viene raggiunto solo parzialmente. Le seguenti componenti del modello incoraggiano una maggiore apertura e comprensione tra il terapeuta e il paziente.

Uso di affermazioni (Statements)

Il terapeuta usa affermazioni più che domande. Le domande tendono a rendere la situazione unilaterale, possono inoltre far sentire il paziente a disagio e

obbligato a fornire la risposta giusta. Un'affermazione rappresenta un punto di partenza, espressa come tentativo, da cui il paziente può allontanarsi sviluppando diverse tematiche.

Linguaggio di reciprocità (Language of mutuality)

Nell'uso del linguaggio il terapeuta dovrebbe mostrare la propria piena partecipazione alla conversazione attraverso espliciti riferimenti alla relazione con il cliente (uso della prima persona personale). Questo determina un coinvolgimento attivo e reciproco nell'esplorazione, facilita l'approfondimento della relazione fra il terapeuta e il paziente, accentua la direttività della comunicazione.

Stile negoziante (Negotiating style)

Il modo in cui il terapeuta parla è cruciale; non dovrebbe mostrare di sentirsi nel giusto, di avere ragione, dovrebbe piuttosto tentare di trasmettere al paziente un messaggio del tipo "questo è il modo in cui vedo le cose in questo momento, ma potrei sbagliarmi, potrei aver capito male, vorrei che tu mi aiutassi a vedere le cose in modo più chiaro". Questa attitudine crea un'atmosfera di collaborazione fra il paziente e il terapeuta in cui viene raggiunta una comprensione più profonda, attraverso una serie di gradualità aggiustamenti di significato che avvicinano sempre di più all'esperienza del paziente.

Metafore (Metaphors)

La metafora è simile a un simbolo, consiste nell'utilizzo di un'immagine che ne rappresenta un'altra. La metafora conduce a una rappresentazione del mondo interno, alla dimensione emotiva. Non è esclusiva della psicoterapia interpersonale psicodinamica, ma è comunemente usata dai terapeuti per fornire vitalità a un'idea, per amplificare la comprensione di un'esperienza o di un concetto, e per approfondire il livello di scambio emotivo tra il paziente e il terapeuta.

Il seguente esempio mostra come la metafora di una "molla" possa essere utilizzata per esplorare lo stato d'animo, di tensione e frustrazione di un paziente:

Paziente: *Mi sento sempre teso..non riesco a calmarmi*

Terapeuta: *Sembra che senta una specie di irritazione*

Paziente: *Mi sento stringere sempre di più dentro..ogni*

cosa è rigida

Terapeuta: *Mi sembra di capire che si senta come una molla...che è tutta avvolta su se stessa e che viene schiacciata sempre di più.*

Paziente: *Sì.. penso che a volte la gente agisca deliberatamente per farmi irritare, sono sicuro che sto proprio per esplodere.*

Ipotesi di comprensione (Understanding hypotheses)

Le ipotesi, nel Modello Conversazionale, sono modi di promuovere l'esplorazione, la comprensione degli stati d'animo del paziente, specialmente nelle relazioni interpersonali. Ci sono alcune analogie tra ipotesi e interpretazioni (le cosiddette Ipotesi esplicative) usate in altri tipi di terapia interpersonale e dinamica. Le ipotesi, comunque vengono offerte con meno sicurezza e convinzione delle interpretazioni e vengono normalmente espresse in un linguaggio meno diretto.

4. Stare con i propri stati d'animo (Staying with feelings)

Focus sul "qui e ora"

Focalizzarsi su cosa il paziente stia provando durante il colloquio. Tentare di ricreare gli stati d'animo e di facilitarne la vera espressione nell'immediatezza dell'ambiente terapeutico, piuttosto che parlarne in modo astratto o come se appartenessero solo al passato.

5. Focalizzazione su stati d'animo difficili

"Stato d'animo celato" (Hidden affect) in terapia si riferisce a due situazioni: la prima capita quando un paziente esprime apertamente una particolare emozione, come ad esempio rabbia, senza la consapevolezza di essere arrabbiato. La seconda situazione si presenta quando il cliente è apertamente anaffettivo ma, da una prospettiva razionale, ci si aspetterebbe che avesse sentimenti forti. Nel primo caso il terapeuta può affrontare la questione dello stato d'animo celato attraverso un intervento basato sul riconoscimento di segnali verbali e

non verbali, e del contrasto tra questi e ciò che il cliente sta dicendo. Nella seconda situazione il terapeuta può esprimere commenti a proposito dell'apparente disinteressamento del cliente circa argomenti di grande significato emotivo.

6. Acquisizione di insight

Ogniquale sia possibile, il terapeuta dovrebbe tracciare paralleli o definire patterns nelle diverse relazioni del cliente. Ciò può comprendere, mettere in relazione aspetti delle relazioni infantili con quelle adulte, o trovare parallelismi tra diverse relazioni adulte.

Ipotesi di collegamento

Le ipotesi di collegamento sono affermazioni che mettono in relazione stati d'animo emersi nelle sessioni terapeutiche con altri stati d'animo sia interni che esterni alla terapia. Rappresentano invariabilmente una modalità di tracciare paralleli nella relazione tra il paziente e il terapeuta e altre importanti relazioni nella vita del cliente, presenti o passate. In quest'ottica possono riferirsi al rapporto transferale tra il paziente e il terapeuta.

Ipotesi esplicative

Queste affermazioni sono più complesse e vengono espresse solo dopo che il terapeuta abbia acquisito informazioni considerevoli riguardo al paziente. Introducono la possibilità di motivazioni sottostanti a problemi e difficoltà relazionali. Si riferiscono solitamente a un pattern ripetuto di comportamenti disadattativi messi in relazione, da parte del terapeuta, a un certo tipo di difficoltà o conflitto. Questo fornisce un'opportunità attraverso la quale il conflitto può essere riconosciuto, fatto proprio, ed esplorato.

7. Sequenza di interventi

Emergono così componenti differenti nel modello, ed è importante nella terapia che i diversi aspetti siano usati in modo coerente. È inappropriato usare un'ipotesi esplicativa senza prima stabilire il contesto emotivo o chiarire il rapporto con le difficoltà interpersonali.

Prima di affrontare la comprensione di difficoltà interpersonali, il mo-

dello enfatizza l'importanza di stare con i propri stati d'animo.

8. Cambiamenti

Con il procedere della terapia, il cliente può avere l'opportunità di affrontare o sperimentare stati d'animo in una modalità nuova rispetto al passato e il terapeuta dovrebbe riconoscere e incoraggiare questi cambiamenti. Il cliente può essere in grado di condividere stati d'animo di tristezza non espressi precedentemente, o può essere in grado di provare rabbia senza perdere il controllo.

9. Formato terapeutico breve

La terapia interpersonale psicodinamica può essere utilizzata sia per un lavoro a breve che a lungo termine. Nel caso in cui venga condotta una psicoterapia breve è particolarmente importante che sia stabilita sin dall'inizio una struttura sicura. Dovrebbe essere deciso un contratto chiaro, con un numero preciso di sessioni di lunghezza predefinita, insieme alla data per la fine della terapia.

Descriviamo di seguito un esempio di struttura per una terapia breve di otto sedute. Tale schema vuole rappresentare soltanto una guida e non dovrebbe essere seguito rigidamente.

Esempio:

Sedute iniziali

- Storia dei sintomi
- Stare con ed esplorare gli stati d'animo
- Natura delle relazioni interpersonali
- Collegare lo sviluppo dei sintomi al mantenimento di difficoltà interpersonali
- Valutazione della relazione tra paziente e terapeuta
- Identificazione delle principali aree problematiche
- Formulazione interpersonale
- Accordo su un problema su cui focalizzarsi
- Definizione della lunghezza della terapia e della data

di conclusione

Sedute intermedie

- Rivalutazione dei sintomi
- Stare con i propri stati d'animo
- Facilitare l'esplorazione di stati d'animo celati
- Identificazione di fattori che aggravano i sintomi
- Rivalutazione di difficoltà interpersonali
- Rivalutazione degli stati d'animo del paziente relativi alle sedute
- Esplorazione e collegamento di difficoltà interpersonali alla formazione dei sintomi
- Collegamento di difficoltà interpersonali fra il paziente e il terapeuta a difficoltà interpersonali della vita reale

Sedute finali

- Esplicita discussione della fine del trattamento
- Collegamento tra la conclusione del trattamento con problemi precedenti perdite o problemi intimi
- Rivalutazione dei sintomi
- Facilitazione dell'espressione di sintomi negativi
- Rivalutazione degli insights e dei benefici ottenuti dalla terapia
- Enfasi sul cambiamento
- Rivalutazione di come il lavoro può essere continuato dal paziente anche dopo la fine della terapia
- Saluti finali

10. Valutazione dell'evidenza della terapia interpersonale psicodinamica

Sono stati condotti a oggi otto trias controllati randomizzati per valutare la PIT. Quattro di questi sono stati condotti presso l'Università di Sheffield e si sono concentrati su soggetti affetti da depressione (Barkham et al., 1996, 1999; Shapiro & Firth, 1987; Shapiro et al., 1994). Gli altri quattro sono stati condotti presso l'Università di Manchester su diversi gruppi di pazienti:

pazienti affetti da sintomi gastrointestinali cronici e intrattabili (Guthrie et al., 1991; Hamilton et al., 2000); pazienti con ansia e depressione resistente ad altre terapie (Guthrie et al., 1999); e pazienti che hanno compiuto un parasuicidio (Guthrie et al., 2001). Un altro studio condotto in Australia (Meares et al., 1999) ha mostrato i benefici della PIT, utilizzata in un formato più esteso, sui pazienti border-line.

Benchè tutti questi studi contengano una qualche valutazione della PIT, il design e le loro finalità sono piuttosto diversi. A questo proposito è necessario definire due concetti molto importanti: l'efficacia e l'efficienza di un trattamento psicoterapeutico (Cochrane, 1972).

L'efficacia (efficacy) di un trattamento si riferisce all'evidenza derivata da trial attentamente concepiti dove l'accento è posto sulla validità interna dello studio. Questo comporta però che più il campione è selezionato (i pazienti sono simili), più rigoroso è l'intervento, meno il trattamento è applicabile alla routine clinica. In uno studio di questo tipo, ad esempio, non vengono considerati i drop-out, elemento cruciale in psicoterapia. Tradizionalmente, nella medicina basata sull'evidenza, lo studio controllato randomizzato (randomized controlled trial- RCT) è considerato il gold standard per la sua capacità di minimizzare i bias attraverso il processo di randomizzazione (Margison, 2000). Tuttavia, anche con il RCT esiste un evidente gap tra il rigore procedurale e la generalizzabilità del risultato (Shapiro, 1995).

L'efficienza (effectiveness) è più rappresentativa di pazienti del "mondo reale", utilizza campioni meno selezionati, meno puri e conseguentemente caratterizzati da minore validità e consistenza. I risultati in questo caso sono però più generalizzabili.

Gli studi di Sheffield sono stati concepiti per paragonare l'efficacia della PIT con quella della CBT in pazienti affetti da depressione. I ricercatori erano interessati soprattutto allo studio di modelli esplicativi e a processi di cambiamento in relazione ai due stili terapeutici. Il gruppo dei pazienti era quindi relativamente omogeneo, e le principali analisi dei risultati sono state condotte su coloro che hanno portato a termine il trattamento. Si è trattato quindi di studi di efficacia.

Gli altri studi descritti si sono concentrati invece su una valutazione della PIT in un setting naturalistico, definendone quindi l'efficienza. L'interesse principale è stato concentrato, in questo caso, sul risultato e le analisi

principali sono state compiute su una base “intention to treat”, includendo dunque anche i dati disponibili relativi a pazienti che non hanno completato il trattamento. I soggetti degli studi, per renderli più rappresentativi della pratica comune, provenivano da popolazioni cliniche.

11. Studi nel trattamento della depressione

Ci sono quattro studi principali che mettono a confronto la PIT con la CBT nel trattamento della depressione:

1. Sheffield Psychotherapy Project (SPP-1; Shapiro & Fith, 1987), condotto in un setting di ricerca, su “colletti bianchi”, per confrontare gli effetti del trattamento interpersonale con quello cognitivo comportamentale
2. Second Sheffield Psychotherapy Project (SPP-2; Shapiro et al., 1994, 1995), condotto in un setting di ricerca, su “colletti bianchi”, per confrontare gli effetti del trattamento interpersonale con quello cognitivo comportamentale e le differenze nei risultati a seconda della durata del trattamento
3. Collaborative Psychotherapy Project (CPP; Barkham et al. 1996), condotto in un setting clinico, per valutare la generalizzabilità della terapia nell’NHS (Servizio Sanitario Nazionale inglese)
4. Two-plus-one PI therapy (2+1; Barkham et al., 1999), condotto in un setting di ricerca, per valutare l’efficacia della terapia nel trattamento della depressione lieve

Tutte le sessioni di terapia sono state audioregistrate per valutare l’aderenza al modello utilizzato.

SPP-1: si tratta di uno studio cross-over in cui sono stati confrontati due pacchetti di trattamento consistenti in 8 sedute di PIT seguite da 8 sedute di terapia cognitivo comportamentale (CBT), e 8 sedute di CBT seguite da 8 sedute di PIT. La finalità dello studio era quella di valutare l’efficacia di un trattamento eclettico nella depressione e capire se l’ordine con cui le terapie venivano proposte avesse un impatto sul risultato. Per la valutazione dell’esito sono stati utilizzati i seguenti strumenti: Present State Examination (Wing,

1974), Beck Depression Inventory- BDI (Beck, 1961), Symptom Checklist-90-R- SCL-90-R (Derogatis, 1983), Social Adjustment Scale (Weissman, 1976).

I risultati dello studio hanno mostrato come il 65% dei 40 clienti che hanno completato il trattamento abbiano presentato significativi miglioramenti clinici, evidenziando l'assenza sostanziale di differenze tra i due trattamenti in termini di efficacia.

SPP-2: studio controllato randomizzato, in cui 117 clienti hanno completato la terapia, che ha mostrato come non ci siano differenze sostanziali nei risultati clinici fra CBT e PIT. I soggetti sono stati stratificati in cinque gruppi in base alla gravità clinica valutata sui punteggi della Beck Depression Inventory. Successivamente alla terapia i pazienti hanno presentato un miglioramento sulla maggior parte delle misure utilizzate (Present State Examination, Beck Depression Inventory, Symptom checklist- 90-R, Social Adjustment Scale).

Dallo studio è emerso come 16 sedute di PIT producano un maggior beneficio a lungo termine rispetto a 8 sedute; 8 sedute di PIT sono risultate inoltre meno efficaci sia di 8 che di 16 sedute di CBT. A tre mesi di follow-up in particolare i pazienti con punteggi alla BDI più alti hanno presentato maggiori miglioramenti con 16 sedute di PIT. A un anno questa differenza è scomparsa. L'esame della curva dose-risposta ha dimostrato come la sintomatologia migliori in modo lineare nel tempo, con l'aumento del numero delle sedute.

CPP: concepito per testare se i risultati di SPP-2 potessero essere replicati in un setting clinico. I soggetti considerati, affetti da depressione, sono stati reclutati nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale inglese e in 36 hanno portato a termine il trattamento. Rispetto al setting di ricerca in questo caso i risultati sono stati meno soddisfacenti. I pazienti hanno presentato evidenti miglioramenti nella sintomatologia depressiva, misurati con gli strumenti utilizzati negli studi precedenti a cui è stato aggiunto l'Inventory of Interpersonal Problems-IIP (Horowitz, 1988), sia con la CBT che con la PIT. I miglioramenti non si sono mantenuti per un periodo di follow-up a dodici mesi, dimostrando un certo trend di recidiva. Questo comunque non stupisce particolarmente in quanto molte psicoterapie presentano differenze nella dimensione del risultato nel passaggio da un setting di ricerca a un setting

clinico.

I risultati ottenuti sono comunque importanti in quanto dimostrano come la PIT possa essere praticata efficacemente nel servizio pubblico. È risultata inoltre ben accettata degli utenti, e la maggior parte dei partecipanti (75%) hanno completato il trattamento, con miglioramento della sintomatologia depressiva. È stato ipotizzato che per prevenire le ricadute sia necessario un trattamento supplementare durante il follow-up a dodici mesi.

Two-plus-one PI therapy: questo studio “2+1” si è concentrato su un formato molto breve di psicoterapia nel trattamento della depressione. Tale formato consiste in tre sedute di terapia: le prime due sedute a distanza di una settimana le une dalle altre, l’ultima a distanza di dodici settimane. Tre sedute di PIT sono state quindi confrontate con tre sedute di CBT. I pazienti sono stati stratificati in tre gruppi in base ai punteggi al BDI. I punteggi dell’ultimo gruppo sono risultati comparabili a un gruppo di pazienti di SPP-2.

Nonostante i pazienti che abbiano ricevuto il trattamento abbiano presentato un miglioramento al punteggio BDI, non sono emerse differenze statisticamente significative tra i due trattamenti: la PIT ha mostrato tuttavia una lieve superiorità nel gruppo subclinico, la CBT nel gruppo con depressione lieve. La PIT può ottenere quindi risultati soddisfacenti anche in un formato breve, con pazienti affetti da depressione lieve o sottosoglia, acquisendo dunque particolare valore nei servizi di primary care.

La considerevole mole di lavoro da parte di Shapiro et al., condotta nell’arco di dieci anni, ha confermato come la PIT sia un trattamento efficace per la depressione, paragonabile alla CBT, e come possa essere proposta nell’ambito del servizio pubblico.

12. Studi nel trattamento della somatizzazione

La PIT è stata valutata in due studi come trattamento per la somatizzazione in pazienti con disturbi gastroenterici funzionali. Il primo studio (Guthrie, 1991) riguarda pazienti affetti dalla sindrome del colon irritabile, il secondo pazienti con dispepsia funzionale.

La sindrome del colon irritabile (IBS) è caratterizzata da dolore, distensione addominale e alterazione del funzionamento intestinale (Thompson et al., 2000). Una percentuale compresa tra l’8 e il 19% degli adulti nel mondo

occidentale (più frequentemente nelle donne rispetto agli uomini, 24% vs 11%), presenta sintomi compatibili con una diagnosi di IBS.

La maggior parte di questi soggetti non si rivolge al medico, pur rappresentando il 20-50% dei pazienti che afferiscono alle cliniche gastroenterologiche specialistiche. L'IBS può rappresentare una condizione fortemente disabilitante (Drossman et al., 1993), il cui trattamento è molto costoso (Talley et al., 1995).

Anche la dispepsia funzionale è estremamente comune, colpendo almeno il 16% della popolazione adulta dei paesi occidentali (Talley et al., 1992). Diverse sono le modalità con cui la sindrome può presentarsi, ma la caratteristica principale è il dolore nella parte superiore dell'addome; in alcuni soggetti questo dolore può essere alleviato dal cibo (dispepsia ulcer-like), altri descrivono il dolore come esacerbato dal cibo in aggiunta a gonfiore addominale (dismotilità). Possono presentarsi anche sintomi di rigurgito acido (dispepsia da reflusso). C'è una grande sovrapposizione tra queste condizioni e altri disturbi funzionali intestinali. Benchè per fini di ricerca siano considerati come entità separate, in realtà molti pazienti con IBS sono affetti anche da dispepsia funzionale e vice versa. Esiste inoltre la sovrapposizione con altre sindromi somatiche funzionali, ad esempio la sindrome da fatica cronica o il dolore pettorale atipico.

I pazienti con IBS o dispepsia funzionale hanno tassi di psicopatologia paragonabili a quelli dei controlli sani, il rivolgersi al medico per il trattamento tuttavia, è associato con una probabilità aumentata di patologia psichiatrica e il 40-50% dei pazienti visitati nelle cliniche gastroenterologiche presenta patologie psichiatriche (Fullwood et al., 1995).

In entrambi i trials psicoterapeutici sono stati selezionati soggetti in base alla cronicità dei sintomi, individui all'estremità dello spettro di pazienti con sintomi funzionali gastrointestinali. Il fine di entrambe le ricerche è stato quello di valutare l'efficacia della PIT in un setting naturalistico, includendo un gruppo di controllo e un'analisi dell'intenzione al trattamento.

13. Studio controllato randomizzato della PIT in pazienti con IBS.

In questo studio la PIT è stata confrontata con placebo in pazienti affetti da IBS cronica e intrattabile, afferenti a una clinica gastroenterologica. La

PIT è stata adattata specificatamente al trattamento di pazienti con somatizzazione (Guthrie & Creed, 1993). È stata concepita una lunga seduta iniziale di tre-quattro ore per ingaggiare il paziente alla terapia, seguita da sei sedute normali. Il controllo è stato costituito da un ascolto supportivo, in cui il terapeuta ha ascoltato i problemi del paziente, senza condurre alcun intervento psicoterapeutico. Lo studio è stato concepito con una struttura parzialmente cross-over. In seguito al reclutamento i pazienti sono stati assegnati in modo randomizzato alla PIT o al controllo. Alla fine del periodo di trattamento ai pazienti del gruppo di controllo i cui sintomi non erano migliorati è stata offerta la PIT.

L'outcome è stato valutato da gastroenterologi, in cieco rispetto ai gruppi di trattamento, tramite la Bowel Symptom Scale. È stata portata a termine inoltre una valutazione psicologica ripetuta consistente in Hamilton Depression Rating Scale (Hamilton, 1967), Beck Depression Inventory, Clinical Anxiety Scale (Snaith, 1982), Present State Examination. Lo studio ha coinvolto 102 pazienti: 53 casi e 49 controlli. I pazienti che hanno ricevuto la PIT hanno riportato miglioramenti significativi sia nei sintomi fisici sia psicologici rispetto ai controlli.

Il miglioramento è stato inoltre mantenuto a 12 mesi. I controlli che sono diventati casi, hanno presentato parimenti un miglioramento clinico. I migliori predittori di un buon esito della PIT sono risultati essere: presenza di ansia e depressione, assenza di dolore costante, durata dei sintomi relativamente breve e pochi siti di dolore addominale.

14. Studio controllato randomizzato della PIT verso una terapia supportiva in pazienti con dispepsia funzionale cronica.

In questo studio (Hamilton, 2000) la PIT è stata confrontata con un trattamento di controllo, definito "terapia supportiva". I pazienti sono stati invitati a esprimere i propri sentimenti e le proprie frustrazioni relative ai sintomi, in più, considerato che molti pazienti hanno espresso preoccupazioni relative alla propria dieta e alla sensibilità ad alcuni cibi, il terapeuta si è focalizzato specificatamente sulla dieta e sulla relazione tra l'ingestione di cibo e la dispepsia. Anche in questo studio, a una lunga prima sessione sono seguite sei sessioni di lunghezza normale.

Non essendo ancora stato stabilito al momento dello studio un accordo

uniforme riguardo alla classificazione, sono stati inclusi anche pazienti dispeptici affetti da reflusso gastroesofageo, è stata comunque compiuta una subanalisi successiva. Trentasette pazienti randomizzati hanno ricevuto la PIT e 36 pazienti la terapia supportiva. A un anno di follow up, 58 pazienti (79.5%) sono stati rivalutati. Come già nello studio precedente, le valutazioni sono state compiute da gastroenterologi in cieco rispetto al gruppo di trattamento. Alla fine del trattamento i pazienti che hanno ricevuto la PIT hanno presentato un miglioramento maggiore rispetto ai controlli; un anno dopo il trattamento entrambi i gruppi hanno riportato una riduzione significativa dei sintomi totali.

Nonostante non sia stata evidenziata una differenza tra i due gruppi nel grado di miglioramento, escludendo i pazienti con reflusso gastroesofageo, è emerso un netto vantaggio sintomatologico per i pazienti che hanno ricevuto la PIT.

Un considerevole numero di pazienti nel gruppo della PIT (59%), rispetto a quello di controllo (31%), ha definito migliore il proprio stato psicofisico generale rispetto al periodo pre-trial e lo stesso vale anche per la propria salute fisica (54%).

Il miglioramento della sintomatologia gastroenterologica è risultato associato a un miglioramento dei sintomi psicologici per i pazienti che hanno ricevuto la PIT, sia alla fine del trattamento sia dopo un anno. La valutazione è stata compiuta in questo caso con SCL90-R, Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond, 1983), IIP, SF-36 (Ware, 1992).

Un aspetto positivo e importante è che i pazienti sono stati reclutati direttamente da un reparto gastroenterologico, essendo così rappresentativi di una popolazione clinica affetta da disturbi gravi.

Il 90% dei pazienti afferenti alla clinica hanno accettato di partecipare allo studio, dimostrando come la psicoterapia sia accettata anche da pazienti affetti da disturbi da somatizzazione. Un altro fattore di rilievo è che la valutazione dei pazienti è stata compiuta da gastroenterologi in modo indipendente dal terapeuta.

Questi studi suggeriscono così che la PIT rappresenta un trattamento efficace per i pazienti affetti da disturbi funzionali gastrointestinali, con un accento particolare sulla rilevanza relativa alla pratica clinica.

15. Studio nel trattamento del parasuicidio

Il parasuicidio (deliberate self harm) consiste nel compimento di gesti

autolesivi, fra i quali il più frequente è l'ingestione incongrua di farmaci (paracetamolo in primis). Il parasuicidio rappresenta una delle cinque cause principali di ammissione in ospedale nel Regno Unito (NHS Centre for Review and Dissemination, 1998), considerato che vengono riportati circa 140.000 casi di accesso al Pronto Soccorso ogni anno.

I pazienti che commettono un parasuicidio hanno una probabilità cento volte superiore rispetto alla popolazione generale di commettere il suicidio nell'anno successivo all'episodio (Hall, 1998). Circa un quarto di tutti i pazienti che commettono il suicidio si presentano all'ospedale per un parasuicidio nel corso dei 12 mesi precedenti al decesso (Gairin, 2003). Il parasuicidio rappresenta dunque senza dubbio il fattore di rischio più importante per il successivo suicidio (Hawton, 2003).

Una recente review ha mostrato come, nonostante alcuni trattamenti siano promettenti, nessuno di questi possa essere specificatamente indicato (Hawton et al., 1998).

Questo gruppo di pazienti presenta inoltre alti tassi di morbidità psichiatrica e frequenti stress psicosociali. Oltre il 70% degli individui che commettono un gesto autolesivo annoverano una difficoltà interpersonale come evento precipitante (Bancroft et al., 1977), riportando inoltre eventi di vita negativi in quantità quattro volte superiore rispetto ai controlli (Paykel et al., 1975), un'alta prevalenza di perdite parentali durante l'infanzia e patterns di vita famigliare caotica e instabile.

Ai fini di valutare se la PIT possa risultare d'aiuto in pazienti che commettono il parasuicidio, è stato condotto uno studio controllato randomizzato presso il pronto soccorso di un ospedale universitario di Manchester (Guthrie, 2001).

Sono stati inclusi nello studio pazienti afferenti al pronto soccorso per ingestione incongrua di farmaci con un'età compresa fra i 18 e i 65 anni, residenti nel territorio dell'ospedale. Al domicilio dei pazienti del gruppo di trattamento sono state offerte 4 sedute di PI, da infermieri psichiatrici addestrati all'uso del modello conversazionale (Hobson, 1985) entro una settimana dall'episodio. Le sedute di terapia domiciliare sono state audioregistrate, controllate per l'aderenza al modello e supervisionate da terapeuti esperti. La terapia in questo caso è stata adattata tenendo conto dei particolari problemi e dell'alto rischio suicidiario della popolazione in esame.

Durante ogni seduta l'infermiere ha portato a termine una valutazione

del rischio suicidiario, comunicandolo successivamente al medico di medicina generale. I pazienti del gruppo di controllo hanno ricevuto il trattamento di routine, consistente in una valutazione da parte di un medico del pronto soccorso o di uno specializzando di psichiatria, seguito da un appuntamento di follow-up ambulatoriale, dall'invio ad altre strutture specifiche (centri per l'alcolismo..) o al proprio medico di medicina generale.

L'ideazione suicidiaria è stata considerata come principale misura di esito del trattamento, essendo un importante predittore di suicidio portato a termine (Beck et al., 1985). Secondariamente sono state considerate la gravità della depressione, la soddisfazione nei confronti del trattamento e la ripetizione del gesto.

Il gruppo dei casi, costituito da 119 pazienti, è risultato caratterizzato da una più frequente anamnesi positiva per autolesionismo, dalla produzione di una nota suicidiaria e dalla manifestazione del desiderio di morire. Questo suggerisce che coloro che hanno accettato di prendere parte allo studio avessero intenzioni autolesive più importanti dei controlli.

Circa la metà dei partecipanti era costituita da donne con età media 31 anni. L'assessment psicologico è stato condotto sul 75% dei pazienti alla fine del trattamento e sull'80% dei pazienti al follow up a sei mesi.

I pazienti che hanno ricevuto la PIT hanno mostrato una maggior riduzione dell'ideazione suicidaria rispetto ai controlli all'assessment a sei mesi; hanno riportato inoltre una maggiore soddisfazione per il trattamento e una minore probabilità di incorrere in un ulteriore episodio autolesivo nel periodo di follow-up.

I punteggi iniziali alle scale per depressione e ideazione autolesiva (Beck Depression Inventory, Beck scale for suicidal ideation) sono risultati molto alti. Benchè fosse evidente il beneficio nel gruppo dei trattati rispetto ai controlli, alla fine del periodo di sei mesi di follow-up, molti pazienti hanno riportato livelli di depressione medio-alti.

È ipotizzabile che questi pazienti avrebbero potuto beneficiare di una terapia più lunga, considerato l'effetto dose-risposta rilevato dal secondo studio di Sheffield. È anche interessante che non sia stato evidenziato un vantaggio per i pazienti trattati con PIT per quanto riguarda l'utilizzo dei servizi, anche se non è stata compiuta in questo studio un'analisi dettagliata dei costi. È possibile che sia necessario un intervento più intensivo per ottenere questo tipo di effetto.

I risultati ottenuti sono comunque promettenti e mostrano come una PIT breve possa determinare benefici in pazienti che afferiscono al pronto soccorso in seguito a ingestione incongrua di farmaci. Questo è uno dei pochi studi che dimostri una riduzione dei tentativi autolesivi in un campione di pazienti rappresentativo di frequentatori routinari di un pronto soccorso per ingestione incongrua di farmaci.

16. Il rapporto costo-beneficio della PIT

Gli aspetti economici della salute hanno assunto grande rilevanza per gli operatori e per i servizi sanitari negli ultimi vent'anni (Krupnick & Pincus, 1992; Healey & Knapp, 1998); nonostante ciò pochi studi si sono concentrati su analisi economiche dei trattamenti psicoterapeutici. Sebbene la psicoterapia sia tradizionalmente considerata un trattamento costoso, esistono evidenze preliminari che possa determinare un risparmio sui costi, primariamente attraverso la riduzione dell'utilizzo dei servizi sanitari e, secondariamente, attraverso l'effetto indiretto dell'aumento della produttività dell'individuo (Gabbard et al., 1997).

17. Studio sul rapporto costo-beneficio della PIT in pazienti alti utilizzatori dei servizi psichiatrici (secondary care psychiatric services).

Questo studio, pubblicato su *Archives of General Psychiatry* (Guthrie et al., 1999), ha valutato l'effetto di 8 sedute di PIT in pazienti che soffrono di disturbi ansioso-depressivi resistenti, in un setting naturalistico. I pazienti sono stati selezionati in quanto sofferenti di sintomi nevrotici cronici, che non avevano risposto al comune trattamento; sono stati esclusi i pazienti con patologia cerebrale organica e con disturbi psicotici. Tutti i pazienti che hanno presentato sintomi psichiatrici per almeno un anno e che sono stati trattati per almeno sei mesi senza miglioramenti, sono stati considerati eleggibili per lo studio.

Centodieci pazienti hanno completato il trial in un periodo di due anni. Le descrizioni del trattamento di alcuni casi clinici scelti tra questi pazienti, viene presentato in un'altra pubblicazione della stessa autrice (Guthrie et al., 1998); un ulteriore approfondimento del trattamento psicoterapeutico dei

sintomi psichiatrici cronici è stato pubblicato dall'autrice nel 2000 sul *British Journal of Psychiatry* (Guthrie, 2000).

La finalità di questo studio controllato randomizzato è stata quella di determinare se la PIT, in questo gruppo di pazienti, avesse un miglior rapporto costo-beneficio rispetto al trattamento comune (presa in carico da uno psichiatra di un servizio territoriale).

La valutazione economica relativa al paziente è stata portata a termine tre mesi prima dell'ingresso nello studio, durante il periodo di intervento di otto settimane e sei mesi dopo la fine dell'intervento. I costi hanno fatto riferimento a: ricoveri, day hospital, visite ambulatoriali, accessi al pronto soccorso, visite presso il medico di famiglia, servizi domiciliari, terapie farmacologiche, trasporti, perdita di giorni lavorativi.

Il costo della psicoterapia è stato valutato sulla base di 45 minuti a seduta, più 30 minuti di analisi della cartella clinica, più le supervisioni.

Per l'assessment psichiatrico e per la valutazione della qualità della vita sono stati utilizzati la *Schedule for Clinical Assessment and Neuropsychiatry* (WHO, 1992), la *SCL-90 R*, l'*SF-36* e l'*Euroqol 5D* (1990).

Al follow up a sei mesi, i pazienti che hanno ricevuto la PIT hanno mostrato una riduzione del distress psicologico e un miglioramento del funzionamento sociale.

Per quanto riguarda l'utilizzo dei servizi i pazienti del gruppo di psicoterapia hanno avuto più accessi ambulatoriali durante il trattamento rispetto ai controlli, questo perché ogni seduta di psicoterapia è stata considerata come un appuntamento ambulatoriale.

Al follow up a sei mesi i pazienti del gruppo della PIT hanno mostrato una riduzione statisticamente significativa dei giorni di ricovero, delle visite dal medico di base, dei contatti con il personale paramedico, della quantità di terapie e dell'assistenza da parte dei familiari; con questo una riduzione dei costi sanitari totali e un recupero abbondante dei costi aggiuntivi per la psicoterapia.

Questo studio, uno delle poche dettagliate valutazioni economiche circa interventi psicoterapeutici, ha mostrato come la PIT abbia un ottimo rapporto costo-beneficio e come un trattamento breve possa determinare un miglioramento dei sintomi psicologici in pazienti con disturbi cronici, con la conseguente riduzione dell'utilizzo dei servizi e dei costi sanitari.

18. Studio sul rapporto costo-beneficio tra psicoterapia e terapia con paroxetina per la sindrome del colon irritabile grave.

Un altro studio più recente (Creed, 2003) si è concentrato sugli aspetti di costo beneficio della PIT confrontata con il trattamento con paroxetina per il trattamento dell'IBS.

In questo studio un gruppo di pazienti affetti da IBS è stato sottoposto in modo random a 8 sedute di psicoterapia, 20 mg di paroxetina o al trattamento routinario da parte di un gastroenterologo. I risultati sono stati considerati in termini di misura del dolore addominale, qualità di vita (attraverso l'SF-36) e costi sanitari. Sono stati considerati 257 soggetti provenienti da 7 ospedali. Il 69% dei randomizzati alla psicoterapia e il 50% di quelli all'antidepressivo hanno completato il trattamento.

Sia la psicoterapia che l'antidepressivo sono risultati superiori al trattamento normale per quanto riguarda la qualità della vita, ma non ci sono state differenze nella componente biologica del dolore. Durante il periodo di follow-up la PIT, ma non la paroxetina, è risultata associata a una riduzione significativa dei costi sanitari rispetto al trattamento tradizionale.

19. Studio nel trattamento di pazienti con disturbo di personalità borderline

La PIT è stata valutata anche in un formato a lungo termine, con sedute bisettimanali per un anno, nel trattamento di pazienti con disturbo di personalità borderline (Stevenson and Meares, 1992; Meares et al., 1999). La terapia è stata somministrata da due terapeuti formati direttamente da Robert Hobson, grazie a un'attenta supervisione. Lo studio caso-controllo non è stato randomizzato a causa della difficoltà a randomizzare pazienti in lista d'attesa per trattamenti così lunghi. Quaranta soggetti hanno completato la terapia di un anno, sette hanno deciso di continuare anche al termine dello studio. Trenta pazienti che hanno sospeso il trattamento sono stati contattati con successo un anno dopo per un'ulteriore valutazione.

Come misure di outcome sono state incluse valutazioni del benessere psicologico, l'uso di droghe, i contatti con il servizio sanitario e episodi di violenza o autolesionismo.

È stato evidenziato un marcato e statisticamente significativo miglio-

ramento sulle misure oggettive del comportamento e le visite mediche sono diminuite da circa 3,5 mensili prima del trattamento a 0,47 dopo il trattamento. Come controlli sono stati utilizzati pazienti che avrebbero ricevuto il trattamento ma che si trovavano in lista d'attesa da almeno un anno prima di riceverlo. Entrambi i gruppi sono risultati simili in termini di caratteristiche di personalità. I pazienti che hanno ricevuto il trattamento, paragonati a quelli che dovevano aspettare, hanno mostrato una significativa riduzione dei sintomi dopo un anno. Tutti i pazienti del gruppo di controllo hanno soddisfatto ancora i criteri per il disturbo di personalità borderline, mentre il 30% dei pazienti che hanno ricevuto il trattamento non hanno soddisfatto più i criteri per questa diagnosi. I pazienti che hanno ricevuto il trattamento hanno mostrato inoltre una significativa riduzione nell'utilizzo dei servizi e dei costi nell'anno successivo alla terapia, rispetto all'anno precedente. È stato valutato in media un risparmio di \$849 (dollari australiani) per paziente e di \$250000 per la coorte totale dei pazienti.

In sintesi questo studio fornisce un'evidenza preliminare che la PIT possa determinare un beneficio in pazienti con disturbo di personalità borderline e che questo trattamento produca risparmio economico nel lungo termine. Considerata la natura del disturbo, un miglioramento spontaneo sarebbe improbabile, ma è comunque necessaria una valutazione attenta prima di confermare i meriti della PIT.

20. Conclusioni

Dagli studi presentati emerge un'evidenza preliminare che la PIT, ponendosi come via di mezzo tra terapie interpersonali e psicodinamiche possa rappresentare un trattamento efficace e conveniente per i disturbi depressivi, la somatizzazione, il parasuicidio e il disturbo di personalità borderline. È una terapia relativamente semplice da apprendere e può essere praticata da terapeuti provenienti da una vasta gamma di backgrounds, anche se preferibilmente con un precedente training in terapie interpersonali o psicodinamiche. La PIT può rappresentare un'utile alternativa alle terapie cognitivo-comportamentali, in particolare se il paziente si presenta principalmente con problemi o difficoltà interpersonali.

Il modello necessita comunque di un'ulteriore valutazione in uno spet-

tro più ampio di disturbi psichiatrici. Buona parte degli studi descritti che riguardano pazienti rappresentativi della pratica quotidiana, hanno un valore per quanto riguarda l'applicabilità del trattamento nell'ambito di un servizio pubblico.

Bibliografia

- BANCROFT J, MARSACK P. *The repetitiveness of self-poisoning and self-injury*. Br J Psychiatry. 1977 Oct;131:394-9.
- BARKHAM M, SHAPIRO DA, HARDY GE, REES A. *Psychotherapy in two-plus-one sessions: outcomes of a randomized controlled trial of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal therapy for subsyndromal depression*. J CONSULT CLIN PSYCHOL 1999; 67: 201-11
- BECK AT, STEER RA, KOVACS M, GARRISON B. *Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation*. Am J Psychiatry. 1985 May;142(5):559-63.
- BECK AT. *An inventory for measuring depression*. Archives of General Psychiatry 1961; 4:561-71
- CHAMBERLESS DL, HOLLON SD. *Defining empirically supported therapies*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1998; 66: 7-18
- CHAMBLESS DL, OLLENDICK TH. *Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence*. Annu Rev Psychol. 2001; 52:685-716
- COCHRANE AL. *Effectiveness and efficiency*. Random reflections on health services. London: Nuffield Provincial Hospital Trust. 1972.
- HEALEY A, KNAPP M, ASTIN J, BEECHAM J, KEMP R, KIROV G, DAVID A. *Cost-effectiveness evaluation of compliance therapy for people with psychosis*. Br J Psychiatry. 1998 May;172:420-4.
- CREED F, FERNANDES L, GUTHRIE E, PALMER S, RATCLIFFE J, READ N, RIG C, THOMPSON D, TOMENSON B. *The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome*. Gastroenterology 2003; 124 (2): 303-17
- CREED F, GUTHRIE E. *Techniques for interviewing the somatising patient*. Br J Psychiatry. 1993 Apr;162:467-71.
- DE RUBEIS RJ, CRITS-CHRISTOPH P. *Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders*. Journal of Consulting

- and Clinical Psychology 1998; 66:37-52
- DEROGATIS LR. *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures: Manual II*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research, 1983
- DROSSMAN DA, LI Z, ANDRUZZI E, TEMPLE RD, TALLEY NJ, THOMPSON WG, WHITEHEAD WE, JANSSENS J, FUNCH-JENSEN P, CORAZZIARI E, ET AL. U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. *Dig Dis Sci*. 1993 Sep;38(9):1569-80.
- ELKIN I, SHEA TM, WATKINS JT ET AL. *National Institute of mental health Treatment of Depression Collaborative Research program: general effectiveness of treatments*. *Archives of General Psychiatry* 1989; 46: 971-8
- FAIRBURN CG, JONES R, PEVELER RC ET AL. *Psychotehrapy and bulimia nervosa 1990 ; 50 : 419-28*
- FRANK E, KUPFER DJ, PEREL JM ET AL. *Three-year oucomes for maintenance therapies in recurrent depression*. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 1093-99
- FRANK E, KUPFER DJ, WAGNER EF ET AL EFFICACY OF INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY AS A MAINTENANCE TREATMENT FOR RECURRENT DEPRESSION. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 1053-59
- FULLWOOD A, DROSSMAN DA. *The relationship of psychiatric illness with gastrointestinal disease*. *Annu Rev Med*. 1995;46:483-96.
- GABBARD GO, LAZAR SG, HORNBERGER J, SPIEGEL D. THE ECONOMIC IMPACT OF PSYCHOTHERAPY: A REVIEW. *Am J Psychiatry*. 1997 Feb;154(2):147-55.
- GAIRIN I, HOUSE A, OWENS D. *Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: retrospective study*. *Br J Psychiatry*. 2003 Jul;183:28-33.
- GUTHRIE E, CREED F, DAWSON D, TOMENSON B. *A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome*. *Gastroenterology*. 1991; 100: 450-457
- GUTHRIE E, KAPUR N, MACKWAY-JONES K, CHEW-GRAHAM C, MOOREY J, MENDEL E, MARINO-FRANCIS F, SANDERSON S, TURPIN C, BODDY G, TOMENSON B. *Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning*. *BMJ* 2001 Jul 21;323(7305):135-8
- GUTHRIE E, MOOREY J, BACKER H, MARGISON F, MCGRATH G. *Psychodynamic-interpersonal psychotherapy in patients with treatment resistant psychiatric symptoms*. *Br J Psychotherapy*. 1998; 15: 155-166.

- GUTHRIE E, MOOREY J, MARGISON F, BARKER H, PALMER S, MC GRATH G, TOMENSON B, CREED F. *Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services*. Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 519-526.
- GUTHRIE E. *Psychodynamic interpersonal therapy*. Advances in Psychiatric Treatment 1999; 5: 135-45
- GUTHRIE E. *Psychotherapy for patients with complex disorders and chronic symptoms, the need for a new research paradigm*. Brit J Psychiatry 2000; 177: 131-7
- HALL DJ, O'BRIEN F, STARK C, PELOSI A, SMITH H. *Thirteen-year follow-up of deliberate self-harm, using linked data*. Br J Psychiatry 1998; 172: 239-42
- HALL DJ, O'BRIEN F, STARK C, PELOSI A, SMITH H. *Thirteen-year follow-up of deliberate self-harm, using linked data*. Br J Psychiatry. 1998 Mar;172:239-42.
- HAMILTON M. *Development of a rating scale for primary depressive illness*. British Journal of Social and Clinical Psychology 1967; 6: 278-96
- HAMILTON, J., Guthrie, E., Creed, F., Thompson, D., Tomenson, B., Bennett, R., Moriarty, K., Stephens, W., Liston, R. (2000) *A randomized controlled trial of psychotherapy in patients with chronic functional dyspepsia*. Gastroenterology 119: 661-669.
- HAWTON K, ARENSMAN E, TOWNSEND E, BREMNER S, FELDMAN E, GOLDNEY R, GUNNELL D, HAZELL P, VAN HEERINGEN K, HOUSE A, OWENS D, SAKINOFSKY I, TRASKMAN-BENDZ L. *Deliberate self-harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition*. BMJ. 1998 Aug 15;317(7156):441-7.
- HAWTON K, ZAHL D, WEATHERALL R. *Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital*. Br J Psychiatry. 2003 Jun;182:537-42.
- HAWTON K, ZAHL D, WEATHERALL R. *Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital*. Br J Psychiatry. 2003 Jun;182:537-42.
- HOBSON RF. *Forms of feeling: the heart of psychotherapy*. London, England: Tavistock Publications; 1985
- HOROWITZ LM, ROSEMBERG SE, BAER BA ET AL. *Inventory of interpersonal*

- problems: psychometric properties and clinical applications Journal of Consulting and clinical psychology* 1988; 56: 885-92
- KLERMAN GL, WEISSMAN MM, ROUSAVILLE BJ, ET AL. *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books. 1984.
- MARGISON F, HOBSON RF. *A Conversational model of psychotherapy (videotapes)*. London: Tavistock: 1983
- MARGISON F, BARKHAM M, EVANS C ET AL. *Measurement and psychotherapy: evidence-based practice and practice-based evidence*. Br J Psychiatry 2000; 177: 123-30
- MARKOWITZ JC, KOCSIS JH, FISHMAN B ET AL. *Treatment of depressive symptoms in human immunodeficiency virus positive patients*. Arch Gen Psychiatry 1998; 55: 452-57
- MEARES R, STEVENSON J, COMERFORD A. *Psychotherapy with borderline patients: a comparison between treated and untreated cohorts*. Aust N Z J Psychiatry 1999; 33(4): 467-72
- MOSS S., Margison F, Godbert K. The maintenance of psychotherapy skill acquisition: a 2-year follow-up. British Journal of medical Psychology 1991; 64: 233-36
- NHS CENTRE FOR REVIEW AND DISSEMINATION. *Deliberate self harm*. Effective Health Care 1998;4: 1-12
- PARRY G, RICHARDSON A. *NHS Psychotherapy services in England: Review of Strategic Policy*. London: Department of Health. 1996
- PAYKEL ES, PRUSOFF BA, MYERS JK. *Suicide attempts and recent life events*. A controlled comparison. Arch Gen Psychiatry. 1975 Mar;32(3):327-33.
- ROTH A, FONAGY P. *What works for whom?* 1996. London: Guilford Press.
- RYLE A. *Cognitive-analytic therapy: active participation in change*. A new integration in brief psychotherapy. London: John Wiley and Sons. 1991.
- SCAN: SCHEDULES FOR CLINICAL ASSESSMENT IN NEUROPSYCHIATRY. *Geneva, Switzerland: Division of mental Health, World Health Organization; 1992*
- SHAPIRO D, FIRTH J. *Prescriptive v. explanatory psychotherapy: outcomes of the Sheffield Psychotherapy Project*. Br J Psychiatry 1987; 151: 790-799
- SHAPIRO DA, BARKHAM M, REES A ET AL. *Decisions, decisions: determining the effect of treatment method and duration on the outcome of psychotherapy for*

- depression*. In Research Foundations for Psychotherapy Practice (eds M Aveline and DA Shapiro), pp.151-174. Chichester:Wiley. 1995.
- SHAPIRO DA, BARKHAM M, REES A, ET AL. *Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioural and psychodynamic-interpersonal psychotherapy*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1994; 62, 522-534
- SHAPIRO DA, REES A, BARKHAM M, ET AL EFFECTS OF TREATMENT DURATION AND SEVERITY OF DEPRESSION ON THE MAINTAINANCE OF GAINS FOLLOWING COGNITIVE-BEHAVIOURAL AND PSYCHODYNAMIC-INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995; 63, 378-387
- SNAITH RP, BAUGH SJ, CLAYDEN AD, ET AL. *The Clinical Anxiety Scale: an instrument derived from the Hamilton Anxiety Scale*. British journal of Psychiatry 1982; 141: 518-23
- STEVENSON J, MEARES R. *Psychotherapy with borderline patients: II. A preliminary co- benefit study*. Aust N Z J Psychiatry 1999; 33(4): 695-7
- TALLEY NJ, GABRIEL SE, HARMSSEN WS, ZINSMEISTER AR, EVANS RW. *Medical costs in community subjects with irritable bowel syndrome*. Gastroenterology 1995;109(6):1736-41
- TALLEY NJ, ZINSMEISTER AR, SCHLECK CD, MELTON LJ 3RD. *Dyspepsia and dyspepsia subgroups: a population-based study*. Gastroenterology 1992; 102:1259-68.
- THE COST-EFFECTIVENESS OF PSYCHOTHERAPY: A PLAN FOR RESEARCH. *Krupnick JL, Pincus HA*. Am J Psychiatry. 1992 Oct;149(10):1295-305.
- THE EUROQOL GROUP. *Euroqol: a new facility for the measurement of health-related quality of life*. Health policy. 1990; 16: 199-208
- THOMPSON WG, HEATON KW, SMYTH GT, SMYTH C. *Irritable bowel syndrome in general practice: prevalence, characteristics, and referral*. Gut. 2000 Jan;46(1):78-82.
- WARE JE, SHERBOURNE CD. *The Mos 36-item short-form health survey (SF-36)*. 1: Conceptual framework and item selection. Medical Care 1992; 30: 473-83
- WEISMANN MM, BOTHWELL S. *Assessment of social adjustment by patient self report*. Archives of General Psychiatry 1976; 33: 1111-1115
- WING JK, COOPER JE, SARTORIUS N. *Measurement and classification of psychiatric symptoms: an instruction manual for the PSE and Catego Program*.

London: Cambridge University Press, 1974.

ZIGMOND AS, SNAITH RP. *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983; 67: 361-7

IL TEST DI RORSCHACH NELLA VALUTAZIONE DI PAZIENTI CON TENTATO SUICIDIO

*E. Giampieri***, *C. Scialò**, *M. Farina**, *J. Bagnasco**,
*E. Paggi**, *R. Rampoldi**, *C.M. Cornaggia**, *I. Carta**

Riassunto

Il test di Rorschach è uno dei principali strumenti utilizzati per l'assessment clinico; le sue capacità discriminative rispetto alla comparsa di ideazioni suicidarie e attuazione del medesimo comportamento sono state individuate in alcuni indicatori specifici.

È nostro intento evidenziare le potenzialità di tali indici nella definizione del percorso diagnostico e psicoterapeutico.

Il nostro studio è condotto su 4 pazienti con condotte suicidarie; il test di Rorschach è stato loro somministrato in cieco nel mese successivo al tentato suicidio. I protocolli sono stati siglati utilizzando la procedura prescritta da Klopfer e per ciascuno è stato conseguentemente redatto lo psicogramma. I risultati ottenuti consentono di evidenziare come il comportamento suicida-rio possa venire attuato a fronte di:

- una “sconfitta dalla ragione” in cui la comparsa di un evento altamente stressante non è riconducibile alla razionalità del reale e spinge il soggetto a reagire in modo aberrante;
- un “gesto impulsivo” in pazienti con struttura di personalità psicotica o borderline;
- un tentativo di “fuggire dalla gabbia” in cui il soggetto si sente imprigionato a partire da una situazione oggettivamente difficile sull’onda di un movimento emotivo scarsamente controllabile.

* Dipartimento di Salute Mentale Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza

** Ospedale San Gerardo Nuovo Monza - Via Donizetti 104 20052 - Monza (MI)
Reparto di Psichiatria 4° piano Sett. B - e-mail: e.giampieri@hsgerardo.org

Parole chiave: Rorschach, parasuicidi e suicidi, personalità, clinical assessment

Summary

Rorschach's test is one of the main tools available for clinical assessment. Specific indicators pointed out its ability to detect the presence of suicidal ideation and behaviour. Our aim is to provide evidence that will stress the importance of the test in the diagnostic and psychotherapeutic pathway.

Our study was single blind and was conducted on four patients with suicidal behaviour. Rorschach's test was administered in the month following the suicidal attempt. We used Klopfer's procedure to seal the protocols and thus for each patient the psychogram was compiled.

Our results show how suicidal behaviour can occur in consequence of "The defeat of reason" in which the occurrence of a highly stressful event cannot be brought back to reality's rationality and pushes the subject to react in an aberrant way;

An impulsive gesture in patients with psychotic or borderline personality structure;

An attempt to "escape from the cage" in which the subject is brought, due to a situation which is objectively difficult because of an emotional movement that is scarcely controlled;

Key words: Rorschach, parasuicide and suicide, personalità, clinical assessment

1. Introduzione

Il suicidio è un fenomeno complesso, multidimensionale e multifattoriale che, durante il corso dei secoli, ha attirato l'attenzione di filosofi, teologi, medici, sociologi e artisti tesi nel tentativo di dare una spiegazione a un fenomeno che da sempre turba la coscienza e su cui gli interrogativi rimangono aperti.

Il tema è oggetto di numerosi studi ed esiste una abbondante letteratura sull'argomento. A partire dal famoso contributo di Durkheim (1897),

la maggior parte degli studiosi ha posto l'attenzione soprattutto su fenomeni di natura socio demografica come determinanti il tentativo di suicidio. Tuttavia sono numerosi anche gli studi che hanno esaminato le caratteristiche cliniche dei soggetti che effettuano o tentano il suicidio, alla ricerca di fattori di rischio o potenziali predittori di comportamenti autolesivi (Applebaum, Colson 1968, Cooper et al. 1965). La ricerca si è prevalentemente focalizzata sulla possibilità predittiva di suicidi con esito letale, mentre poco si sa sui tentativi di suicidi; la grande enfasi posta sui suicidi con esito letale ha in effetti verificato o quasi lo sforzo di predire e identificare comportamenti suicidari seri che tuttavia non hanno determinato il decesso dei pazienti. Eppure i tentativi di suicidio sono almeno otto o dieci volte più numerosi dei suicidi (Fowler et al. 2001); tra questi si celano coloro che dopo aver fallito un tentativo ne effettuano altri con mezzi idonei a raggiungere lo scopo. La capacità di predire i tentativi di suicidio e distinguerli dai veri e mancati suicidi può avere notevole importanza per gli operatori della salute mentale nella valutazione del trattamento del paziente (Farberow, 1959).

Il test Rorschach è uno dei principali strumenti utilizzati per l'assessment clinico (Exner 1969), e considerato che le tendenze suicidarie sono una importante minaccia per la vita di una persona, sarebbe utile se tale test potesse fornire delle indicazioni nella identificazione delle tendenze suicide in pazienti sottoposti a valutazione clinica.

Nella letteratura relativa alla capacità discriminativa del test di Rorschach rispetto alla comparsa di ideazioni suicidarie e attuazione del medesimo comportamento sono stati individuati alcuni indicatori specifici (Exner, 1974; Exner, Wylie 1977; Silberg, Armstrong, 1992).

Essi si riferiscono:

- ad una tendenza all'introspezione che induce il soggetto a prestare particolare attenzione al proprio mondo interiore;
- alla presenza di un vissuto altamente ambivalente nei confronti delle stimolazioni ambientali capaci di produrre emozioni nel soggetto;
- al rilievo di un'elevata accuratezza percettiva del mondo esterno o, al contrario, alla tendenza al trattamento massivo e generalizzante delle informazioni a disposizione;
- al riscontro di un'ingente quantità di risorse psichiche non integrate

dal soggetto che in quanto tali limitano la sua capacità di coping dando luogo ad agiti non pienamente controllati;

- alla presenza di scarse capacità di relazione nei rapporti interpersonali che può esprimersi in una quiescente adesione alla norma sociale così come in una difficoltà ad aderire a un pensiero collettivo.

Tali fattori di rischio trovano riscontro negli indici ottenibili dalla siglatura di un protocollo Rorschach; in particolare:

- la tendenza all'introspezione è indicata dai rapporti tra percezione di movimento umano e risposte di colore cromatico ($M > \Sigma C$) e percezione di movimento inanimato e risposte di colore acromatico ($FM + m > (Fc + c + C')$);
- le difficoltà di controllo e l'ambivalenza nei confronti degli stimoli ambientali appaiono nella prevalenza di risposte a predominanza di colore cromatico (CF e C) rispetto a quelle in cui il rilievo del colore è sottoposto o integrato alla percezione di una forma a esso congruente (FC) (Applebaum, Colson, 1968);
- l'accuratezza percettiva o al contrario la scarsa discriminazione del dato di realtà è indicata dal livello formale più o meno elevato delle risposte prodotte ($F+$ ed $F-$);
- la quantità di energie psichiche non pienamente integrate si riscontra nelle risposte di movimento animale o inanimato accompagnate o meno dal rilievo formale (FM, Fm, mF, m);
- le capacità di relazione con l'ambiente sociale sono indicate dalla presenza sia di risposte di contenuto umano (H) sia dalle cosiddette risposte "popolari" ($P < 3$ o $P > 8$) che attestano la presenza di un pensiero socializzato; l'oppositività intellettuale può invece trovare riscontro nell'utilizzo dello spazio bianco (S) per la costruzione dell'immagine, in questo caso si osserva appunto un'inversione figura-sfondo che testimonia la divergenza del pensiero rispetto ai canoni comuni;
- le strategie cognitive che sottendono la presa di decisione riguardo alla percezione dell'ambiente sociale in cui il paziente è inserito e alle capacità di gestione delle sue risorse psichiche, con particolare riferimento al controllo dei propri vissuti interiori e delle stimolazioni derivanti dall'ambiente.

Tali indicatori sono da noi accolti a partire dagli studi condotti sull'argomento (Exner, Wylie, 1977; Silberg, Armstrong, 1992). È nostro intento evidenziare la loro capacità discriminativa e la loro funzione di orientamento del percorso diagnostico e psicoterapeutico grazie alla presentazione e discussione di quattro casi clinici.

2. Obiettivi

L'obiettivo del nostro studio è quello di evidenziare, attraverso il test di Rorschach, in casi clinici da noi selezionati di pazienti con condotte autolesive, specifici indicatori di rischio suicidario e la loro combinazione, al fine di individuare raggruppamenti caratteristici di possibile valore prognostico.

3. Materiali e Metodi

Il nostro studio è stato condotto su quattro pazienti 2 maschi e 2 femmine di età compresa tra i 25 e i 40 anni giunti presso il nostro centro crisi tra i mesi di Febbraio e Marzo 2003, che hanno messo in atto condotte suicidarie diverse tra loro dal punto di vista sociale, demografico e ambientale. Ai pazienti è stato somministrato il test di Rorschach in cieco entro 1 mese successivo al tentato suicidio. L'esaminatore non era a conoscenza di alcun dato relativo all'anamnesi del soggetto, alla diagnosi eventualmente formulata al suo riguardo e alle condizioni in cui si era verificato il tentativo di suicidio. A tutti i soggetti è stato offerto un momento di restituzione degli esiti, il colloquio era condotto sia dell'operatore di riferimento sia dal consulente psicodiagnosta.

I protocolli sono stati siglati utilizzando la procedura prescritta da Klopfer (Klopfer, 1971); analogamente sono stati calcolati gli indici quantitativi previsti dal medesimo approccio ed elaborata una sintesi dei risultati. In particolare, per ogni protocollo è stato conseguentemente redatto lo psicogramma, sono stati inoltre calcolati gli indici relativi alle risorse interiori e alla vita istintiva, alle risposte emotive nei confronti dell'ambiente, all'equilibrio introversione estroversione, all'organizzazione dei bisogni affettivi e agli interessi e ambizioni intellettuali. Infine è stata condotta un'analisi dei contenuti evocati: il riferimento a questi è stato marginale al fine di privilegiare lo studio degli indicatori quantitativi.

4. Risultati

Caso numero 1:

Il Sig. A.M, di anni 34, coniugato con due figli, lavora come infermiere professionale presso un reparto di NPI da circa 13 anni. In anamnesi il paziente non riferisce alcun disturbo di natura psicologica, fino al 19/10/02 quando ha iniziato a manifestare un disturbo di attacco di panico, associato a sintomatologia depressiva, dopo aver assistito durante un turno di lavoro, al tentativo di suicidio di una giovane paziente. Durante il tentativo di soccorrere la paziente, egli ha riportato ferite alla mano; da allora ha iniziato a manifestare ideazione suicidaria importante, tale da necessitare la presa in carico del paziente. È stata quindi impostata la seguente terapia: sertralina (100 mg/die) e clordemetildiazepam (0,5 mg/die), in associazione a una psicoterapia supportivo-espressiva. Dopo circa due anni di terapia, il paziente ha raggiunto una completa remissione della sintomatologia clinica, ed è stato pertanto dimesso dal nostro servizio.

Risorse interiori e vita istintiva

M : FM = non calcolabile M : (FM + m) = non calcolabile

Risposte emotive nei confronti dell'ambiente

$\Sigma C = 0,5$ FC : (CF + C) = 1 : 0

Equilibrio introversione estroversione

M : $\Sigma C = 2 : 0,5$ (FM + m) : (Fc + c + C') = 0 : 5

Organizzazione dei bisogni affettivi

(FK + Fc) : F = 3 : 7 (Fc + c + C') : (FC + CF + C) = 5 : 1

Interessi e ambizioni intellettuali

W : M = 6 : 2 (H + A) : (Hd + Ad) = 4 : 2

I dati che emergono dalla siglatura del Test di Rorschach sono la prevalenza di risposte globali (W) e globali "tagliate" (W) che indicano in questo caso un desiderio di controllo del materiale che spinge il soggetto a organizzare gli elementi in un 'tutto', tale controllo è peraltro esercitato in modo critico e induce a escludere gli elementi non riconducibili a una visione globale. Significativa la comparsa dei dettagli (D) soprattutto nelle tavole rosso-nera

che mostrano appunto la capacità del soggetto di abbandonare la tendenza a 'comprendere astrattamente se sottoposto a una stimolazione emozionale più marcata. Egli manifesta in questi casi una tendenza intellettuale oppositiva (risposta S in tav.10).

L'esame dei determinanti sottolinea uno scostarsi faticoso dal modello "formale"; tali risposte presentano un buon livello di precisione e indicano in questo senso un corretto esame di realtà. Poco al di sotto della media risultano essere le risposte di movimento umano; esse denotano una modesta capacità di immedesimazione su cui domina un atteggiamento formalistico di lettura corretta e oggettiva del reale che raramente produce movimenti emotivi rilevanti la cui assenza è attestata dalla scarsità di risposte di colore cromatico. Al contrario il soggetto si permette quasi esclusivamente l'utilizzo del colore acromatico e del chiaroscuro peraltro sempre padroneggiato grazie al saldo riferimento all'elemento formale (risposte Fc ed FC' e non cF o C'F). Si evidenzia in questo senso una scarsa reattività del soggetto sul piano emotivo unita al controllo dei propri bisogni affettivi.

I contenuti evocati mostrano un soggetto capace di attingere al un pensiero socializzato come testimoniato dalla presenza di risposte "popolari". Si osserva inoltre la carenza di risposte di contenuto umano (H) che sembra indicare una difficoltà nell'instaurare una relazione genitale che abbia l'umano nel suo insieme come oggetto.

Il soggetto pare incontrare serie difficoltà nel rispondere in modo emotivamente genuino alle sollecitazioni ambientali ($\Sigma C = 0,5$ contro un punteggio normale pari a 3) esercitando un controllo eccessivo nei confronti nei confronti della propria emotività espressa (assenza completa di risposte CF e un'unica risposta FC).

Il rapporto $M : \Sigma C$ conferma la tendenza introversiva del paziente, tuttavia a questo dato si oppone in modo deciso il rapporto $(FM + m) : (Fc + c + C')$ che indica l'ingente presenza di potenziali risposte all'ambiente che paiono attualmente non integrabili dal soggetto; esse potrebbero provocare vissuti di ansietà nei confronti dei bisogni di dipendenza (risposte Fc) unite a depressione dovute a frustrazione (risposte FC').

Anche i rapporti quantitativi riguardanti l'organizzazione dei bisogni affettivi evidenziano un'incongruenza; a un primo livello - $(FK + Fc) : F$ - l'individuo manifesta un buon equilibrio nella relazione interpersonale che

sembrerebbe renderlo capace di un adeguato livello di empatia con gli altri. Tuttavia a un livello più profondo – $(Fc + c + C') : (FC + CF + C)$ – il paziente pare avere vissuto esperienze tanto traumatiche e frustranti nella relazione con l'altro da essersi ritratto dalla maggior parte dei rapporti interpersonali significativi.

Le ambizioni intellettuali del soggetto paiono leggermente superiori alle sue reali potenzialità (il rapporto ottimale $W : M$ sarebbe di $6 : 3$), ciò non sembrerebbe produrre tuttavia un atteggiamento pedante e ossessivo ($H + A$) : $(Hd + Ad) = 4 : 2$

Gli indicatori connessi al comportamento suicidario riscontrati in questo caso sono rappresentati da: scarsa capacità di relazione con l'ambiente sociale (carenza di contenuto umano e di risposte popolari), elevata accuratezza percettiva e moderata opposività intellettuale (numerose risposte di forma con alto livello di precisione e utilizzo dello spazio). Non compaiono invece indicazioni relative a una reattività poco controllata alle stimolazioni ambientali con valenza emotiva e energie psichiche non pienamente gestibili dal soggetto. In questa prospettiva la scelta del suicidio pare connessa a un pensiero ossessivo che esprime un desiderio di completo adattamento.

Caso numero 2:

Il Sig. C.F. di 28 anni, vive con la famiglia di origine; ha conseguito il diploma di maturità artistica, ed è attualmente iscritto fuori corso alla facoltà di Disegno Industriale, senza peraltro frequentare le lezioni, né sostenere alcun esame. Il paziente giunge alla nostra osservazione nel febbraio 2003, dopo la fine di una relazione sentimentale durata circa 3 anni, al termine della quale, dopo l'ennesimo tentativo fallito di riconciliazione, il paziente tenta il suicidio attraverso l'intossicazione da monossido di carbonio. Alla valutazione clinica, oltre alla franca sintomatologia depressiva, emergono sintomi psicotici negativi. Anche in questo caso alla terapia farmacologica con sertralina (100 mg/die) e olanzapina (10 mg/die), viene affiancato un trattamento psicoterapico di tipo supportivo-espressivo. Il paziente è attualmente ancora in cura presso il nostro centro crisi.

Risorse interiori e vita istintiva

$M : FM =$ non calcolabile

$M : (FM + m) =$ non calcolabile

Risposte emotive nei confronti dell'ambiente

$$\Sigma C = 1,5$$

$$FC : (CF + C) = 0:3$$

Equilibrio introversione estroversione

$$M : \Sigma C = 0 : 1,5$$

$$(FM + m) : (Fc + c + C') = 3 : 1$$

Organizzazione dei bisogni affettivi

$$(FK + Fc) : F = 0 : 3$$

$$(Fc + c + C') : (FC + CF + C) = 1 : 3$$

Interessi e ambizioni intellettuali

$$W : M = 7 : 0$$

$$(H + A) : (Hd + Ad) = 3 : 1$$

Qui l'elevata prevalenza di risposte globali (W) indica la tendenza del soggetto a comprendere il mondo esterno grazie a riferimenti teorici e astratti, mostrando scarso interesse per la concretezza e la particolarità delle situazioni che incontra. Più specificamente si potrebbe ipotizzare una posizione di distanza emotiva del paziente che fa del ragionamento logico e astratto una difesa alla concretezza e alla presa di decisione soggettiva.

La funzione difensiva dello stile cognitivo appena evidenziato trova una possibile conferma nella presenza di determinanti che indicano una difficoltà nella relazione sia con il mondo interno, sia con la realtà oggettuale. Sul versante interiore osserviamo infatti la totale assenza di movimento umano cui si associa la comparsa di movimenti animali e inanimati (m ed FM). Essi indicherebbero la presenza di pulsioni interne non integrate e pertanto poco controllabili dal paziente. Anche la reazione agli stimoli ambientali non evidenzia una piena assunzione da parte del paziente; prevalgono infatti le risposte a dominanza di colore (CF vs FC). In questo senso pare possibile ipotizzare che il soggetto possa in alcune situazioni agire impulsivamente, mosso da esigenze interne non pienamente riconosciute che interferiscono in senso negativo con stimoli ambientali. Il livello formale delle risposte (F), sippure mediocre, indica che il contatto con la realtà non è perduto, ma la fragilità del soggetto ostacola l'istaurarsi di un vero rapporto con essa.

Il paziente è inoltre in grado di attingere a un pensiero socializzato come testimoniato dalla adeguata presenza di risposte "popolari" (P). Ciò che maggiormente colpisce è l'assenza quasi totale di risposte che facciano riferimento a un contenuto solido e strutturato sia esso animale o umano; le uniche immagini tridimensionali sono appunto rappresentate dalle risposte popolari. Il

tentativo di produrre contenuti autonomi, svincolati dal senso comune, produce la comparsa di risposte inconsistenti e magmatiche (fumo, colore che scioglie, ecc). Anche a questo livello ritroviamo quindi il fragile ancoraggio al mondo oggettuale al di là del quale si evidenziano ansia e depressione legate alla seria difficoltà di instaurare un vero rapporto con il reale soprattutto a livello di relazioni interpersonali.

La rispondenza del soggetto alle stimolazioni ambientali appare in linea generale al di sotto della norma ($\Sigma C=1,5$) tuttavia ciò non impedisce che in altre circostanze si osservi una reattività quasi priva di autocontrollo $FC : (CF + C) = 0 : 3$

Il rapporto $M : \Sigma C$ conferma la tendenza estroversiva del paziente, tuttavia a questo dato si oppone in modo deciso il rapporto $(FM + m) : (Fc + c + C')$ che indica l'ingente presenza di bisogni interiori che paiono attualmente non integrabili; essi potrebbero provocare vissuti di ansietà nei confronti dei bisogni di dipendenza (m)

I rapporti quantitativi riguardanti l'organizzazione dei bisogni affettivi evidenziano una marcata tendenza alla repressione dei propri bisogni di approvazione, affetto e dipendenza o forse addirittura un'imaturità a questo livello $(FK + Fc) : F = 0 : 7$. Tale tendenza, similmente a quanto sopra evidenziato in linea generale, potrebbe dar luogo a richieste ed esternazioni intempestive e forse aggressive dei propri bisogni $(Fc + c + C') : (FC + CF + C) 1 : 3$

Si osservano in questa occasione elevata presenza di risorse non integrate, difficoltà di controllo nella reazione agli stimoli ambientali, problematiche inerenti la gestione delle risorse psicologiche possedute dal paziente e scarsa integrazione con il proprio ambiente sociale. Sono invece assenti indicazioni relative all'oppositività intellettuale.

Caso numero 3:

La Sig.ra V.C. di 25 anni, ha conseguito la licenza media inferiore e lavora come operaia. Ha vissuto per sette anni presso una famiglia di amici dei genitori a causa di conflitti relazionali con la famiglia di origine. A seguito di un importante litigio con la famiglia presso cui era ospite, è stata costretta a far ritorno nel proprio nucleo familiare nel dicembre 2002; ciò ha accentuato le difficoltà relazionali della paziente, affetta da disturbo borderline di personalità. A tale situazione, si aggiunge il trauma conseguente alla separazione da

un'amica, unica figura di riferimento della paziente che ha fatto precipitare le sue condizioni cliniche; sono state attuate condotte autolesive tramite l'ingestione incongrua di farmaci.

La paziente è in terapia con paroxetina (30 mg/die) e alprazolam (0,75 mg/die). Attualmente la paziente è ospite presso una comunità riabilitativa ed è seguita ambulatorialmente presso i nostri servizi territoriali.

Risorse interiori e vita istintiva

M : FM = non calcolabile M : (FM + m) = non calcolabile

Risposte emotive nei confronti dell'ambiente

$\Sigma C = 2$ FC : (CF + C) = 0 : 2

Equilibrio introversione estroversione

M : $\Sigma C = 2 : 2$ (FM + m) : (Fc + c + C') = 2 : 2

Organizzazione dei bisogni affettivi

(FK + Fc) : F = 2 : 9 (Fc + c + C') : (FC + CF + C) = 2 : 2

Interessi e ambizioni intellettuali

W : M = 2 : 2 (H + A) : (Hd + Ad) = 7 : 3

Qui si denota come la prevalenza di risposte di dettaglio grande comune indichi un tipo di comprensione orientato alla concretezza, quasi del tutto privo di interessi teorici e astratti, un'intelligenza finalizzata unicamente alla gestione del qui e ora, che non si spinge a cogliere le ragioni e la complessità della situazione attuale. Le poche risposte globali o globali "tagliate" si riferiscono a contenuti popolari e laddove se ne discostano presentano un livello formale scarso; in questo senso la paziente sembra poter accedere a un registro astratto solo se sostenuta dal senso comune, al contrario quando tenta di organizzare in un insieme, in modo autonomo, i dati a sua disposizione ottiene un risultato semplicistico che rischia di scostarsi dalla realtà della situazione considerata.

L'esame dei determinanti evidenzia la prevalenza di risposte di pura forma e di immagini "popolari"; in questo senso si rileva un'adesione quasi quiescente al pensiero socializzato e alla realtà. La paziente pare poco sollecitata sia dai propri vissuti interiori, sia dalle sollecitazioni ambientali; le risposte di movimento umano e animale si inseriscono sempre in immagini "popolari"

sottolineando ancora una volta lo “spegnimento” del soggetto; ci troviamo di fronte a un pensiero che evita l’interpretazione dello stimolo mantenendosi su un piano tranquillizzante di semplice adesione alla realtà. L’unica eccezione è costituita dalle risposte fornite alla tav.9 tradizionalmente nota per la sua capacità evocativa di contenuti molto primitivi e per questo definita “uterina”. Si osserva in questa occasione la comparsa di una risposta originale a contenuto umano in cui viene utilizzato il chiaroscuro; possiamo pertanto ipotizzare un vissuto di fragilità e inconsistenza rispetto a contenuti inerenti la femminilità e il rapporto con la madre considerando anche il rifiuto alla tav.1 che appare connessa, in quanto prima nella serie, a relazioni primarie e vissuti corporei arcaici.

Come già più volte rilevato predomina in questo protocollo il pensiero socializzato: una delle poche interpretazioni fornite concerne la relazione interpersonale; la paziente pur “coperta” da contenuti e stili di pensiero socialmente approvati mostra il suo bisogno di fusionalità estendendo alla due figure, di sesso indefinito, il “volersi bene” simboleggiato dai “cuori siamesi” individuati nel dettaglio rosso centrale. Possiamo immaginare che oltre all’adesione alla norma sociale, vi sia un profondo bisogno anaclitico, di sostegno e vicinanza, la cui mancanza porta alla perdita del proprio centro vitale, il cuore appunto, che è percepito come strutturalmente legato a quello dell’altro. Tale rilievo conforta l’ipotesi di un problema di separazione individuazione nella relazione primaria con la madre.

Nonostante il punteggio ottenuto alla $\Sigma C = 2$ (punteggio normale pari a 3) che potrebbe far supporre una reattività attenuata del soggetto agli stimoli ambientali, si osserva l’esclusiva presenza di risposte a predominanza di colore cromatico come indicato dal rapporto $FC : (CF + C) = 0 : 2$ che evidenzia un difficile controllo degli impulsi emozionali.

Il rapporto $M : \Sigma C$ così come quello $(FM + m) : (Fc + c + C')$ mostrano un completo equilibrio tra estroversione e introversione; i rapporti quantitativi riguardanti l’organizzazione dei bisogni affettivi evidenziano la repressione dei desideri di vicinanza e dipendenza dei quali parrebbe essere precluso sia il riconoscimento, sia l’esternazione. Infine le aspirazioni intellettuali del soggetto appaiono decisamente proporzionate alle sue reali potenzialità (rapporto $W : M = 2 : 2$) con un corretto utilizzo della capacità critica.

Gli indicatori specificamente connessi al comportamento suicidario

sono in questa occasione rappresentati da risposte a predominanza di colore cromatico che indicano ambivalenza nei confronti degli stimoli ambientali emotivamente rilevanti.

Caso numero 4:

La Sig.ra L.M.C. di 46 anni, coniugata con due figli (uno dei quali affetto da leucemia), laureata in psicologia, attualmente lavora come insegnante elementare. I sintomi di natura psichiatrica franca sono iniziati dopo il matrimonio, a seguito della nascita del primo figlio, per una depressione post-partum. In corrispondenza di tale evento la paziente si rivolge per la prima volta a uno specialista. Segue un periodo caratterizzato dall'alternanza tra fasi di discreto benessere, e fasi di grave deflessione timica, che la conducono più volte a mettere in atto condotte autolesive (con farmaci, taglio delle vene, ricerca di armi da fuoco). Giunge presso il nostro servizio nel Marzo 2003, a seguito dell'aggravamento della malattia del figlio, presentando un peggioramento della sintomatologia depressiva, che sfocia in un tentativo di suicidio attraverso il taglio dei polsi. La paziente viene trattata con olanzapina (2,5 mg/die), carbamazepina (200 mg/die) e citalopram (40 mg/die), in associazione a una psicoterapia supportivo-espressiva. Attualmente la paziente è ancora in cura presso i servizi territoriali.

Risorse interiori e vita istintiva

M : FM = non calcolabile M : (FM + m) = non calcolabile

Risposte emotive nei confronti dell'ambiente

$\Sigma C = 3$ FC : (CF + C) = 0 : 3

Equilibrio introversione estroversione

M : $\Sigma C = 1 : 3$ (FM + m) : (Fc + c + C') = 3 : 2

Organizzazione dei bisogni affettivi

(FK + Fc) : F = 0 : 3 (Fc + c + C') : (FC + CF + C) = 2 : 3

Interessi e ambizioni intellettuali

W : M = 7 : 0 (H + A) : (Hd + Ad) = 3 : 2

Nell'ultimo caso la prevalenza di risposte globali (W) cui si aggiungono una globale "tagliate" (W) e una globale confabulata indicano un desiderio

di controllo del materiale che spinge il soggetto a organizzare il materiale integrandone ogni sua parte; controllo peraltro non pienamente esercitato in modo critico e attento, visti gli slittamenti del livello formale e una leggera tendenza alla confabulazione. La paziente sembra pertanto fare ricorso in modo massivo al tentativo di ‘comprendere astrattamente “tutto o quasi”’. Ma osserviamo con attenzione le situazioni in cui il pensiero del soggetto abbandona la tendenza all’intellettualizzazione per avvicinarsi alla comprensione del particolare e del concreto; il dettaglio e la confabulazione appaiono in riferimento a due contenuti scopertamente sessuali e aggressivi (fallo della tigre e vagina sanguinante) nei confronti dei quali il rifugio nel pensiero astratto sembra fallire. Così pure la sollecitazione emotiva evocata dal colore induce la paziente a “ritrarsi” nel bianco, operando un’inversione e integrazione di figura e sfondo.

L’esame dei determinanti sottolinea la quasi completa assenza di movimento umano (M); tutte le sollecitazioni interne alla persona paiono non essere integrate da un io troppo fragile che si vede costretto a spostarle all’esterno (movimenti animali e inanimati). Anche in questo caso il tentativo di assumere un punto di vista circa la propria corporeità – oggetto della perseverazione rimuginativa – pare fallimentare; la paziente appiattisce e sterilizza il contenuto con il ricorso allo schiacciamento della prospettiva su di un piano bidimensionale (Fk di livello formale mediocre) oppure è travolta dallo stimolo ambientale che la spinge a dare risposte a predominanza di colore cromatico (CF) ne risulta l’incapacità di integrare forma – intesa come capacità di sana adesione al reale – ed emozione, rappresentata dal colore cromatico. Solo stimolazioni di tono minore (colori acromatici C’) possono venire integrate e assunte dal soggetto; tali risposte presentano un buon livello di precisione e indicano in questo senso un corretto esame di realtà. Poco al di sotto della media risultano essere le risposte di movimento umano; esse indicano una modesta capacità di immedesimazione su cui domina un atteggiamento formalistico di lettura corretta e oggettiva del reale che non produce movimenti emotivi rilevanti la cui assenza è attestata dalla quasi totale mancanza di risposte del tipo colore cromatico.

Pur disponendo della possibilità di attingere al un pensiero socializzato come testimoniato dalla adeguata presenza di risposte “popolari” la paziente incontra difficoltà nell’esercizio di tale abilità se esposta a stimoli ambientali

capaci di provocare emozione (nessuna risposta popolare fornita alle tavole colorate). Come già osservato si evidenzia perseverazione rimuginativa in relazione ai contenuti anatomici e sessuali entrambi caratterizzati da marcate valenze aggressive. Colpisce inoltre la quasi completa assenza di contenuti umani (H) fatta eccezione per la donna portatrice di un profondo e forse disperato bisogno di dipendenza (figura con le mani alzate) che non posso essere mentalizzati vista la “decapitazione” dell’immagine.

Il soggetto pare incontrare difficoltà nel rispondere in modo emotivamente genuino alle sollecitazioni ambientali, nonostante la $\Sigma C = 3$ (punteggio normale) e si osserva come tale dato sia di fatto risultante solamente da risposte a predominanza di colore; ciò è confermato dal rapporto $FC : (CF + C) = 0 : 3$ che evidenzia un difficile controllo degli impulsi emozionali.

Il rapporto $M : \Sigma C$ conferma la tendenza extratensiva della paziente; tuttavia a questo dato si oppone, sippure debolmente, il rapporto $(FM + m) : (Fc + c + C') = 3 : 2$ che indica la presenza di potenziali risposte ai bisogni interiori attualmente non integrabili dal soggetto (FM e m) unite a depressione dovute a frustrazione (risposte FC'). La persona pare quindi oscillare tra una reattività eccessiva e non sempre socialmente accettabile cui si associano episodi di ritiro depressivo presumibilmente connessi ai fallimenti conseguenti le suddette condotte non socialmente approvate.

Anche i rapporti quantitativi riguardanti l’organizzazione dei bisogni affettivi evidenziano un’ incongruenza; a un primo livello - $(FK + Fc) : F$ - la persona manifesta una decisa tendenza alla repressione dei propri bisogni affettivi e di dipendenza; tuttavia tale dato non pare trovare un pieno riscontro nella modalità di espressione che il soggetto attua in riferimento a tali bisogni: $(Fc + c + C') : (FC + CF + C) = 2 : 3$, questo secondo rapporto evidenzia infatti una discreta capacità di espressione della propria affettività.

Le ambizioni intellettuali del soggetto appaiono decisamente superiori alle sue reali potenzialità: il rapporto $W : M = 7 : 0$ (valore ottimale $6 : 3$) mostra una marcata sproporzione tra le aspirazioni di comprensione del mondo e le risorse attualmente disponibili alla persona. Ciò non sembrerebbe produrre tuttavia un atteggiamento pedante e ossessivo $(H + A) : (Hd + Ad) = 3 : 2$

Ritroviamo in questo caso numerose indicatori considerati connessi al comportamento suicidiario; in particolare si osservano: risposte a predominanza di colore, elevato livello formale, difficoltà di gestione delle proprie risorse psicologiche.

5. Discussione dei risultati

Come indicato nella letteratura sull'argomento (Hertz, 1949) il tentativo di suicidio appare connesso a una tendenza introversiva dei soggetti che indirizzano verso se stessi le proprie pulsioni aggressive.

Questa tendenza introversiva appare a sua volta connessa a una difficoltà di relazione con il mondo esterno dal quale derivano stimolazioni di carattere emotivo percepite come marcatamente ambivalenti. L'appello alla propria interiorità induce la presa di contatto con risorse non pienamente gestite dal soggetto che in quanto tali possono dare luogo ad azioni impulsive e incontrollate. La rilevanza attribuita all'accuratezza percettiva sottolinea l'importanza del processo cognitivo nel prendere decisioni. Un'elevata attenzione ai dettagli induce il paziente a trovarsi "senza via di uscita" sul piano delle possibilità conformi alla razionalità logica; dopo aver esplorato tutte le ipotesi di soluzione il soggetto si vede "logicamente costretto" a una scelta ultimativa; così pure la percezione grossolana e generalizzante preclude al paziente la possibilità di reperire possibili soluzioni a sua disposizione e, parimenti, può indurre all'opzione per il suicidio.

In questa prospettiva il primo caso considerato mostra un paziente incapace di scostarsi anche marginalmente da un modello di comportamento socialmente approvato in cui la vita emozionale e affettiva ha poco spazio; l'ideazione suicidaria appare conseguentemente come risposta associata all'esposizione a un comportamento illogico, autolesivo che ha prodotto un'eco emotiva talmente forte da non poter essere padroneggiata dal paziente grazie all'utilizzo delle strategie di pensiero logico e razionale da lui privilegiate.

Il secondo caso evidenzia il ricorso al suicidio da parte di un paziente che si caratterizza sia per una reattività poco controllata agli stimoli ambientali, sia per la presenza di risorse psichiche non spendibili in un processo di coping. Il tentativo di suicidio viene attuato sull'onda di una sollecitazione emotiva esterna di fronte alla quale il paziente non riesce a rispondere con le poche energie disponibili.

Anche nel terzo caso si osservano sia un appiattimento sul dato di realtà (predominanza di risposte di pura forma), sia la tendenza all'azione impulsiva; in queste situazioni il soggetto sembra essere indotto al compimento di un

gesto ultimativo sulla base di una visione oggettiva di una realtà difficile a cui si reagisce in modo incontrollato.

Il quarto caso infine, mostra nuovamente la presenza di risorse psichiche non integrate dal soggetto unitamente a una tendenza alla risposta immediata alle sollecitazioni dell'ambiente; in questo caso è minore l'attenzione all'oggettività delle situazioni e il tentativo di suicidio compare come incapacità nell'utilizzo delle proprie risorse al fine di far fronte a eventi emotivamente stressanti.

In sintesi possiamo affermare che la casistica da noi raccolta evidenzia, in accordo con la letteratura esaminata, come il comportamento suicidario possa venire attuato a fronte di:

- una “sconfitta dalle ragioni” come rappresentato nel primo dei casi considerati, in questo il paziente, con personalità di tipo nevrotico, presenta un'elevata fiducia nella propria capacità di comprendere razionalmente e oggettivamente le situazioni che incontra e in questo senso presenta in anamnesi un buono o addirittura ottimo adattamento sociale. La comparsa di un evento altamente stressante non riconducibile alla razionalità del reale spinge quindi il soggetto a reagire in modo aberrante.
- il secondo e il quarto caso sottolineano invece come il suicidio possa apparire come “gesto impulsivo” in pazienti con struttura di personalità di tipo psicotico; in questi casi l'attenzione al reale è scarsa, gli accadimenti emotivamente connotati generano nel mondo interno al soggetto un'eco disordinata a causa delle difficoltà di gestione e utilizzo delle proprie risorse interiori.
- Il terzo caso descrive invece la situazione in cui la scelta per il suicidio rappresenta un tentativo di “fuggire dalla gabbia”. L'agito viene attuato da un soggetto con disturbo border-line che manifesta sia attenzione e corretta comprensione del dato di realtà, sia tendenza al compimento di azioni non pienamente controllate.

Il confronto con una situazione oggettivamente difficile, per la quale pare obiettivamente difficile trovare soluzione, produce il ricorso al tentativo di suicidio condotto sull'onda di un movimento emotivo scarsamente controllabile.

Bibliografia

- APPLEBAUM S.A., COLSON D.B (1968), A re-examination of the color-shading in Rorschach test response, *“Journal of projective techniques and personality assessment”*, 32, 160-164.
- COOPER G.W., BERNSTEIN L. HART C. (1965), Predicting suicidal ideation from the Rorschach: an attempt to cross-validate, *“Journal of projective techniques and Personality assessment”* 29, 168-170.
- DURKHEIM E. (1897), *Il suicidio studio di sociologia*, trad. it. Ed. Bur.
- EXNER J.E., (1969), *The Rorschach systems*, New York: Grune and Stratton.
- EXNER J. E. (1974), *The Rorschach: a comprehensive system*, New York: John Wiley.
- EXNER J.E., WYLIE J. (1977) Some Rorschach data concerning suicide, *“Journal of Personality Assessment”*, 41 (4) 339-348.
- FARBEROW N.L. (1959), Personality patterns of suicidal mental patients, *“Genetic psychology monographs”* 42, 3-79.
- FOWLER J.C, PIERS C. HILSENROTH M.J. ET AL (2001), The Rorschach Suicide Constellation Assessing Various Degrees of Lethality, *“Journal of Personality Assessment”*, 76(2), 333-351.
- HERTZ M.R. (1949), Further study of suicidal configurations in Rorschach records, *“Rorschach Research Exchange and Journal of Projective techniques”*, 13, 44-73.
- KLOPFER B. , DAVINSON H.H., (1971) (Trad. It.), *La tecnica del Rorschach*, “Organizzazioni speciali, Firenze”.
- PIOTROWSKI Z. (1950) A Rorschach compendium, revised and enlarged, *“Psychiatric quarterly”*, 24, 543-596.
- SILBERG J.L., AMSTRONG J.G., (1992) The Rorschach test for predicting suicide in adolescent inpatient, *“Journal of Personlity and Assesement”*, 59, 290-303.

LA DIMENSIONE PSICOTERAPEUTICA IN SPDC

P. Gallotti, M.I. Greco*, J. Beltz*, G.G. Alberti**

Riassunto

L'SPDC è un ambiente chiuso e altamente strutturato che determina un tipo di "setting" caratteristico che può portare il paziente ad esperienze di limite, di sostegno, accudimento e, occasionalmente, anche di insight.

Tra gli aspetti psicoterapeutici più specifici di un ricovero in SPDC, un primo fattore può essere rappresentato dall'interferenza che esso esercita sui processi patogenetici di cui il paziente è portatore. Questi infatti giunge in reparto, il più delle volte, portando modi di porsi e induzioni di ruoli aventi azione perpetuante sulla sua sofferenza. La funzione strutturante del contenitore SPDC permette, in tali circostanze, di introdurre spazi di riflessione e di pensiero, e di interrompere circuiti retroattivi perpetuanti.

Una seconda importante funzione psicoterapeutica risiede nel fatto che un'atmosfera di reparto adeguatamente orientata in senso psicologico, oltre a migliorare le interazioni paziente/équipe, è alla base della costruzione di una buona alleanza terapeutica che rappresenta a sua volta il fondamento per la continuazione della cura a livello territoriale.

La nostra riflessione è volta ad approfondire alcuni elementi essenziali della cura durante il periodo di ricovero.

Parola chiave: SPDC, funzione psicoterapeutica, alleanza terapeutica

Summary

An Italian SPDC (Acute Psychiatric Ward) is a closed and highly structured space determining a specific type of setting which can foster in the patient experiences of limitation, support, nursing, and also, sometimes, of insight.

* Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo - Milano

Among the most specific aspects of a SPDC hospitalization, a first factor can be represented by its impact on the patient's pathogenetic interpersonal processes. Very often at admission he/she introduces into the ward's staff ways of relating, e.g. role inductions, exerting a perpetuating action on his suffering. The structuring function of the SPDC containment allows, in those circumstances, to introduce spaces for reflection and thought, and to stop perpetuating feed-back loops.

A second important psychotherapeutic function consists in the fact that a psychologically oriented ward atmosphere, besides improving patient-team interactions, sets the ground for a good therapeutic alliance, which is necessary for the continuation of care in the community.

Further reflection is aimed at discussing some other essential elements of care during hospitalization.

Key words: SPDC, psychotherapeutic function, therapeutic alliance

1. Testo

Il ricovero in SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) si pone come interruzione di un continuum di malattia o come risposta ad una drammatica crisi. Le patologie dei pazienti che afferiscono ad un SPDC sono prevalentemente costituite da gravi disturbi della personalità (isolati, misti o associati ad altre patologie psichiatriche di asse I) e da disturbi psicotici. La letteratura internazionale sulle dinamiche psicoterapeutiche del ricovero è relativamente esigua; inoltre l'organizzazione dell'assistenza psichiatrica è molto diversa nei vari paesi, sia per quanto attiene i luoghi di cura che i tempi di degenza che la legislazione sui ricoveri coatti che la disponibilità di personale specializzato. Abbiamo preso in considerazione gli aspetti psicologici dell'intervento clinico in quanto ci sembrano utili anche per migliorare le interazioni del paziente con l'equipe curante e per aumentare la sua compliance terapeutica.

L'SPDC è un ambiente chiuso, altamente strutturato che determina un "setting" molto delimitato e limitante. Il tempo è scandito in maniera rigida e ripetitiva (ore dei pasti, somministrazione dei farmaci, colloqui con i curanti, attività riabilitative, visite dei parenti, limitazione delle uscite, regolamentazione del fumo, ecc.).

Dal punto di vista relazionale si può riconoscere una base comune nel trattamento dei differenti tipi di disturbo. Tale base comune è rappresentata da fattori quali l'atmosfera di reparto intesa come clima emotivo, il riconoscimento di un disturbo meritevole di attenzione e il prendersi cura della corporeità del paziente (sia nel significato degli aspetti di cura quotidiana che del trattamento di eventuali patologie organiche).

I pazienti che giungono in reparto, il più delle volte, si trovano in una condizione di marcata labilità emotiva e di discontrollo pulsionale, perché non sono più in grado di utilizzare il pensiero come funzione strutturante.

La separazione dall'ambiente quotidiano infatti, rompe un equilibrio patologico di tipo simbiotico o collusivo che sostiene la malattia e ostacola le possibilità evolutive e terapeutiche. Durante il ricovero il paziente è "costretto" ad affrontare le sue angosce con strumenti nuovi, incontrando delle figure di riferimento diverse da quelle parentali. In questo modo gli si dà la possibilità di vivere delle esperienze emotive correttive secondo il concetto di Alexander (Alexander, 1969). Tali esperienze consistono nel far rivivere al paziente i conflitti originari all'interno della situazione terapeutica, proponendo una risposta diversa da quella data dalla figura genitoriale.

In reparto "la valenza dell'agire sovrasta quella della parola e diventa strutturante per cercare la ricostituzione di un fondo psichico e quindi di un senso di sé condivisibile" (Caverzasi, 2002).

Uno degli obiettivi fondamentali del ricovero è di costruire l'alleanza terapeutica che consentirà il proseguimento della cura in ambito territoriale. Il ricovero ospedaliero spesso rappresenta per i pazienti l'avvio di una terapia farmacologica. La possibilità di discutere con il paziente e i suoi familiari di eventuali pregiudizi e resistenze riguardo al farmaco e di sperimentarne gli effetti con un monitoraggio oltre che fisico anche relazionale, è di grande utilità per porre le basi di una futura compliance terapeutica. Osservare insieme al paziente le interazioni con gli altri degenti offre un'ulteriore opportunità di insight e di rispecchiamento. Il reparto può anche consentire al soggetto di mettere in atto delle modalità regressive di comportamento che possono essere osservate e poi utilizzate a fini evolutivi.

Un altro obiettivo può essere l'osservazione più piena e completa delle dinamiche familiari.

L'opportunità che dà il ricovero in reparto di poter disporre di più figure

dell'èquipe curante, ben addestrate, consente di individuare e gestire al meglio importanti meccanismi difensivi come scissioni e identificazioni proiettive. Per questo il ruolo di ogni membro dello staff terapeutico deve includere nel suo fondamento il compito di ritenere e integrare efficacemente tali identificazioni, prevalentemente attraverso la riflessione e i sentimenti e ciò deve venire percepito.

L'attività svolta dall'èquipe di reparto risentirà, quindi, della condizione emotiva di questa e delle dinamiche di gruppo. Inoltre, come ha scritto Ogden: "anche quando in un ospedale psichiatrico si effettuano i più strenui tentativi per isolare la psicoterapia individuale dal resto del trattamento del paziente, questi sforzi non riescono mai completamente e si trasformano normalmente in tentativi di per sé fallimentari per quanto concerne la conservazione di un'illusoria purezza analitica. non è insolito che il terapeuta e il paziente si incontrino per caso nel reparto o negli spazi dell'ospedale e che talvolta si scambino sguardi, cenni del capo o conversazioni. inoltre il terapeuta avrà rapporti con altri membri dello staff che inevitabilmente solleveranno rivalità, lotte di potere, attrazioni sessuali e amicizie. Il paziente sarà spesso a conoscenza diretta o indiretta di queste relazioni" (Ogden, 1994).

Il lavoro con i pazienti psichiatrici è "usurante" per la sensazione di impotenza legata alla frequente cronicizzazione delle patologie, per i meccanismi identificativi e proiettivi, per la gestione dei rapporti con i familiari spesso esasperati e per le caratteristiche del luogo dove si svolge (reparti chiusi, sovraffollati, con pressanti richieste di disponibilità di posti letto). La bonifica di questa "usura" richiede un attento monitoraggio del "benessere" dell'èquipe, tramite periodiche riunioni e gruppi di discussione che consentano di affrontare meglio la relazione con il paziente e di evitare il burn-out. L'interazione di diverse figure professionali necessita di continua flessibilità, collaborazione e condivisione anche perchè spesso è utile l'impiego di diversi approcci psicologici in funzione delle differenti patologie. Inoltre l'integrazione di figure terapeutiche con differenti approcci teorici allarga e diversifica gli interventi possibili.

Una riflessione particolare meritano gli infermieri che si considerano spesso come "quelli che fanno" nel reparto psichiatrico in contrapposizione ai terapeuti che sono "quelli che parlano". Quando ciò avviene, si è di fronte ad un'evoluzione estremamente infelice, perché implica che, quando gli infermie-

ri “non fanno” (cioè non agiscono), si stanno sottraendo ai loro doveri o fanno finta di essere membri del gruppo di “quelli che parlano”.(Ogden,1994)

Per molti pazienti i ricoveri ripetuti si configurano come una continua verifica della sussistenza di un sistema di riferimento e attaccamento sempre disponibile che rende attuabile l'esplorazione all'esterno di nuove possibilità evolutive. La “base sicura”(Bowlby,1989) in un primo tempo rappresentata prevalentemente dallo spazio fisico del reparto con il susseguirsi degli incontri viene ad essere la mente del terapeuta, che riconosce, ricorda, contiene, valida, supporta, consola, da continuità ad un'esperienza frammentata e confusa.

Caso 1. Viene ricoverato in SPDC un giovane di aa36; non è al suo primo ricovero. Ha una diagnosi di ingresso di disturbo borderline di personalità. Nell'anamnesi il tentato omicidio del padre e un grave tentativo di suicidio da defenestramento. L'andamento dei ricoveri è subentrante, il paziente trascorre la maggior parte del tempo da solo nel suo appartamento senza però mai la possibilità di permanervi a lungo per il riacutizzarsi di istanze paranoide; il ricorso sempre più frequente alle ospedalizzazioni serve unicamente, in una prima fase, a curare e a contenere la persecutorietà e la espulsività del contesto ambientale. Come evidenziato in precedenza il reparto offre la possibilità di prendere le distanze da eccessive pressioni esterne. Il paziente in questa fase è del tutto sprovvisto della capacità di ricostruire gli accadimenti che producono lo scompenso e tanto meno di poterli rielaborare. L'analisi da parte dell'equipe curante dei sentimenti controtransferali e la lettura integrata dei movimenti affettivi sottostanti ricostruiscono un significato che viene trasmesso al paziente. Inoltre tali fattori hanno permesso con il tempo grazie alla protezione dagli agiti offerta dal contesto ospedaliero, al riconoscimento e al ridimensionamento delle istanze di controllo megalomane, di sviluppare nel paziente una funzione riflessiva –intesa come una capacità di riflettere sui propri pensieri e sulle proprie emozioni- che ha drasticamente ridotto l'utilizzo dell'impulsività come unica via di “sfogo”.

Tale accettazione è avvenuta dopo una fase in cui il paziente effettuava ricoveri ripetuti, sviluppando ad un certo punto l'aspettativa onnipotente di poter trascorrere il resto della sua vita in reparto.

Utilizzando dialetticamente il desiderio di venir accolto e la necessità di interrompere i ricoveri troppo lunghi si è arrivati alla possibilità per il paziente

di accettare un diverso programma riabilitativo di tipo comunitario.

Caso 2. La paziente Xenia entra in SPDC pochi giorni prima del passaggio dal Servizio di Neuropsichiatria Infantile al CPS per raggiungimento dell'età adulta. Il ricovero avviene in seguito a un agito aggressivo con minacce nei confronti della madre e servirà, oltre all'inquadramento diagnostico, a stabilire un rapporto terapeutico con il servizio e alla formulazione di un progetto. La paziente presenta all'ingresso un quadro psicotico acuto con un'importante componente ossessiva-compulsiva e un comportamento alquanto caotico e regredito. Xenia ha dei disturbi da quando era bambina ed è sempre stata seguita dal punto di vista psicologico, però mai in maniera continuativa e complessiva, perciò ha delle diagnosi parziali o superate (disturbo dell'apprendimento, DOC, disturbo pervasivo dello sviluppo). Inoltre la sua anamnesi è segnata da cambiamenti terapeutici e abbandoni.

Nel primissimo periodo del ricovero si mostra collaborante con modalità seduttive, che però velocemente lasciano spazio a comportamenti aggressivi verso i curanti e ad un'oppositività nei confronti delle regole di base del reparto, quando non ottiene ciò che desidera. La situazione si stabilizza pian piano con un atteggiamento fermo e chiaro nei suoi confronti, molto diverso dall'ambivalenza della madre che alterna rigidità ed espulsività a sottomissione e permissività. Xenia sperimenta che la sua aggressività non uccide e può essere contenuta e elaborata. Diminuiscono le sue manifestazioni ossessive con le quali controlla ogni relazione in maniera tirannica ma controproducente perché porta al rifiuto da parte degli altri. Migliora anche il rapporto simbiotico con la madre la quale viene contenuta rispetto alle continue svalutazioni del padre naturale della paziente, quest'ultimo riemerge da un ruolo secondario e riprende un minimo di ruolo paterno. Contemporaneamente viene stabilito un legame con la psichiatra del territorio che fa dei colloqui regolari con la ragazza in SPDC. In tale modo le proiezioni e le scissioni di Xenia possono essere elaborate dall'équipe. Vengono raccolti dati anamnestici a sufficienza da chiarire il ruolo centrale della patologia narcisistica della madre per la gestione di Xenia. La sua presa in carico da parte di una psicologa permette di contenere le angosce di abbandono e di perdita di controllo, se la figlia viene curata, e di ottenere una sufficiente collaborazione da parte di entrambe dopo le dimissioni. Xenia ora viene seguita sul territorio ed è in fase di inserimento in una Comunità terapeutica.

Bibliografia

- ALEXANDER F. (1969), *Gli elementi fondamentali della psicoanalisi Sansoni*, Firenze.
- BOWLBY J. (1989), *Una base sicura*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- CAVERZASI E. (2002), Disturbo borderline di personalità: il trattamento ospedaliero della crisi, in L. BARONE, E. CAVERZASI (a cura di), *L'alleanza nella mente: curare il paziente borderline*, Ed. La Goliardica, Pavia.
- OGDEN T.H. (1994), *La identificazione proiettiva e la tecnica psicoterapeutica*, Astrolabio, Roma.

VALUTAZIONE DEL CAMBIAMENTO NELLA PSICOTERAPIA BREVE DI CRISI: APPLICAZIONE DELLA SCORS-Q

J. Beltz, E. Cassani*, G. Maresca*, L. Neri*, E. Redemagni*, G.G. Alberti**

Riassunto

Obiettivi

Il lavoro presenta i risultati di un intervento di psicoterapia breve di crisi rilevati con uno strumento di rilevazione del cambiamento, adattato allo specifico contesto di crisi emozionale.

Metodi

19 pazienti sono stati valutati dal proprio terapeuta all'inizio e al termine del trattamento con l'utilizzo della Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS-Q) che permette di valutare una serie di dimensioni strutturali e comportamentali dei soggetti, senza interferire nel processo terapeutico, pur mantenendo i criteri di scientificità.

Risultati

Sono emersi dei cambiamenti in senso migliorativo in tutte le aree indagate, ma non un cambiamento qualitativo. Sono state evidenziati alcuni aspetti di funzionamento costante nei soggetti, indipendentemente dall'evento critico. Inoltre sono state colte alcune caratteristiche della crisi emozionale, nonché alcuni fattori terapeutici specifici della psicoterapia breve di crisi efficaci nel processo di cambiamento.

Conclusioni

La SCORS-Q evidenzia alcune modificazioni negli aspetti affettivi, relazionali e comportamentali che consentono ai soggetti, probabilmente grazie al trattamento psicoterapeutico, di risollevarsi e di utilizzare meglio le proprie risorse.

Parole-chiave: Psicoterapia breve di crisi, processo di cambiamento, processo terapeutico.

* Azienda Ospedaliera Ospedale S. Carlo B. - Milano

Summary

Objectives

The study presents the effects of an intervention of a brief psychotherapy of crisis, measured by means of an instrument of survey of the change, which had been adapted to the specific context of emotional crisis.

Methods

Nineteen patients have been evaluated at the beginning and at the end of the treatment by their psychotherapist by means of the Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS-Q).

This instrument allows the evaluation of some structural and behavioural dimensions of the subjects, without interfering into the therapeutic process, maintaining the scientific criteria.

Outcomes

The results show a quantitative change in all areas more than a qualitative change. Some constant aspects of functioning of the subjects have been underlined, independent from the critical event.

Furthermore, some characteristic aspect of the emotional crisis have been found, and also some specific therapeutic factors of the brief psychotherapy of crisis which influence the process of change.

Conclusions

The SCORS-Q shows some modifications in their affective, relational and behavioural aspects that allows the patients, probably thanks to the psychotherapeutic treatment, to recover and to use their capacities more effectively.

Key-words: Short-term psychotherapy of crisis, process of change, therapeutic process.

1. Introduzione

L'approccio di psicoterapia breve di crisi nasce dall'omonimo Centro operante per anni all'interno del DSM dell'Azienda Ospedaliera S. Carlo

Borromeo con la partecipazione di un gruppo di psichiatri e psicologi.

Il metodo è stato messo a punto per affrontare la crisi emozionale, descritta da Bleger (1967) come l'espressione della rottura del normale quadro di riferimento esterno e interno del soggetto, che determina l'emergenza di angosce, difese e fantasmi, solitamente silenti, con la comparsa di agiti e altre manifestazioni altamente disadattative.

L'intervento psicoterapeutico si basa su una presa in carico individuale, intensiva, a termine e in tempi rapidi, mirato al contenimento emozionale e all'evitamento della cronicizzazione.

Elemento importante è l'assetto gruppale del lavoro che prevede la supervisione individuale e di gruppo. Tale lavoro clinico istituzionale è stato successivamente formalizzato in un progetto di iniziativa sperimentale ("Centro Crisi") della durata di due anni, finanziato dalla Regione Lombardia, integrato da una ricerca d'esito.

Tenendo conto della situazione particolare in cui si ritrovano pazienti e terapeuti in un contesto di crisi, è stato scelto uno strumento di valutazione psicologica che non disturbasse il lavoro terapeutico, quindi utilizzabile dal solo terapeuta, quale la Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS-Q) di Drew Westen (1996).

2. Metodi

Nell'arco dei due anni sono stati studiati 19 soggetti, 12 femmine e 7 maschi, dell'età tra 18 e 65 anni, con caratteristiche anagrafiche e sociodemografiche eterogenee.

La loro sofferenza urgente consisteva per lo più in gravi sintomi depressivi (12 pazienti) o ansiosi (3 pazienti), tre pazienti avevano tentato il suicidio e uno presentava delle somatizzazioni gravi.

La visita psichiatrica prima della presa in carico ha permesso un inquadramento diagnostico secondo i criteri del DSM-IV (1994).

La Tabella 1 riassume le diagnosi sull'asse I; a quattro pazienti è stata attribuita anche una diagnosi sull'asse II (2 soggetti Disturbo Dipendente, 1 soggetto Disturbo Paranoide e 1 soggetto Disturbo Borderline di Personalità).

Tabella 1 - Diagnosi DSM IV - Asse I

Diagnosi	N° Sogg.
<i>Disturbo Depressivo Maggiore</i>	7
<i>Disturbo dell'Adattamento</i>	7
<i>Disturbo d'Ansia</i>	2
<i>Disturbo Post-Traumatico da Stress</i>	1
<i>Problema Relativo a una Fase della Vita</i>	1
<i>Lutto</i>	1

I soggetti sono stati valutati dal proprio terapeuta all'inizio, dopo i primi tre incontri, e al termine del trattamento (sul materiale psichico presentato negli ultimi due incontri) con la SCORS-Q, una scala di valutazione fondata sull'integrazione tra le teorie della social cognition e la teoria delle relazioni oggettuali. È stata applicata la versione predisposta per dati provenienti da interviste o narrativi. La scala è composta da 10 dimensioni, di cui 8 "strutturali" e 2 "tematiche e comportamentali":

- la dimensione s (struttura cognitiva delle rappresentazioni) definisce il grado di complessità con cui una persona rappresenta se stessa e gli altri e la sua capacità di integrare vari aspetti sia di se stessa sia degli altri;
- la dimensione a (tono affettivo degli schemi relazionali) indaga le aspettative di una persona rispetto alle relazioni interpersonali e come descrive le persone per lei significative;
- la dimensione r (capacità di investimento emotivo nelle relazioni) si riferisce invece al tipo di condivisione e di impegno emotivo;
- la dimensione v (capacità di investimento emotivo nei valori e nelle regole morali) valuta quanto una persona si comporta con un senso di responsabilità per le conseguenze delle proprie azioni piuttosto che se-

- condo modalità auto-centrate, senza considerare il prossimo;
- la dimensione c (comprensione della causalità sociale) considera quanto una persona sia in grado di comprendere le azioni proprie e altrui come espressione di intenzioni e significati interiori e non in termini superficiali e concreti;
 - la dimensione g (esperienza e gestione degli impulsi aggressivi) stabilisce quanto una persona è in grado di controllare ed esprimere la propria aggressività;
 - la dimensione e (stima di sé) riguarda il valore che una persona attribuisce a se stessa;
 - la dimensione i (identità e coerenza del senso di sé) evidenzia i livelli di integrazione e di frammentazione del Sé di una persona.

Le ultime due dimensioni rappresentano le aree tematiche e comportamentali più specifiche e meno quantificabili in termini di patologia:

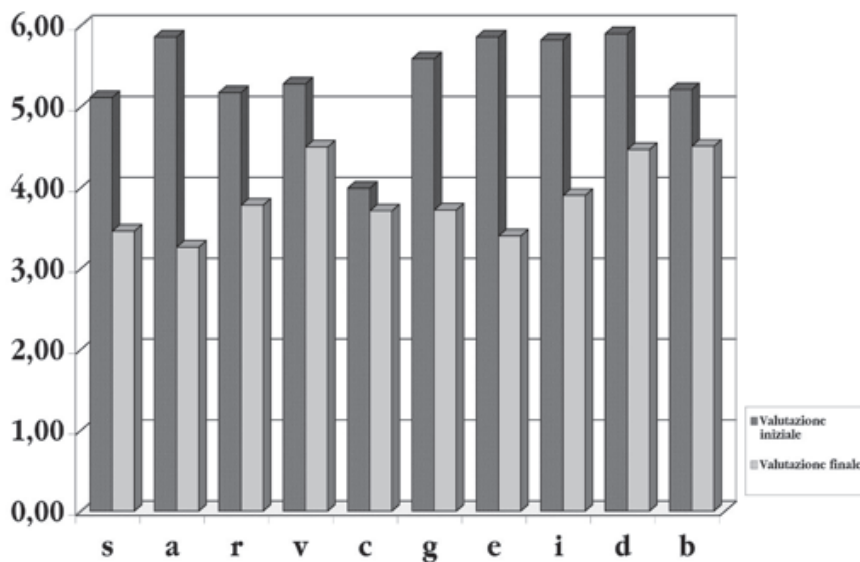
- la dimensione d (temi interpersonali dominanti) raccoglie i temi più ricorrenti nei colloqui;
- la dimensione b (abilità sociali e comportamento interpersonale) valuta le competenze sociali e descrive le diverse modalità del comportamento relazionale.

In seguito saranno presentati gli esiti della ricerca in termini clinici, considerando i risultati ottenuti nelle due applicazioni dello strumento e integrandoli con alcune riflessioni sui fattori terapeutici specifici e sul processo di cambiamento.

3. Risultati

Gli item selezionati dal terapeuta all'inizio e alla fine del trattamento sono risultati sostanzialmente sovrapponibili, ma con il rilievo di una variazione in senso migliorativo in tutte le aree indagate. Si tratta perciò di un cambiamento più sintomatico che strutturale, poiché tutte le dimensioni variano in senso quantitativo, ma non presentano una modificazione radicale del loro assetto (Figura 1).

Figura 1 - Confronto tra i punteggi medi della valutazione iniziale e finale



La peculiarità dei dati consente di fare alcune riflessioni sulle caratteristiche particolari sia dei soggetti esposti alla crisi emozionale, sia sulle caratteristiche psichiche della crisi stessa, nonché di avanzare qualche ipotesi sul processo di cambiamento che si è verificato in occasione del trattamento. Nonostante nessuno dei pazienti trattati soffrisse prima della crisi di un disturbo psichico grave (erano stati esclusi pazienti con diagnosi di psicosi dello spettro depressivo o schizofrenico, nonché quelli affetti da condizioni psicopatologiche, espressione di un funzionamento personologico stabilizzato), sono emerse nella prima valutazione alcuni aspetti psicologici e relazionali particolari. Prendendo in considerazione gli item e le aree che nella seconda valutazione subiscono variazioni ridotte, si può avere una descrizione degli aspetti costanti di funzionamento psichico delle persone trattate, indipendentemente dalla crisi emozionale in atto. Tale funzionamento prima della crisi non appare gravemente patologico, si avvicina ad alcuni elementi nosografici dei disturbi di personalità del terzo cluster (DSM-IV), senza aspetti di tipo disadattativo. Dai dati emersi si evidenzia un tratto di ripetitività della modalità di funzionamento psichico che viene rigidamente applicata a ogni situazione esistenziale:

i soggetti investono tutto la loro energia nello sforzo di ottenere e mantenere e, in caso di perdita, di ripristinare la gratificazione proveniente dall'altro. La struttura cognitiva delle rappresentazioni (dimensione s) dei soggetti appare improntata alla superficialità e tendente alla semplificazione. È possibile ipotizzare che l'abituale isolamento dei conflitti si trasformi in scissione disadattativa in caso di crisi. La loro capacità di investimento emotivo nelle relazioni (dimensione r) è limitata e caratterizzata dalla tendenza a soddisfare i propri bisogni affettivi primari a discapito della considerazione delle esigenze altrui. La stima di sé e l'identità (dimensione e, dimensione i) sono strettamente collegate con la dipendenza dalla stima degli altri. Ciò rende fragile l'identità in quanto dipende dalle conferme da parte dell'altro, che costituiscono il vero obiettivo del soggetto. Il bisogno dell'approvazione delle figure significative è spesso mistificato con comportamenti ambivalenti. Questa ambivalenza è dovuta alla necessità di ridurre il senso di esclusione e di distacco dalle figure genitoriali o dai loro sostituti. Si può ipotizzare un attaccamento ambivalente (Ainsworth et al., 1978) o negativo (Doane & Diamond, 1995). Per quanto riguarda l'aggressività (dimensione g) emerge che i soggetti tendono a rivolgerla più verso se stessi che non verso gli altri. Questo atteggiamento rischia di innescare un circolo vizioso tra atteggiamento remissivo, senso di umiliazione, attacchi, senso di colpa, tentativi di riparazione, ed è uno degli elementi che induce i soggetti all'agito autolesivo in senso più ampio.

Le dimensioni a (tono affettivo degli schemi relazionali), e (stima di sé) e i (identità e coerenza del senso di sé) mostrano il cambiamento maggiore; per di più contengono gli item più frequentemente selezionati nella prima rilevazione e, pertanto, sono ritenuti maggiormente rappresentativi della condizione psichica dei soggetti nel momento della crisi. I pazienti tendono a soffrire per la scarsa disponibilità ed empatia degli altri significativi, che non contribuiscono in maniera adeguata alla risoluzione della crisi. Un altro atteggiamento invece è caratterizzato dalla negazione dell'ostilità e dall'idealizzazione della persona coinvolta nella crisi, mentre alcuni soggetti allontanano ed evitano sentimenti e impulsi sgraditi nelle loro relazioni. Il sentimento più diffuso e doloroso nella situazione di crisi è la tendenza dei soggetti a percepirsi impotenti e inadeguati. L'impossibilità di agire rappresenta uno scacco narcisistico importante per i soggetti abituati ad affrontare le situazioni in modo attivo. L'insuccesso nell'evento eccezionale che scatena la crisi li induce a dare un giudizio negativo di sé generalizzato aggiungendosi alla normale

bassa stima di sé, collegata alla stima che gli altri mostrano nei confronti delle loro competenze. Si può ipotizzare che l'origine della crisi sia da cercare nel crollo di un'identità fragile, basata su un'adesione superficiale a modelli prestabiliti allo scopo di ottenere l'approvazione dell'altro. Di fronte a queste condizioni intrapsichiche e relazionali del soggetto in crisi il curante può utilizzare alcuni fattori che permettono ai soggetti di affidarsi a un terapeuta e di utilizzare l'aiuto offerto per affrontare una situazione vissuta come annihilante. In un primo momento il paziente, che si sente del tutto impotente e paralizzato da un evento non previsto e non domabile, viene accolto da un terapeuta che gli fa intravedere la possibilità di riprendere un controllo sulla situazione attraverso una proposta terapeutica molto ben definita in un contesto grupale e istituzionale (Flegenheimer, 1986). L'atteggiamento attivo del terapeuta e il riferimento al lavoro di gruppo contribuiscono alla sensazione di forte presa in carico. Il riconoscimento della gravità oggettiva dell'evento scatenante, accompagnato dalla prescrizione terapeutica di un periodo di sospensione di qualsiasi decisione e atto fino alla fine del trattamento, permette di intervenire sulla sensazione di fallimento, difficilmente tollerabile dai soggetti di solito piuttosto efficienti. In questo modo si può creare un clima affettivo della relazione terapeutica, indispensabile per la gestione del senso di abbandono, distacco e tradimento da parte degli altri. A questo punto diventa possibile la descrizione della crisi e con essa l'identificazione dei tratti d'identità coinvolti nel crollo, per poter poi iniziare a ricomporre il sé infranto. Il terapeuta si propone come oggetto nuovo, e la relazione terapeutica diventa un'esperienza diversa da quella abituale del paziente. Il terapeuta individua e incoraggia le risorse del paziente, conferendogli di nuovo un senso di controllo e riducendo il sentimento paralizzante dell'impotenza. Il limite posto dal contratto terapeutico da un lato sostiene questo processo, contenendo anche il senso di dipendenza del paziente, dall'altro evoca il senso del limite insito nella realtà delle cose e delle relazioni che, malgrado questo, possono essere valide. Dopo le prime sedute, in genere i pazienti si sentono meglio e il terapeuta cerca di aiutare il paziente a non isolare la crisi, ma a comprenderla e a collocarla all'interno della propria vita per poter poi accedere a diverse strategie adattative più funzionali. La focalizzazione sulle componenti affettive ed emotive appare l'obiettivo principale dell'intervento di crisi. Solo riconoscendo la loro importanza è possibile il cambiamento nella struttura

cognitiva delle rappresentazioni. Il riconoscimento delle emozioni provate e il loro collegamento agli eventi accaduti durante la crisi permette la riduzione della superficialità e unidimensionalità a favore dell'integrazione di aspetti diversi, prima tenuti separati. I meccanismi difensivi, pur non presi in considerazione direttamente, si allentano, come si può osservare nella valutazione finale, soprattutto per quanto riguarda la gestione dell'impulsività aggressiva. La rabbia può essere riconosciuta, a volte espressa, e non viene più rivolta verso se stessi. Nella fase finale si discute la progettualità rispetto al prossimo futuro. Si è ridotta la sensazione di aver perso tutto con la perdita di una persona o di uno ruolo e il dubbio sulle possibilità di sopravvivenza ed emerge la consapevolezza di poter percorrere strade nuove, sia attraverso l'acquisizione di nuove capacità personali, sia rispetto alle condizioni della propria vita. È fondamentale, però, l'atteggiamento del terapeuta per modulare il bisogno di un costante riconoscimento e di conferme dall'esterno, poiché per il paziente è rimasta importante la reazione dell'altro ai propri comportamenti. Alla fine del trattamento molti pazienti sostenevano di sentirsi cambiati dal punto di vista affettivo, e molti hanno espresso di aver fatto tesoro dell'esperienza vissuta (16 su 19). Molto raramente, invece è stato possibile un collegamento della crisi a conflitti originari.

4. Conclusioni

In conclusione, la ricerca mette in luce un cambiamento relativo che coinvolge tutta la persona, ma diventa più consistente nella sfera affettiva ed emotiva e nella rappresentazione di se stessi.

Considerato il funzionamento rigido dei soggetti studiati, si può presumere che il cambiamento ottenuto sia fortemente determinato dal particolare tipo di intervento psicoterapeutico, che sollecita le risorse individuali e aiuta a riprendere, in breve tempo, il controllo della propria vita.

Bibliografia

AINSWORTH M.S.D., BLEHAR M.C., WATERS E., WALL S. (1978), *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*, Erlbaum, Hillsdale, New York.

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), DSM-IV. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, tr.it.(1999) DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson, Milano.
- BLEGER J. (1967), *Simbiosi e ambiguità*, Libreria Lauretana, Loreto, 1992.
- DOANE J.A., DIAMOND D. (1995) *Affetti e attaccamento nella famiglia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- FLEGENHEIMER W.V. (1982), *Techniques of Brief Psychotherapy*, Grune & Stratton, New York, tr. it. (1986) *Psicoterapia breve. Teorie e tecniche di trattamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- PAVAN L., BANON D. (1996), *Trauma, vulnerabilità, crisi. Il trattamento della crisi emozionale*, Bollati Boringhieri, Torino.
- WESTEN D. (1996), *Social Cognition and Object Relations Scale Q-Sort (SCORS-Q) for interview and narrative data*, Unpublished Manuscript, Department of Psychiatry, The Cambridge Hospital and Harvard Medical School, Cambridge.

ASPETTI METODOLOGICI NELLA VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI DELLA PSICOTERAPIA DI CRISI MEDIANTE LA *SOCIAL COGNITION AND OBJECT RELATIONS SCALE*.

G. Amadei*, E. Redemagni*, J. Beltz*, E. Cassani*,
G. Maresca*, L. Neri*, G.G. Alberti*

Riassunto

Obiettivi

Lo studio considera alcune problematiche metodologiche relative alla valutazione di una psicoterapia breve effettuata in una condizione di crisi emozionale. In particolare, si propone di adattare e verificare empiricamente uno strumento di rilevazione del cambiamento intercorso nel trattamento psicoterapico, rispettando i criteri di scientificità.

Metodi

Lo strumento utilizzato è la *Social Cognition and Object Relations Scale* (SCORS-Q) che analizza diverse *dimensioni strutturali, tematiche e comportamentali* dei pazienti. La scala è stata applicata ai contenuti di alcune sedute di 19 soggetti sottoposti a psicoterapia breve di crisi. E' stata impiegata all'inizio e alla fine dell'intervento psicoterapico modificata nel sistema di score.

Risultati

I risultati confermano la duttilità d'impiego della scala e la sua sensibilità nel rilevare il cambiamento di fenomeni psicologici e comportamentali a breve distanza. La doppia valutazione della SCORS-Q fornisce un esauriente profilo del paziente, durante la crisi e nel momento della sua risoluzione, e individua le dimensioni psicologiche e comportamentali più interessate dal cambiamento.

Conclusioni

La SCORS-Q si dimostra uno strumento di rilevazione del cambiamento applicabile nella psicoterapia breve di crisi. Incrementa le conoscenze sulla crisi emozionale e sulla sua risoluzione e consente di dedurre le dimensioni in cui deve essere perseguito un cambiamento terapeutico.

* Azienda Ospedaliera Ospedale S. Carlo B. - Milano

Parole-chiave: Psicoterapia breve di crisi; valutazione psicologica; cambiamento

Summary

Objectives

The study concerns some methodological issues in the evaluation of a short-term psychotherapy in the emotional crisis. Particularity it intends to adapt and empirically verify an instrument of survey of the change occurred in the psychotherapeutic treatment, complied with the scientific criteria.

Methods

The instrument used is the *Social Cognition and Object Relations Scale* (SCORS-Q) that analyses several *structural, thematic and behavioural dimensions* of the patients. The scale has been applied to the contents of some sessions of 19 subjects submitted to short-term psychotherapy of crisis. It has been used with changes in the score at the beginning and the end of the psychotherapy.

Results

The results ratify the flexibility of the utilization of the scale and its sensitivity in surveying the change in the psychological and behavioural phenomena in a short time.

The double assessment with the SCORS-Q gives an exhaustive profile of the patient during the crisis and at the moment of its dissolution; it identifies the psychological and behavioural dimensions affected by change.

Conclusions

The SCORS-Q proves an instrument of surveying of the change and applies to the short-term psychotherapy of crisis. It increases the knowledges about the emotional crisis and its dissolution and allows to argue the dimensions in wich a therapeutic change should be pursued.

Key-words: Short-term psychotherapy of crisis; psychological assessment; chang

1. Obiettivi

Questo studio è il resoconto di un tentativo di affrontare i problemi metodologici nella valutazione di una psicoterapia attuata nel contesto specifico della *crisi emozionale*, intesa secondo la definizione basilare di Caplan (1964), sostanzialmente ripresa da altri Autori degli anni '80 (Sifneos, 1982; Davanloo, 1987; Flegenheimer, 1986) e dai due maggiori esperti italiani in

materia (Pavan e Banon, 1996). In sintesi i contributi dei diversi studiosi definiscono la crisi emozionale come una condizione di acuta sofferenza e senso soggettivo di impotenza, che si presenta quando un individuo non riesce a fronteggiare con le sue abituali strategie un elemento di novità e non è in grado di proporre alternative funzionali, reagendo con comportamenti patologici. L'interesse fondamentale di questo lavoro riguarda la valutazione di una forma di psicoterapia breve, adattata a partire dai principi metodologici di Flegenheimer (1978; 1986), che la distinguono come un intervento specifico di crisi, diverso da altre psicoterapie brevi, in quanto più immediato e flessibile, centrato sullo stress attuale e su tecniche di contenimento emotivo e di supporto.

La sperimentazione ha preso le mosse da una richiesta istituzionale di valutazione d'esito della psicoterapia breve di crisi (circa 10 sedute), effettuata presso il Centro Crisi dell'Azienda Ospedaliera S. Carlo di Milano, su un campione di 19 soggetti. Tuttavia, il rapido cambiamento sintomatico dei pazienti e l'intensità emotiva della relazione terapeutica inducevano ad ampliare le finalità della ricerca e a unire l'interesse per l'esito a quello per il processo della psicoterapia, a ciò che avviene all'interno e come avviene, e a quello per le procedure di analisi più adeguate. Concretamente, l'indagine si è connotata come una valutazione del *cambiamento* ponendosi quesiti fondamentali che andavano oltre alla quantificazione dei pazienti che cambiavano al termine della terapia e riguardavano la contestualizzazione del cambiamento stesso. In questo articolo si sintetizzano le procedure di adattamento e di applicazione della *Social Cognition and Object Relations Scale* (SCORS-Q), uno strumento conoscitivo che sembra rispettare le esigenze epistemologiche più recenti di una prassi scientifica di valutazione (Ceruti, Lo Verso, 1998; Di Nuovo et al., 1998).

2. Metodi

L'impianto di ricerca impostato per la rilevazione del cambiamento prevede tre articolazioni:

- esame delle condizioni cliniche del paziente all'inizio della psicoterapia;
- esame delle condizioni cliniche al termine della psicoterapia;
- confronto tra le due rilevazioni.

Congiunta a questo percorso metodologico è stata la scelta di strumenti rigorosamente a dimensione degli obiettivi della ricerca, ma anche del setting, delle esigenze dei pazienti e dei clinici. Non è sembrato adatto introdurre nel setting dell'intervento di crisi, caratterizzato da un'intensa drammaticità e dall'urgenza di arginare un dolore intollerabile, qualche modalità di mediazione, come un questionario self report (Westen et al., 1977) o una videoregistrazione.

La SCORS-Q, messa a punto da Drew Westen, è lo strumento di valutazione psicologica che è parso rispondere più adeguatamente alle esigenze specifiche dello studio, proponendo una valutazione effettuata da clinici. È una scala nata dall'integrazione delle concezioni più recenti dell'*information processing* della psicologia cognitiva (che possono essere riunite sotto il nome di *social cognition*) e della teoria delle *relazioni oggettuali* in cui pensieri, fantasie, desideri e sentimenti rispetto agli altri significativi costituiscono lo snodo di articolazione del funzionamento interpersonale (Westen, 1991).

Il confronto tra le osservazioni delle due teorie conduce essenzialmente a:

- tradurre certi costrutti (es. Super Io) in processi;
- differenziare i processi cognitivi da quelli affettivi che, pur interagendo, hanno un loro specifico sviluppo e una propria scala di maturazione;
- considerare le relazioni come un fenomeno articolato su vari piani, con una linea di sviluppo non unitaria;
- smentire il significato di patologia intesa come fissazione a una particolare fase evolutiva.

La scala propone molteplici punti di rilevazione delle relazioni che, secondo l'Autore, sono sensibili "alle fluttuazioni nel funzionamento" (Westen, 1993, p. 6) di un individuo, il quale attiva processi differenti a seconda delle circostanze. Dalla sua versione originaria la SCORS ha subito alcune modifiche in base ai risultati delle sue applicazioni a diversi contenuti (test proiettivi; interviste strutturate; colloqui clinici) e al confronto con la versatilità dell'esperienza clinica (Westen et al., 1990 a; Westen et al., 1990 b). Previa autorizzazione dell'Autore, è stata utilizzata per l'analisi dei colloqui dello specifico trattamento psicoterapeutico la versione della SCORS-Q predisposta per l'applicazione ai dati di interviste o narrativi (Westen, 1996). Questa ver-

sione comprende 10 dimensioni, otto definite “*strutturali*” (Tabella 1) e due definite “*tematiche e comportamentali*” (Tabella 2) per un totale di 182 items, scritti su *cards* facilmente maneggiabili.

Tabella 1 - Le dimensioni strutturali della SCORS-Q

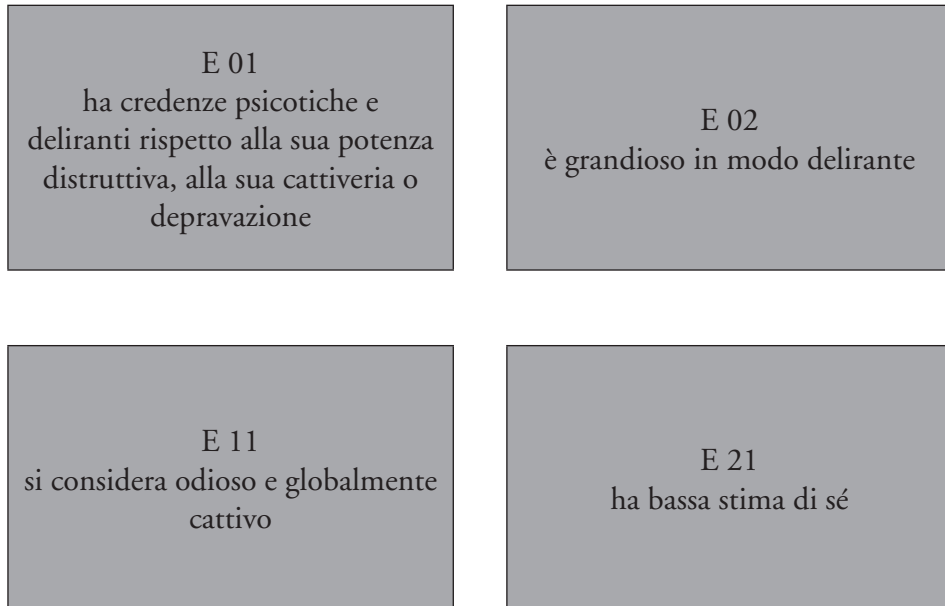
Denominazione	Sigla	N° item
Struttura cognitiva delle rappresentazioni	s	14
Tono affettivo degli schemi relazionali	a	10
Capacità di investimento emotivo nelle relazioni	r	9
Capacità di investimento emotivo nei valori e nelle regole morali	v	15
Comprensione della causalità sociale	c	7
Esperienza e gestione degli impulsi aggressivi	g	12
Stima di sé	e	15
Identità e coerenza del senso di sé	i	11

Tabella 2 - Le dimensioni tematiche e comportamentali della SCORS-Q

Denominazione	Sigla	N° item
Temi interpersonali dominanti	d	48
Abilità sociali e comportamento interpersonale	b	41

Gli item delle prime otto dimensioni sono sistemati in categorie che procedono da un Livello 0 (altamente patologico) a un Livello 4-5 (di buon funzionamento). All'interno di un livello si possono trovare più item che discriminano in modo più approfondito (Figura 1).

Figura 1 - Alcune cards con items della dimensione stima di sé (e).



Le due *dimensioni tematiche e comportamentali* rendono più raffinata la capacità descrittiva dello strumento relativamente a manifestazioni comportamentali ricorrenti nei molteplici contesti della vita quotidiana e presenti frequentemente nei resoconti dei soggetti.

Tutti gli item costituiscono un set Q-Sort (Q sta per “Question” - da qui l’acronimo completo SCORS-Q) cioè una serie di domande o definizioni (gli item) espressi in un linguaggio descrittivo, che svincoli da teorie specifiche, riduca le inferenze e sia condivisibile dai ricercatori. Il metodo Q-Sort prevede un numero fisso di item per ogni punteggio. Ogni item viene scartato (punteggio 0) o riceve un punteggio da 1 a 7 che rappresenta i diversi gradi in base ai quali l’item si addice al materiale clinico. Come auspicato da Westen stesso, il suo strumento di valutazione è stato applicato in ambiti diversi da quelli in cui è abitualmente impiegato (diagnostico, in particolare nei casi di disturbi di personalità) (Westen, 1986) e con forme diverse (Westen, 1993; 1996), pur mantenendo fede ai principi ispiratori.

Le operazioni preliminari del lavoro sono state dedicate alla traduzione dello strumento, alla codifica delle norme di impiego condivisibili da tutti i terapeuti del Centro Crisi e alla semplificazione del sistema di score (rispetto a quello originale che ha scopi prettamente diagnostici), conformandoli all'obiettivo della rilevazione di un cambiamento. La verifica-pilota, consistita nell'utilizzo di queste procedure innovative sul materiale clinico raccolto in 4 casi, è esitata in un'elevata correlazione tra le valutazioni di tutti i terapeuti sia per quanto riguarda gli item scelti che i punteggi attribuiti agli item.

Queste operazioni hanno condotto alla stesura delle procedure di applicazione, alla preparazione delle schede di rilevazione e al cuore della fase sperimentale sul materiale clinico raccolto nella psicoterapia dei 19 soggetti del campione.

Sommariamente le procedure prevedono due valutazioni effettuate dal terapeuta, una iniziale sul contenuto dei primi tre colloqui e una finale sul contenuto degli ultimi due colloqui.

La valutazione consiste nella scelta degli item di ogni dimensione che indicano una caratteristica propria del soggetto e nell'attribuzione di un punteggio (da 0 a 7) che definisce quanto quegli item siano in grado di rappresentare il soggetto. I punteggi conferiti agli item possono essere confrontati nei due momenti della crisi, iniziale e conclusivo, e la variazione tra di essi indica la portata del cambiamento.

Per stabilire se la variazione quantitativa corrisponde a un miglioramento rispetto alle condizioni iniziali, è stata approntata la *tabella degli indici di miglioramento* in cui sono stati suddivisi in due gruppi tutti gli item delle dimensioni. In un gruppo sono indicati gli item per i quali si attende una diminuzione di punteggio come indice di miglioramento delle condizioni espresse da ciascun item, nell'altro, invece, sono elencati gli item per i quali il miglioramento è rappresentato da un aumento di punteggio.

I dati a disposizione sono di tipo *quantitativo* (il punteggio attribuito all'item; la frequenza dell'item nel campione) e *qualitativo* (l'aspetto descritto dall'item; il livello di patologia). Sulla base di queste rilevazioni può essere effettuata un' *analisi intra-dimensionale* che individua gli item più frequenti e con punteggio più alto, cioè i più rappresentativi del campione, e il livello di patologia più rappresentato all'interno di ogni dimensione. Il confronto tra le analisi delle due serie di dati, iniziale e finale, coglie le modificazioni intercor-

se alla conclusione della crisi.

Se per ogni dimensione si calcola la media dei punteggi dei singoli item e delle variazioni intercorse tra inizio e fine della terapia, si rende possibile un' *analisi inter-dimensionale*. Confrontando i dati delle singole dimensioni si può determinare quale dimensione è più rappresentativa della crisi, quale si modifica maggiormente e in quale senso al termine della psicoterapia.

Accanto alla SCORS-Q è stata effettuata la classica valutazione multiassiale del DSM IV e, per osservare l'andamento della crisi, è stata eseguita un'intervista di follow up a 12 mesi.

3. Risultati

Dall'applicazione della SCORS-Q si ottiene un profilo multidimensionale del campione (Tabella 3 e 4), in quanto gli item con un punteggio medio più alto coincidono con gli item più frequenti nel campione. Le rilevazioni iniziali consentono un assessment della crisi emozionale. Le rilevazioni finali evidenziano un profilo pressoché analogo al primo.

Tuttavia, in tutte le dimensioni c'è uno scarto di punteggio (Figura 2) tra le due rilevazioni che è un indice di cambiamento, in senso migliorativo. Si può riassumere che la SCORS-Q rileva quali cambiamenti avvengono, dove si verificano e specifica quanto si cambia.

Anche i numerosi dati delle due *dimensioni tematiche e comportamentali* servono a caratterizzare ulteriormente il cambiamento, apportando elementi discriminanti come il contesto, la frequenza, l'intensità delle relazioni interpersonali. E' evidente il guadagno in termini conoscitivi rispetto alla diagnosi nosografica. Se si prende in considerazione l'aspetto quantitativo del cambiamento, definito dal punteggio numerico attribuito agli item, la SCORS non evidenzia svolte radicali, ma rivela pur sempre un mutamento, mentre la diagnosi nosografica (prevalentemente Disturbo dell'Umore e Disturbo dell'Adattamento) rimane pressoché invariata dall'inizio alla fine del trattamento. Se, invece, si prende in considerazione l'aspetto qualitativo, la SCORS fornisce notevoli approfondimenti sul cambiamento rispetto alla valutazione nosografica, anche prendendo in considerazione la Valutazione Globale del Funzionamento (VGF) dell'Asse V che varia nel corso della terapia (da un punteggio medio iniziale di 45,47 a un punteggio medio finale di 65,37).

Tabella 3 - Profilo medio del campione delineato dalla SCORS-Q (dimensioni strutturali)

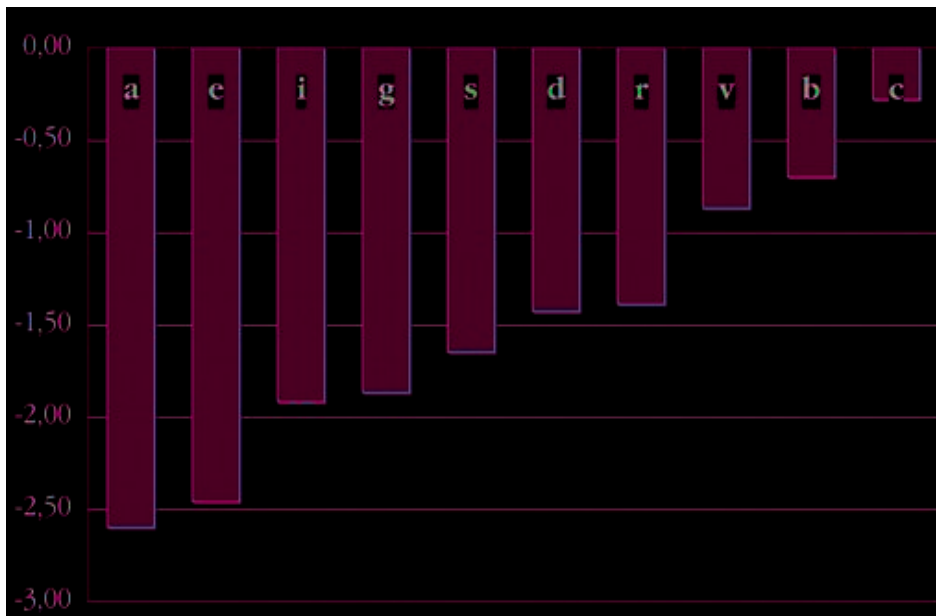
Profilo iniziale	Profilo finale
S21 tende a descrivere la personalità degli altri con poca sottigliezza o complessità	s21 tende a descrivere la personalità degli altri con poca sottigliezza o complessità
A21 tende a descrivere le relazioni come ostili, prive di senso, alienanti o penosamente assenti	a21 tende a descrivere le relazioni come ostili, prive di senso, alienanti o penosamente assenti
R21 le relazioni tendono a essere emotivamente piuttosto superficiali	r12 tende a considerare gli altri principalmente come spettatori delle proprie "esibizioni, come seguaci o ammiratori
V22 tende a mostrare tenacia e controllo degli impulsi, ma non dimostra coinvolgimento in particolari valori morali o etici	v22 tende a mostrare tenacia e controllo degli impulsi, ma non dimostra coinvolgimento in particolari valori morali o etici
C21 tende a offrire spiegazioni del comportamento delle persone o racconti degli eventi interpersonali leggermente confusi o confusivi	c21 tende a offrire spiegazioni del comportamento delle persone o racconti degli eventi interpersonali leggermente confusi o confusivi
G31 tende ad avere a che fare con rabbia e impulsi aggressivi evitandoli, negandoli o provando consciamente sentimenti diversi dalla rabbia	g31 tende ad avere a che fare con rabbia e impulsi aggressivi evitandoli, negandoli o provando consciamente sentimenti diversi dalla rabbia
E26 tende a sentirsi impotente	e26 tende a sentirsi impotente
I31 sembra riflettere sul suo posto nel mondo o cercare di trovare un'identità significativa	i31 sembra riflettere sul suo posto nel mondo o cercare di trovare un'identità significativa

Tabella 4 - Profilo medio del campione delineato dalla SCORS-Q (dimensioni tematiche e comportamentali)

Profilo iniziale	Profilo finale
d11 tende a essere preoccupato per il rifiuto o l'abbandono o a sentirsi dolorosamente distante a livello emotivo dalle figure di attaccamento o di autorità	d11 tende a essere preoccupato per il rifiuto o l'abbandono o a sentirsi dolorosamente distante a livello emotivo dalle figure di attaccamento o di autorità
d09 tende ad avere bisogno di o esprime temi di ammirazione, esibizione, riconoscimento, essere speciali, essere acclamati o eroismo personale	d09 tende ad avere bisogno di o esprime temi di ammirazione, esibizione, riconoscimento, essere speciali, essere acclamati o eroismo personale
D21 tende a sentirsi incompreso	d21 tende a sentirsi incompreso
b05 è incapace di affrontare un compito con altre persone senza che vengano a interferire questioni personali o modelli ripetitivi di personalità	b05 è incapace di affrontare un compito con altre persone senza che vengano a interferire questioni personali o modelli ripetitivi di personalità

L'analisi inter-dimensionale stabilisce in quali dimensioni si giocano la crisi (il *tono affettivo degli schemi relazionali*, la *stima di sé* e l'*identità e coerenza del senso di sé*) e la sua risoluzione (nelle medesime dimensioni).

I dati sul cambiamento, estesamente e dettagliatamente rilevati dalla SCORS-Q, sono confermati dalla percezione soggettiva di miglioramento da parte dei soggetti al termine della psicoterapia e dal follow up che dimostra una risoluzione della crisi consolidata e stabile.

Figura 2 - Variazione finale dei punteggi medi della SCORS-Q in ogni dimensione

4. Conclusioni

La prima riflessione che si è imposta al termine della sperimentazione riguarda la capacità dell'impianto della ricerca, con gli strumenti impiegati, di coniugare la valutazione dei cambiamenti complessi con il rispetto del setting psicoterapeutico e delle esigenze di un team eterogeneo (per professione e formazione), garantendo nel contempo i criteri scientifici di intersoggettività e ripetibilità. Un elemento fondamentale, che sa coniugare criteri di scientificità con la capacità di una visione ad ampio raggio del cambiamento che avviene durante un intervento psicoterapeutico breve, si è dimostrato lo strumento d'indagine. La SCORS-Q, pur essendo articolata, appare facilmente applicabile, dopo un breve training dei terapeuti, e rapida (circa 20 minuti per la singola valutazione). E' un dispositivo adatto a rilevazioni discriminanti, anche se ravvicinate nel tempo. Rispetto a una diagnosi psicopatologica di tipo nosografico, la SCORS-Q si presta a cogliere una gamma di differenziazioni, non necessariamente inquadrabili in un disturbo, ma sicuramente

peculiari della situazione di crisi e della sua risoluzione. Nel campione le lievi modificazioni delle diagnosi nosografiche sull'Asse I del DSM IV e quelle più consistenti dell'Asse V sembrano indicare che il superamento della crisi corrisponde a un cambiamento sintomatico più che strutturale. Tuttavia, queste valutazioni non rendono conto del mutamento specifico in più ambiti che è evidente alla fine della psicoterapia e che, se non viene captato, impedisce una valutazione più adeguata d'esito o di impostazione del trattamento.

Quindi la SCORS-Q di Westen sembra essere in grado di descrivere gli aspetti psicologici più ricorrenti e sottoposti a cambiamento, nonché i comportamenti e gli atteggiamenti, all'inizio e al termine della psicoterapia, molto limitata nel tempo e con un importante carico emotivo.

Un'altra considerazione riguarda la possibilità di utilizzare i dati multidimensionali della SCORS-Q per esaminare in parallelo il percorso terapeutico (che cosa può aver determinato i cambiamenti rilevati), per orientarlo (su che cosa è più opportuno e urgente intervenire) e per valutarne l'efficacia. In modo succinto si può concludere che le dimensioni più soggette al cambiamento, il *tono affettivo degli schemi relazionali*, la *stima di sé* e l'*identità e coerenza del senso di sé*, sono le dimensioni su cui è stata modulata la psicoterapia breve di crisi: accoglimento empatico forte, riduzione del senso di impotenza e rafforzamento dell'Io.

Pur prevalendo i giudizi positivi, si deve registrare un'eccessiva numerosità degli item nelle due *dimensioni tematiche e comportamentali* (89, solo 4 in meno rispetto alla somma degli item delle *dimensioni strutturali*) che può suscitare perplessità al primo impatto. A un'osservazione più approfondita, ciò che sconcerta non è tanto la quantità degli item quanto la loro disposizione più confusa rispetto la schematicità delle altre dimensioni, organizzate per livelli. L'inconveniente potrebbe essere aggirato suddividendo aree e sottoaree rispetto agli interlocutori (es. modo di relazionarsi con i familiari / amici), alla polarità di atteggiamenti (es. autonomia / dipendenza) o a criteri quantitativi (es. ampiezza e intensità delle relazioni).

Una seconda critica riguarda, invece, i contenuti di queste dimensioni che, nonostante le innumerevoli prospettive, tralasciano di descrivere dati narrativi presentati dai soggetti, anche se raramente, relativi a comportamenti bulimici, anoressici e d'abuso di sostanze.

Queste carenze, peraltro facilmente colmabili, non pregiudicano le pre-

rogative strutturali della SCORS-Q che riguardano, da un lato, la potenzialità descrittiva dei fenomeni psicologici e del loro mutare e, dall'altro, la sua maneggevolezza e la sua duttilità nella valutazione del processo terapeutico.

Bibliografia

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1999) DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson, Milano.
- CAPLAN G. (1964) *Principles of Preventive Psychiatry*, Basic Books, New York.
- CERUTI M., LO VERSO G. (a cura di) (1998) *Epistemologia e psicoterapia. Complessità e frontiere contemporanee*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- DAVANLOO H. (a cura di) (1980) *Short-term dynamic psychotherapy*, Jason Aronson, New York; trad. it. (1987) *Psicoterapia dinamica a breve termine*, Armando, Roma.
- DI NUOVO S., LO VERSO G., DI BLASI M., GIANNONE F. (a cura di) (1998) *Valutare le psicoterapie. La ricerca italiana*, Franco Angeli, Milano.
- FLEGENHEIMER W.V. (1978) *The patient-therapist relationship in crisis intervention*, "Journal of Clinical Psychiatry", 39, pp. 348-350.
- FLEGENHEIMER W.V. (1982) *Techniques of Brief Psychotherapy*, Grune & Stratton, New York; trad. it. (1986) *Psicoterapia breve. Teorie e tecniche di trattamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- PAVAN L., BANON D. (1996) *Trauma vulnerabilità crisi. Il trattamento della crisi emozionale*, Bollati Boringhieri, Torino.
- SIFNEOS P.E. (1978) *Short-term Psychotherapy and Emotional Crisis*, Harvard University Press, Cambridge; trad. it (1982) *Psicoterapia breve e crisi emotiva*, Martinelli, Firenze.
- WESTEN D. (1986) *What changes in short-term psychodynamic therapy ?*, "Psychotherapy", 14, pp. 181-202.
- WESTEN D. (1991) *Social Cognition and Object Relations*, in "Psychological Bulletin", 109, 3, pp. 429-455.
- WESTEN D. (1993) *Social Cognition and Object Relations Scale: Q- Sort for projective Stories (SCORS-Q)*, Unpublished Manuscript, Department of Psychiatry, The Cambridge Hospital and Harvard Medical School, Cambridge.

- WESTEN D. (1996) *Social Cognition and Object Relations Scale: Q-Sort (SCORS-Q) for interview and narrative data*, Unpublished Manuscript, Department of Psychiatry, The Cambridge Hospital and Harvard Medical School, Cambridge.
- WESTEN D., LOHR N.E., SILK K., GOLD L., KERBER K. (1990 a) *Object relations and social cognition in borderlines, major depressives and normals: A thematic apperception test analysis*, "Psychological assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology", 2, pp. 355-364.
- WESTEN D., LUDOLPH P., SILK K., KELLAM A., GOLD L., LOHR N.E. (1990 b) *Object relations in borderline adolescents and adults: Developmental differences*, "Adolescent Psychiatry", pp. 17, 360-384.
- WESTEN D., MUDERRISOGLU S., FOWLER C., SHELDON J., KOREN D. (1977) *Affect Regulation and Affective Experience: Individual Differences, Group Differences, and Measurement Using a Q-Sort Procedure*, "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 65, 3, pp. 429-439.

ANALISI DEGLI ASPETTI PARAVERBALI IN UNA PSICOTERAPIA DINAMICA BREVE: IL METODO DELL'ATTIVITÀ REFERENZIALE E L'ANALISI DELLA SPEECH RATE.

*Diego Rocco**

Riassunto

Obiettivi

Scopo del lavoro è di analizzare i microprocessi in una psicoterapia dinamica breve avvalendosi sia della rilevazione dell'Attività Referenziale proposta da Wilma Bucci, che di una metodologia che consente l'analisi degli aspetti paraverbali. L'ipotesi sottostante è che a variazioni dei valori dell'Attività Referenziale corrisponda una variazione negli indici paraverbali.

Metodi

In questa ricerca è stata analizzata una seduta di una psicoterapia dinamica breve. Per l'Attività Referenziale è stata applicata la metodologia proposta da Bucci, mentre per la rilevazione dell'indice paraverbale si è scelta la Speech Rate, analizzandola con strumenti propri della fonetica. I dati ottenuti sono stati trattati statisticamente con una correlazione di Spearman.

Risultati

Si è riscontrata una relazione inversa statisticamente significativa tra valori dell'Attività Referenziale e della subscale CONIM con la Speech Rate. Non è stata riscontrata alcuna relazione con la subscale CLASP.

Conclusioni

I risultati, oltre a validare la metodologia di rilevazione dell'Attività Referenziale proposta dalla Bucci, sembrano indicare che gli aspetti paraverbali possono assumere grande importanza nella descrizione del processo, potendo essere descrittivi di quello che in letteratura viene definito "clima relazionale".

* Università di Padova - Dipartimento di Psicologia Generale - Via Belzoni 80 - 35131 - Padova - E-mail: diego.rocco@unipd.it

Parole chiave: Processo psicoterapeutico; Psicoterapia dinamica; Attività Referenziale; Aspetti paraverbali

Summary

Objectives

The aim of this paper is to analyze the micro-processes in a brief dynamic psychotherapy using both Wilma Bucci's Referential Activities method and a methodology that enables analyzing nonverbal features. The underlying hypothesis is that a variation in nonverbal indices corresponds to variations in the Referential Activities values.

Methods

This research analyzed a brief dynamic psychotherapy session. Bucci's methodology to detect Referential Activity was used, while Speech Rate parameters, through the use of phonetic instruments, were chosen to detect nonverbal indices. The resulting data were statistically analyzed using a Spearman correlation.

Results

A statistically significant inverse relationship between the Referential Activities values and the CONIM subscale with the Speech Rate was found. No relationship was found with the CLASP subscale.

Conclusions

Apart from confirming the validity of Bucci's Referential Activity methodology, the results seem to indicate that nonverbal aspects can be extremely important in the description of the process, having the power to describe what the literature defines as a "relational climate".

Key words: Psychotherapy process, Dynamic Psychotherapy, Referential Activity, nonverbal aspects

1. Introduzione

Nell'ambito della ricerca in psicoterapia assume sempre più importanza l'analisi e lo studio dei processi, e ancora più in dettaglio dei microprocessi, terapeutici, ovvero "lo studio delle modalità (o micromodalità), con cui,

nel corso del processo terapeutico, si verificano i cambiamenti” (De Coro e Adreassi, 2004). Nel tempo è divenuto essenziale poter mettere in relazione i risultati ottenuti (outcome research) con il processo terapeutico sottostante (process research), al fine di poter rispondere a una domanda critica: “Cosa fa sì che la psicoterapia funzioni?”. Come sottolinea Migone “quello che oggi interessa è capire meglio quello che accade in terapia, capire in cosa consistono quei fenomeni che a livello clinico vengono percepiti come macroprocessi” (Migone, 1998, pp. 61).

Questa linea di ricerca ha prodotto negli anni molti strumenti, validati da lavori empirici a volte imponenti, tesi a creare metodi condivisibili di analisi del processo terapeutico.

Solo per citarne alcuni facciamo riferimento all’analisi del tema relazionale conflittuale centrale (C.C.R.T.) sviluppata da Luborsky (Luborsky et. al 1973, Luborsky, 1984, Luborsky, Crits-Christoph, 1986, Luborsky et. al. 1989), all’analisi delle difese (tra le altre scale sviluppate citiamo la DMRS, Defence Mechanism Rating Scale di Perry, Perry, 1990, Perry e Cooper 1989), l’analisi dell’alleanza terapeutica (ad esempio Colli e Lingiardi 2001, Lingiardi 2002, Colli e Lingiardi 2004).

Ognuno di questi strumenti approfondisce e consente di individuare nel corso delle sedute quei fattori che Luborsky ha riscontrato essere prognosticamente favorevoli all’esito della psicoterapia: lo svilupparsi dell’alleanza terapeutica sin dalle prime sedute, la comprensione e la formulazione del C.C.R.T. da parte del terapeuta, l’accuratezza delle interpretazioni rispetto al C.C.R.T., la comprensione di sé da parte del paziente, l’elaborazione interna dei risultati raggiunti, il posizionamento nella scala salute-malattia (Luborsky 1992). Un aspetto che accomuna questi e altri strumenti di analisi del processo è che tutti vengono applicati sulla trascrizione verbatim delle sedute prendendo in considerazione i contenuti verbali ma non considerando il “come” gli interventi del terapeuta e le risposte del paziente vengano formulati (ad esempio non può essere preso in considerazione il clima relazionale). Solo occasionalmente vi è, nella descrizione delle metodologie, un riferimento a informazioni che vengono trasmesse da canali non verbali. “...le registrazioni forniscono informazioni aggiuntive attraverso la voce. La nostra conclusione è che le trascrizioni sono adeguate e preferibili ai fini dell’estrazione del CCRT, ma che una combinazione di trascrizione e ascolto del nastro registrato si

configurerebbe come la condizione ottimale.” (Luborsky e Crits-Christoph, 1992, pp. 33).

La caratterizzazione del “come” può, in parte, essere ricondotta a quegli aspetti relazionali che all’interno della psicoterapia psicodinamicamente orientata vengono descritti, per quanto riguarda l’attitudine del terapeuta, con i termini “empatia”, “sintonizzazione affettiva” e “controtransfert concordante” (Bateman e Holmes, 1995). Questi fondamentali aspetti di processo vengono particolarmente valorizzati da alcune correnti psicoanalitiche (ad esempio, Orange 1995) che sottolineano inoltre come il ruolo dello psicoterapeuta sia anche quello di adeguare la qualità della propria presenza alla necessità relazionali che sono proprie di quella persona in quanto caratterizzata dalla propria peculiare storia personale (e quindi da peculiari principi organizzatori, Stolorow e Atwood 1992, Orange 1995).

Un ulteriore contributo in questo senso arriva da alcuni studiosi dell’*Infant Research*, i quali sottolineano come alcuni concetti che possono descrivere le vicissitudini relazionali del processo psicoterapeutico possano essere mutuabili dalle ricerche relative alla relazione primaria madre-bambino, giocoforza prevalentemente legata ai canali non verbali (Beebe e Lachman, 2002) e che si “depositano” nella “Memoria emotiva” (Orange, 1995). Le affermazioni di questi autori appaiono essere determinanti ai fini di un’analisi che consenta la piena comprensione del processo psicoterapeutico e dei microprocessi sottostanti. Viene sostenuta l’importanza di una visione sistemica che consideri lo svilupparsi della relazione terapeutica come una serie di cicli di autoregolazione e di regolazione bidirezionale, all’interno di un sistema diadico nel quale “i processi fondamentali che regolano l’interazione a livello non verbale rimangono gli stessi per tutta la vita” (Beebe e Lachman, 2002 pp. 20).

Tra i molteplici aspetti del comportamento non verbale che possono essere presi in considerazione, ad esempio l’insieme dei movimenti facciali, le variazioni posturali e le qualità dinamiche della voce, molti sono stati approfonditi e suffragati da numerosi lavori di ricerca empirica. Emergono sia l’importanza delle dinamiche del rispecchiamento facciale (ad esempio Beebe e Stern, 1977, Beebe e Gertsman, 1980) che il ruolo della coordinazione dei ritmi vocali (ad esempio Jaffe et al. 2001, Beebe et al. 2000).

Un tentativo di utilizzare una versione operazionalizzata di analisi del comportamento non verbale ai fini della valutazione dell'esito delle psicoterapie, in un contesto gruppale, è stata fatta da Rocco e Sambin (2001).

Un altro ambito di studio che ha avuto ricadute molto importanti nello sviluppo delle ricerche sul processo in psicoterapia è quello delle scienze cognitive, a partire dalle quali Wilma Bucci (Bucci, 1985, 1997, 1999), ha gettato un ponte di integrazione concettuale con la psicoanalisi. Dalle ricerche sulle teorie sul codice multiplo (Bucci, 1997), l'autrice ha elaborato un modello di analisi del processo terapeutico che permette di cogliere le fluttuazioni nella produzione verbale del paziente, consentendo di valutare il suo accesso ad aspetti affettivi rimossi, e quindi difficilmente simbolizzabili utilizzando il canale verbale.

La Bucci in molti passi del suo lavoro sottolinea come siano presenti, nel processo di attivazione sub-simbolica, aspetti di quello che lei chiama "codice verbale subsimbolico", facendo riferimento ad aspetti paralinguistici quali il tono della voce, la sua intensità, l'altezza e le pause. La Bucci stessa afferma che "il ruolo di tale elaborazione subsimbolica verbale, che potrebbe costituire un quarto formato di elaborazione (...) ha bisogno di essere indagato ulteriormente (Bucci, 1997, tr.it. p.170).

2. Obiettivi della ricerca

A partire da queste considerazioni lo scopo del presente lavoro è stato quello di analizzare i microprocessi in una seduta di psicoterapia psicodinamicamente orientata applicando uno strumento, l'Attività Referenziale (A.R.), largamente utilizzato e validato (Buonarrivo et al., 2000, Ortu et al. 2001) e valutare se in concomitanza alle fluttuazioni dei valori di A.R. siano presenti variazioni di alcuni degli indici paraverbali solo citati dalla Bucci e presi in considerazione nelle ricerche sviluppate dalla fonetica descritte oltre.

In particolare si è voluto verificare:

- 1) se sia possibile, in una situazione clinica, analizzare aspetti del comportamento non verbale, in particolare paraverbale, senza con questo essere invasivi, rispetto al delicato equilibrio emotivo/relazionale presente in una seduta di psicoterapia;

- 2) se in concomitanza a fluttuazioni dell'A.R. siano presenti delle fluttuazioni in alcuni dei parametri considerati in fonetica e dagli studiosi di Infant Research;
- 3) se le variazioni riscontrate siano statisticamente significative;
- 4) se le fluttuazioni riscontrate vadano in una direzione che risulti essere congruente con quella prevista dalle teorie che sottostanno allo strumento di ricerca utilizzato (Attività Referenziale).

Si è scelto di utilizzare più strumenti con diverse metodologie per analizzare quanto accade nel processo psicoterapeutico in quanto ciò “accresce la validità e attendibilità delle informazioni ottenute, poiché contemporaneamente permette di disporre di un maggior numero di dati relativi al processo e di meglio individuare i punti di forza e gli aspetti critici rispettivi di ciascun strumento” (Ortu, et al., 2001, p.30).

3. Caratteristiche degli strumenti

La metodologia che consente la misurazione dell'Attività Referenziale si ripropone, a partire dalla produzione linguistica del paziente, di valutare quanto egli sia in grado di attivare delle connessioni tra processi di elaborazione dell'informazione a livello simbolico e subsimbolico (connessioni referenziali).

L'autrice, nel presentare il metodo, sottolinea che in psicoanalisi l'obiettivo del trattamento è il cambiamento negli schemi emotivi sottostanti attraverso un percorso durante il quale gli schemi delle emozioni disadattive vengono via via tollerate, esaminate e quindi ricostruite. Il metodo quindi prevede la valutazione di quanto sia attiva l'integrazione tra registri emotivi e cognitivi, che si assume essere maggiore quando nella psicoterapia si verificano delle condizioni (intrapsichiche ma anche relazionali) adeguate affinché il paziente possa esplorare la propria esperienza emozionale e comunicarla in un contesto interpersonale.

Quando ciò si può verificare in maniera ottimale si è in presenza, dal punto di vista della sensazione soggettiva di terapeuta e paziente, di quella che Kris (1956) chiama “la buona ora analitica”, caratterizzata dalla presenza di

associazioni libere facilitate e da insight.

Più precisamente nella buona ora è presente:

- 1) una fase iniziale, di circa 10-15 minuti, nella quale il paziente comincia in modo non favorevole o con ostilità e pessimismo, in contrapposizione ad altri inizi apparentemente più favorevoli caratterizzati da un'atmosfera di speranza e soddisfazione ;
- 2) una fase successiva nella quale l'atmosfera si alleggerisce a seguito di qualcosa che il terapeuta dice, e la sensazione soggettiva del terapeuta è che i tasselli del puzzle vadano al loro posto e tutto inizi ad avere senso;
- 3) una fase finale nella quale quanto emerso può essere elaborato e il paziente ha modo di meditare sulle proprie nuove acquisizioni osservandole da prospettive differenti (Bateman e Holmes, 1995).

Queste tre modalità di funzionamento possono essere ricondotte ai tre momenti che la Bucci riscontra qualora l'Attività Referenziale assuma il tipico andamento di "Ciclo Referenziale".

Nella prima fase, subsimbolica, si assiste al contatto con uno schema emozionale che solo in parte può essere espresso a parole, ed è contraddistinta da valori di Attività Referenziale più bassi delle fasi successive.

Nella fase intermedia, di "Connessione", si assiste a un aumento della simbolizzazione che permette di descrivere gli schemi emozionali a parole (connessione referenziale), e quindi si è in presenza di alti valori di A.R.

Nella terza e ultima fase del Ciclo Referenziale, quella di "Riflessione ed Elaborazione Verbale", anche grazie all'operato del terapeuta è presente un passaggio a valori di A.R. più bassi ma pur sempre elevati. In questa fase quanto emerso nella fase precedente viene utilizzato per favorire una comprensione "più astratta e generalizzata dei significati e delle implicazioni dell'evento" (Bucci, 1999).

Bucci sottolinea che nella prima fase, di attivazione subsimbolica, i significati espressi potrebbero essere rappresentati da espressioni non verbali, quali le espressioni facciali, i gesti o la vocalizzazione emotiva.

La metodologia utilizzata per il calcolo dell'A.R. è quella descritta da Bucci e Kabasakalian-McKay (2000) che prevede un addestramento da parte di quattro giudici all'attribuzione alla trascrizione delle sedute dei punteggi

per le quattro scale previste: Concretezza, Specificità, Chiarezza e Immaginazione. A ognuna delle quattro scale viene attribuito dai giudici un punteggio che varia da 0 a 10, e la media dei punteggi costituisce il punteggio di A.R. per l'unità ideativa (segmento della trascrizione individuato da giudici preliminarmente all'attribuzione del punteggio di A.R.) presa in considerazione.

Bucci sottolinea che la scala di Concretezza ha, rispetto all'attribuzione dei punteggi dati da giudici esperti, un'alta correlazione con quella dell'Immaginazione, probabilmente in quanto entrambe rilevano aspetti evocativi e sensoriali del linguaggio, mentre la scala della Chiarezza sia allo stesso modo correlata con quella della Specificità, dal momento che entrambe forniscono indicazioni circa l'organizzazione formale e l'accuratezza del discorso. I quattro indici, a coppie, danno origine alle subscale CONIM (Concretezza e Immaginazione) e CLASP (Chiarezza e Specificità). Per ulteriori indicazioni sull'inquadramento teorico del metodo ideato dalla Bucci rimandiamo a Buonarrivo et al. (2000).

Prendiamo ora in esame gli aspetti paraverbali. La scelta dei parametri da considerare nella ricerca è stata guidata, oltre che dalla disponibilità di quelli già approfonditi in letteratura concernente la fonetica, dall'esigenza di effettuare un'analisi sufficientemente fine senza introdurre nel setting fattori di disturbo.

Ci si è quindi trovati nella condizione di scegliere tra attendibilità e precisione delle misure eseguite da una parte, e preservazione del setting dall'altra, affinché quest'ultimo non diventasse un contenitore nel quale il paziente si sentisse oggetto di una ricerca più che soggetto verso il quale erano rivolte attenzioni relazionali e umane connesse all'obiettivo terapeutico.

In fonetica gli studi che mettono in relazione emozioni e aspetti paraverbali vengono condotti in stanze acusticamente isolate, avvalendosi di strumentazioni, quali dei microfoni posizionati in modo stabile a un angolo della bocca, che sono destinate a rilevare le minime variazioni dei parametri considerati.

La descrizione del comportamento vocale è stata sviluppata a più livelli, quello fisiologico, quello fonatorio-articolatorio e quello acustico. È quest'ultimo che sembra essere più promettente dal punto di vista della ricerca sul comportamento umano, e a sua volta viene studiato analizzando tre categorie

di parametri:

- 1) parametri basati sul tempo, quali l'articulation rate (rapporto tra il numero delle sillabe e la durata delle sequenze articolate), la fluency rate (rapporto tra il numero delle sillabe e le pause vuote) e la speech rate (rapporto tra il numero delle sillabe e la durata delle catene foniche, ossia sequenze articolate più le pause);
- 2) parametri basati sull'ampiezza, ovvero l'escursione verticale del segnale acustico con forma e onda che soggettivamente viene percepita come intensità della voce.
È un parametro difficile da interpretare in quanto non dipende solo dalla forza con la quale viene prodotta la vocalizzazione ma anche dalla direzione verso la quale il parlante è rivolto (da cui l'esigenza già espressa di collocare microfoni fissi rispetto alla bocca). Scherer (1979, 1982) indica l'importanza di tale fondamentale parametro mettendolo in relazione all'incremento di eccitazione emotiva;
- 3) parametri basati sulla frequenza, in particolare la frequenza fondamentale F_0 , che si traduce soggettivamente nella percezione del tono/altezza del suono. Questo parametro, pur veicolando molte informazioni relative agli stati emotivi del parlante (Caldognetto Magno, 2002), risente anche di molte altre variabili (ad esempio il sesso, l'età etc.) che richiedono un controllo molto vincolato delle condizioni di ascolto (ad esempio effettuando i rilevamenti in laboratorio).

A partire da questa panoramica, il parametro paraverbale della Speech Rate (velocità di eloquio) è quello che appare non richiedere, per la sua rilevazione e successiva analisi, di modificare in modo artificioso il setting, e che può inoltre essere valutato in coerenza con il modello teorico considerato. La scelta di questo parametro può assumere significato anche alla luce della teoria che supporta la rilevazione dell'Attività Referenziale in quanto ci si può attendere che la produzione verbale, come analizzata dal metodo della Bucci, possa richiedere, in alcuni momenti, un maggior tempo di elaborazione, ad esempio quando vengono attivate delle connessioni referenziali tra linguaggio e nuclei emotivi sottostanti (ciò dovrebbe accadere nella fase di attivazione

subsimbolica cui segue la fase di connessione referenziale). Il tempo maggiore risentirebbe del processo di simbolizzazione che Bucci (1997) descrive nel seguente modo:

- 1) Variazione continua dello stimolo (rappresentazioni subsimboliche)
- 2) Suddivisione in classi di rappresentazioni funzionalmente equivalenti
- 3) Costruzioni di immagini prototipiche (forme simboliche non verbali)
- 4) Rappresentazione in forma verbale

Dal punto di vista operativo la rilevazione e il calcolo della Speech Rate è stato possibile attuando una scansione digitale del colloquio a partire da una audioregistrazione digitale al computer.

Si è utilizzando un apposito software (Praat: doing phonetics by computer) che consentiva, una volta sbobinata la seduta e conteggiate le sillabe, di calcolare la velocità di eloquio.

4. Materiali e metodi

La ricerca proposta si basa sullo studio di una seduta audioregistrata della durata di 50 minuti tratta da una psicoterapia dinamica breve a frequenza settimanale.

Il paziente è un giovane uomo di 22 anni, celibe, studente universitario iscritto al secondo anno di una facoltà scientifica. Ottiene eccellenti risultati in ambito accademico e lamenta alcune difficoltà relazionali, in particolare con l'altro sesso.

Il motivo che lo ha portato a contatto con il Servizio di Assistenza Psicologica rivolto agli studenti (SAP) dell'Università di Padova è il comparire di sintomi propri di un attacco di panico. Al momento della richiesta è in regola con il corso di studi e ha una media molto elevata.

La scelta di applicare questi strumenti in una psicoterapia dinamica breve è stata fatta per vari motivi. La Bucci sottolinea come nel mettere a punto il suo metodo, identificando le quattro scale, lo abbia applicato a molti tipi di testi quali monologhi, ricordi lontani, protocolli di test proiettivi, oltre che alle trascrizioni di sedute psicoanalitiche.

Ciò rende la metodologia applicabile anche in una psicoterapia nella quale la tecnica utilizzata origina dialoghi serrati anziché a una produzione verbale più fluida e con meno interruzioni, come invece può accadere in sedute di psicoanalisi (Bucci, 1997, p. 183).

Inoltre ricerche attualmente in corso (Sambin, Rocco, Benelli, 2004) sembrano dimostrare che la metodologia è applicabile in un setting di questo tipo, e che risulta particolarmente predittivo dell'andamento della terapia la valutazione dell'ampiezza del divario tra i valori di CONIM e CLASP (in particolare la situazione nella quale ad alti valori di A.R. corrispondano valori della scala CONIM sensibilmente più alti di quelli della scala CLASP è risultata significativamente prognostica del drop out).

La siglatura dell'Attività Referenziale è stata eseguita da un gruppo di 4 giudici indipendenti sulla trascrizione verbatim. La procedura di misurazione è stata condotta attenendosi alle indicazioni contenute nei manuali della Bucci (1997, 2000).

La misurazione della Speech Rate per ogni Unità Ideativa è stata possibile con una precisione di due cifre decimali. Per ogni Unità Ideativa, dopo la trascrizione, si è conteggiato il numero di sillabe procedendo al calcolo del rapporto tra durata complessiva delle catene foniche (sequenza articolata comprese le pause tra le parole) e numero di sillabe rilevate, che consiste nel valore della Speech Rate che viene espresso nel numero di sillabe al secondo. Nel calcolare questo valore non sono state considerate le pause tra la produzione verbale del terapeuta e quella del paziente, cosicché la velocità di eloquio calcolata è quella relativa alla produzione verbale vera e propria del paziente.

5. Risultati

Con il calcolo della Speech Rate nella modalità descritta, è stato possibile ricavare per ogni unità ideativa una serie di dati: durata totale della produzione verbale del paziente per ogni Unità Ideativa, numero di sillabe articolate dal paziente in quella Unità Ideativa, numero di sillabe al secondo (Speech Rate). A questi dati sono stati aggiunti i valori di A.R., CONIM e CLASP. I dati vengono riportati nella tabella 1.

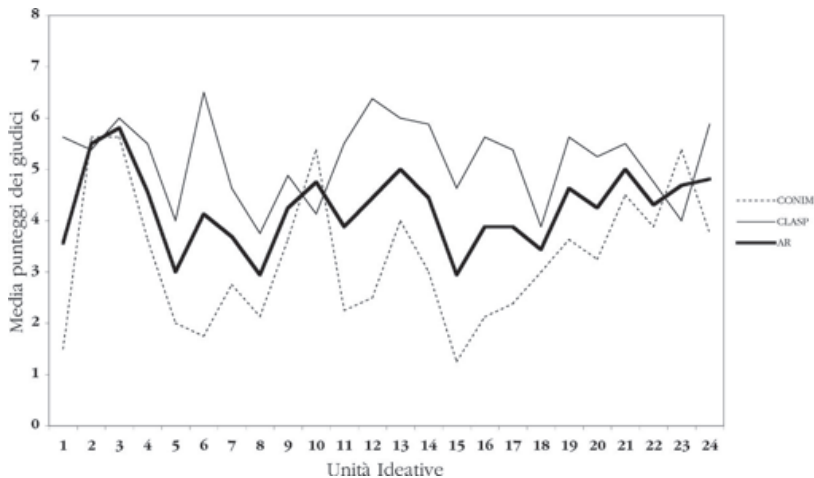
Tabella 1 - Valori della Speech rate, dell'A.R., delle sub scale CONIM E CLASP suddivisi per ogni Unità ideativa

U.I.	Durata paziente	N° sillabe paziente	Speech rate	VALORI MEDI DEI GIUDICI		
				CONIM	CLASP	AR
1	41,20	204	4,95	1,5	5,63	3,56
2	97,50	422	4,33	5,63	5,38	5,5
3	68,96	317	4,59	5,63	6	5,81
4	89,86	398	4,43	3,63	5,5	4,56
5	75,51	388	5,14	2	4	3
6	39,01	181	4,64	1,75	6,5	4,13
7	120,00	556	4,63	2,75	4,63	3,69
8	48,46	213	4,40	2,13	3,75	2,94
9	44,46	168	3,77	3,63	4,88	4,25
10	29,99	118	3,90	5,38	4,13	4,75
11	67,42	306	4,54	2,25	5,5	3,88
12	123,66	530	4,28	2,5	6,38	4,44
13	98,71	406	4,11	4	6	5
14	111,66	381	3,41	3	5,88	4,44
15	36,73	179	4,87	1,25	4,63	2,94
16	83,10	370	4,45	2,13	5,63	3,88
17	87,46	308	3,50	2,38	5,38	3,88
18	70,05	265	3,80	3	3,88	3,44
19	124,87	515	4,12	3,63	5,63	4,63
20	44,39	190	4,30	3,25	5,25	4,25
21	150,54	537	3,57	4,5	5,5	5
22	71,53	266	3,70	3,88	4,75	4,31
23	115,27	374	3,20	5,38	4	4,69
24	58,68	237	4,10	3,75	5,88	4,81

I valori delle correlazioni di Spearman tra i 4 giudici rispetto alle attribuzioni dei punteggi dell'Attività Referenziale, della subscale CONIM e della subscale CLASP risultano tutte significative ($p < .01$) e ci informano sulla bontà del loro accordo. I valori dell'Alpha di Cronbach per l'Attività Referenziale è risultato pari a 0.92, mentre rispettivamente per CONIM e CLASP è risultato pari a 0,96 e 0,88.

Riportiamo ora in figura 1 il grafico con i valori di A.R., CONIM e CLASP per le Unità Ideative della seduta presa in considerazione.

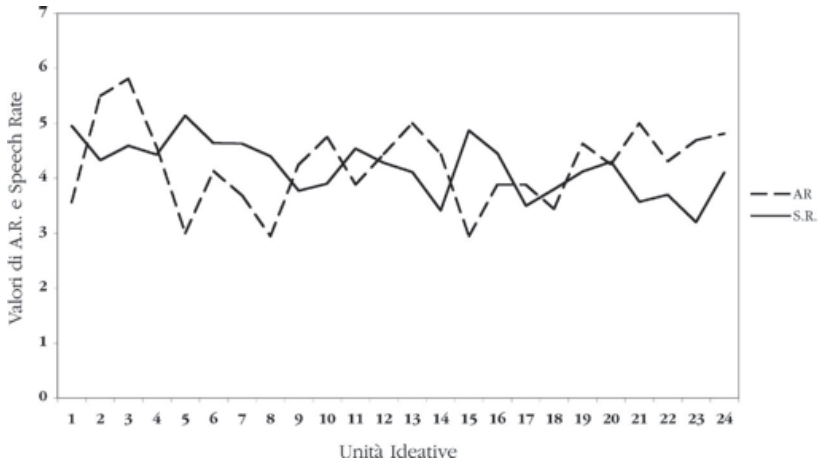
Figura 1 - Valori di A.R., CONIM e CLASP nella seduta considerata



L'andamento dell'indice CLASP nella maggior parte delle Unità Ideative ha valori superiori a quelli dell'indice CONIM, e ciò è da mettere in relazione allo stile difensivo del paziente che tende a privilegiare difese quali l'intellettualizzazione e la razionalizzazione, difese che vengono meno verso la fase finale della seduta quando i valori di COMIN e CLASP tendono a uniformarsi (per la relazione tra stile difensivo e valori di A.R. vedi Buonarrivo et. al., 2000).

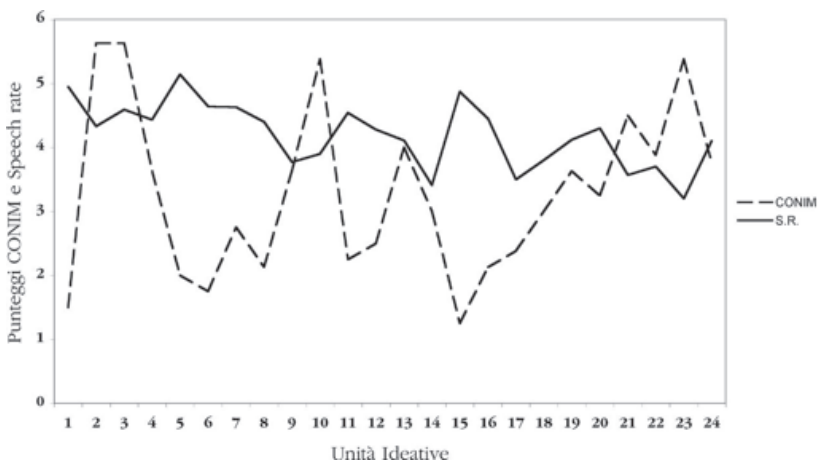
Viene presentato in figura 2 un grafico nel quale sono presentati i valori di A.R. in ogni unità ideativa e i corrispondenti valori di Speech Rate (S.R.). Ciò che si può osservare nel grafico è che a un aumento del valore dell'A.R. corrisponde, nella gran parte delle Unità Ideative, una diminuzione dei valori della Speech Rate, il che può significare che in presenza di attivazioni di connessioni referenziali si assiste a una concomitante diminuzione della velocità di eloquio.

Figura 2 - VALORI DI A.R. e corrispondenti valori di Speech Rate



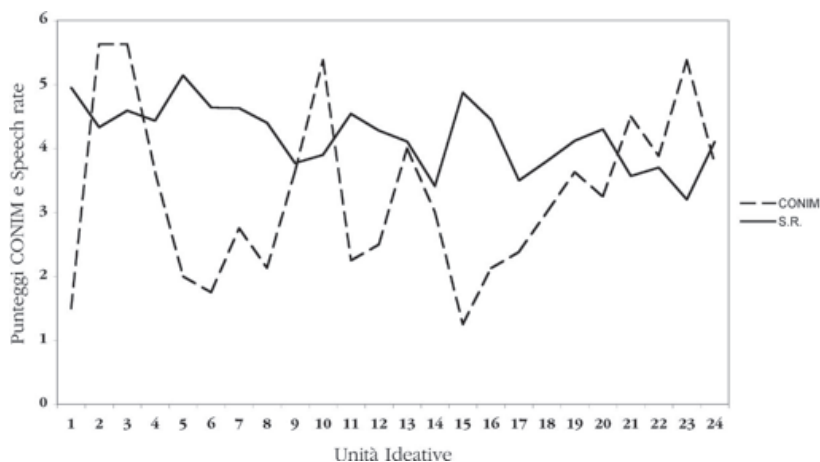
In figura 3 e 4 vengono presentati i grafici che mettono in relazione rispettivamente COMIN e CLASP con i valori della Speech Rate.

Figura 3 - Valori dell'indice CONIM e corrispondenti valori della Speech Rate



Per quanto riguarda il grafico di figura 3, si può notare come sia accentuato l'andamento inverso dei due valori considerati: a un innalzamento del valore dell'indice CONIM corrisponde una sensibile diminuzione del valore di Speech rate e viceversa, confermando quanto già rilevato relativamente alla relazione tra A.R. e Speech rate.

Figura 4 - Valori dell'indice CLASP e corrispondenti valori della Speech Rate



Per quanto riguarda la relazione tra CLASP e Speech Rate (figura 4), non sembra esserci nessuna relazione regolare tra l'andamento dei valori dell'uno rispetto all'altro indice.

Si è proceduto quindi a eseguire una correlazione di Spearman tra i tre indici A.R., CONIM e CLASP e i valori di Speech Rate (Tabella 2).

Dal calcolo della correlazione con il coefficiente di Spearman viene confermata la tendenza riscontrata dall'osservazione dei grafici: la Speech Rate è significativamente correlata con l'A.R. ($p < .05$) e in modo ancor più significativo con l'indice COMIN ($P < .01$). Non è presente alcun tipo di correlazione tra la Speech Rate e l'indice CLASP.

Tabella 2 - Valori della correlazione di Pearson tra Speech Rate e A.R., CONIM e CLASP

		CONIM	CLASP	SPEECH RATE	AR
CONIM	Correlazione di Spearman	1	-,032	-,557(**)	,880(**)
	Sig. (1-coda)	,	,881	,005	,000
CLASP	Correlazione di Spearman	-,032	1	,101	,461(*)
	Sig. (1-coda)	,881	,	,638	,024
SPEECH RATE	Correlazione di Spearman	-,557(**)	,101	1	-,424(*)
	Sig. (1-coda)	,005	,638	,	,039
AR	Correlazione di Spearman	,880(**)	,461(*)	-,424(*)	1
	Sig. (1-coda)	,000	,024	,039	,
** La correlazione è significativa al livello 0,01 (1-coda).					
* La correlazione è significativa al livello 0,05 (1-coda).					

6. Discussione

I risultati ottenuti in questo lavoro ci permettono di poter rispondere alle ipotesi che ci si prefiggeva di verificare:

- 1) è possibile estendere l'analisi del processo ad aspetti del comportamento non verbale senza per questo essere invasivi; l'audioregistrazione è stata effettuata senza che vi fosse nessuna differenza rispetto all'usuale modalità adottate in una seduta di terapia;
- 2) si è verificato da un punto di vista qualitativo (analisi dei grafici 2-3), che in concomitanza a oscillazioni dei valori delle scale previste dalla Bucci vi sono oscillazioni del parametro paraverbale considerato;
- 3) l'andamento delle oscillazioni dei parametri riscontrati è statisticamente significativo, ossia la correlazione tra l'aumento di un valore (A.R. o indice CONIM) e la diminuzione del valore della Speech Rate non è casuale;
- 4) l'andamento riscontrato nelle variazioni della Speech Rate è congruente con quanto previsto dal modello proposta da W. Bucci; nel momento in cui aumenta l'A.R., e quindi è presente secondo la Bucci un maggiore lavoro di attivazione delle Connessioni Referenziali (superando le resi-

stenze che hanno dato origine a connessioni privilegiate disfunzionali, il che presumibilmente richiede, in un'ottica cognitiva, un maggior tempo di elaborazione) diminuisce la velocità di eloquio, dal momento che vengono attivati connessioni referenziali precedentemente non "percorse".

7. Conclusioni

Il modello ha permesso di prendere in considerazione in modo diversificato CONIM e CLASP, verificando la diversità dal punto di vista della correlazione con gli aspetti paraverbali considerati: con l'aumentare dei punteggi delle scale di Concretezza e Immaginazione è presente un maggior livello di contatto con i propri vissuti emozionali più autentici (Buonarrivo et al., 2000), e ciò costa un dispendio di energia che si traduce in un maggior tempo di elaborazione.

Un secondo risultato è quello di aver portato l'attenzione su aspetti di processo diversi da quelli tradizionalmente misurati nell'analisi della relazione psicoterapeutica. È infatti stato messo in relazione un aspetto del comportamento non verbale (Speech Rate), quantitativamente osservato con una metodologia consolidata in letteratura, con processi interni di ordine psicodinamico (Attività Referenziale), anch'essi rilevati con una metodologia specifica del settore. Sembra quindi possibile una misurazione di aspetti centrali del processo psicodinamico senza necessariamente fare riferimento ai contenuti; si rinforza così il ponte teorico che si sta costruendo tra Infant Research e Psicoterapia (Beebe, Lachman, 2002).

In questo lavoro è stato considerato solo un aspetto del comportamento non verbale. Probabilmente la visione contemporanea di più indici non verbali condurrebbe a risultati molto interessanti (considerando ad esempio oltre alla Speech Rate le variazioni relative al rispecchiamento facciale in concomitanza a un aumento del valore degli indici A.R. e ancor di più CONIM). Un altro sviluppo riguarda l'aspetto di relazione nel processo terapeutico. In questo lavoro si è esaminato il processo riguardante solamente il paziente, e in una visione più ampia prenderebbe in considerazione l'effetto dell'interazione tra terapeuta e paziente. Si verrebbero così a confermare sul piano dell'osservazione di indici non verbali di processo quelle intuizioni sull'interazione nella relazione già prospettabili a livello metapsicologico e clinico (Stolorow, Atwood, 1992).

Bibliografia

- BATEMAN A., HOLMES J. (1995), *Introduction to Psychoanalysis. Contemporary Theory and Practice*, Routledge, London-New York; trad. it. (1998) *La psicoanalisi Contemporanea. Teoria e ricerca*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- BEEBE B., GERSTMAN L. (1980), The packaging of maternal stimulation in relation to infant facial-visual engagement: A case study at four months, in «*Merrill-Palmer Quarterly*», 26, pp. 321-339.
- BEEBE B., JAFFE J., LACHMAN F.M., FELDSTEIN S., CROWN C., JASNOW J., (2000) System models in development and psychoanalysis: the case of vocal rhythm coordination and attachment, in «*Infant Mental Health Journal*», 21, pp.99-122.
- BEEBE B, LACHMANN F.M. (2002), *Infant Research and Adult Treatment: Co-constructing interactions*, The Analytic Press Inc; trad. it. (2003) *Infant Research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- BEEBE B., STERN D.N. (1977), Comportamenti di impegno – disimpegno e prime relazioni oggettuali, in trad. it. (1998) STERN, D.N. (a cura di), *Le interazioni madre-bambino nello sviluppo e nella clinica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp.97-118
- BUCCI W. (1985), Dual coding: A cognitive model for psychoanalytic research, in «*Journal of the American Psychoanalytic Association*», 33, pp. 571-607.
- BUCCI W. (1997), *Psychoanalysis and Cognitive Science*, The Guilford Press, New York; trad. it. (1999) *Psicoanalisi e Scienza Cognitiva*, Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- BUCCI W. (1999), Schemi di discorso nelle ore “buone e in quelle problematiche”. Un’interpretazione tramite il codice multiplo, in «*Psicoterapia*», 14/15, pp. 30-47.
- BUCCI W., KABASAKALIAN-McKAY R. (2000), Manuale per la codifica dell’attività referenziale, in A. DE CORO, G. CAVIGLIA (a cura di), *La valutazione dell’Attività Referenziale*, Edizioni Kappa, Roma.
- BUONARRIVO L., LINGIARDI V., ORTU F., PALOMBO L., DE CORO A., DAZZI N. (2000), Transfert, stile difensivo, attività referenziale: un’ipotesi di lettura single case, in «*Ricerca in Psicoterapia*», 3 (2-3) pp. 169-189.

- CALDOGNETTO MAGNO E. (2002), I correlati fonetici delle emozioni, in BAZZANELLA C., KOBAYASHI P. (a cura di), *Passioni, emozioni, affetti*, McGraw-Hill, Milano, pp. 197-213.
- COLLI A., LINGIARDI V. (2001), *Una proposta di valutazione dell'alleanza terapeutica a partire dai manoscritti delle sedute: il sistema IVAT*, Relazione al Convegno nazionale della Society for Psychotherapy Research, sezione italiana, Palermo, 18-21 ottobre, Abstract Book, pp.87-88
- COLLI A., LINGIARDI V. (2004), *Manuale IVAT: Indice di valutazione dell'Alleanza Terapeutica*. Manoscritto non pubblicato.
- DE CORO A., ANDREASSI S. (2004), *La ricerca in psicoterapia*, Carocci, Roma.
- JAFFE J., BEEBE B., FELDSTEIN S., CROWN C., JASNOW M., (2001), Rhythms of dialogue in early infancy, in «*Monographs of the Society for Research in Child development*», 66, pp. 1-132.
- LINGIARDI V. (2002), *L'alleanza terapeutica*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- LUBORSKY L., (1984), *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy*, Basic Book, New York; trad. It. (1989) *Principi di psicoterapia Psicoanalitica: un manuale per il trattamento supportivo-espressivo*, Bollati Boringhieri, Torino
- LUBORSKY L., (1992), Teoria e tecnica nella psicoterapia dinamica; i fattori curativi e la formazione per incrementarli, in «*Psicoterapia e scienze umane*», XXVI, 3, 43-56.
- LUBORSKY L., BARBER J.P., SCHAFFLER P. (1989), The assessment of the CCRT: comparison of tailor-made with standard category rating scale on a specimen case, in J.C. PERRY (a cura di), *Progress in assessing psychodynamic functioning: A comparison of four methods on a single case*. Simposio tenuto nel corso del meeting della Society for Psychotherapy Research, Toronto.
- LUBORSKY L., CRITS-CHRISTOPH P. (1986), Advent of objective measures of the transference concept, in «*Journal of consulting and clinical psychology*», 54, pp. 39-47.
- LUBORSKY L., CRITS-CHRISTOPH P. (a cura di) (1990), *Understanding Transference*, Basics Book, New York; trad. it. (1992) *Capire il Transfert*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- LUBORSKY L., GRAFF H., PULVER S., CURTIS H. (1973), A clinical-quantitative

- examination of consensus on the concept of transference, in *«Archives of General Psychiatry»*, 29, pp. 69-75.
- KRIS, E. (1956), On some vicissitudes of insight in psychoanalysis, in *«International Journal of Psycho-Analysis»*, 37, 445-455.
- 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, 2, pp. 182-238.
- MIGONE P. (1998), I gruppi di lavoro per la ricerca in psicoterapia, in DI NUOVO S., LO VERSO G., DI BLASI M., GIANNONE F. (a cura di), *Valutare le psicoterapie*, Franco Angeli, Milano.
- ORANGE M. D. (1995), *Emotional Understanding*, The Guilford Press, New York; trad. it. (2001) *La comprensione emotiva*, Astrolabio, Roma.
- ORTU F., PAZZAGLI C., CASCIOLI A., LINGIARDI V., WILLIAMS R., DAZZI N. (2001), Ricerca concettuale e ricerca empirica nella psicoterapia psicodinamica: Una metodologia per lo studio del processo, in *«Ricerca in Psicoterapia»*, IV, 1, pp. 29-48.
- PERRY J.C., COOPER S. (1989), An empirical study of defence mechanisms: I. Clinical interview and life vignette ratings, in *«Archives of General Psychiatry»*, 46, pp.444-52.
- PERRY J.C. (1990), *Defence Mechanism Rating Scales*, (5th ed); trad. it. (1994), in appendice in LINGIARDI V., MADEDDU F., *I meccanismi di difesa*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- ROCCO D., SAMBIN M. (2001) Valutazione della comunicazione interpersonale in un gruppo riabilitativo: operazionalizzazione e uso del Triangolo Drammatico, in *«Ricerca in Psicoterapia»*, IV. 2-3 , pp. 162-175.
- SAMBIN M., ROCCO D., BENELLI E. (2004), Il metodo dell'Attività Referenziale applicato alla valutazione del processo in una psicoterapia dinamica breve, in *Atti del VI° Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia Clinica*, Aosta, 23-24 ottobre 2004
- SCHERER K.R. (1979), Nonlinguistic vocal indicators of emotion and psychopathology, in C. E. IZARD (a cura di), *Emotions in personality and psychopathology*, Plenum, New York.
- SCHERER K.R.(1982), Methods of research on vocal communication: paradigms and parameters, in SCHERER K.R., ELKMAN P. (a cura di), *Handbook of methods in nonverbal behaviour research*, Cambridge University

Press, Cambridge, pp.136-198.

STOLOROW R.D., ATWOOD G.E. (1992), *Context of Being. The intersubjective Foundations of Psychological Life*, The Analytic Press, Inc. Hillsdale, New Jersey, USA; trad. it. (1995) *I contesti dell'essere*, Bollati Boringhieri, Torino.

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.

